

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi  
Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT

**18-49 YAŞ ARASI KADINLARDA AŞIRI AKTİF  
MESANE SENDROMU ÜZERİNE ETKİLİ  
FAKTÖRLER VE YAŞAM KALİTESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

**Büşra ERTAŞ**

Referans no: 10293646

EDİRNE-2019

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi  
Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT

**18-49 YAŞ ARASI KADINLARDA AŞIRI AKTİF  
MESANE SENDROMU ÜZERİNE ETKİLİ  
FAKTÖRLER VE YAŞAM KALİTESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

**Büşra ERTAŞ**

**Destekleyen Kurum:**

**Tez No:**

EDİRNE-2019

**T.C.**  
**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ**  
**Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü**

**ONAY**

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Büşra ERTAŞ'ın tarafından tez başlığı "18-49 Yaş Arası Kadınlarda Aşırı Aktif Mesane Sendromu Üzerine Etkili Faktörler ve Yaşam Kalitesi" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **26/08/2019** tarihinde **13:00** saatinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından "**Yüksek Lisans Tezi**" olarak kabul edilmiştir.

  
İmza  
Prof. Dr. Özgül Erol  
JÜRİ BAŞKANI

İmza  
Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT  
(Danışman)  
ÜYE



İmza  
Dr. Öğr. Üyesi Ayça ŞOLT KIRCA  
ÜYE



Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ  
Enstitü Müdürü v.

## **TEŐEKKÜR**

Yüksek Lisans eğitiminin süresince bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım saygıdeğer tez danışmanım Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT'e çalışmaya katılma nezaketi gösteren katılımcılara, destekleri ile her daim yanımda olan aileme, arkadaşlarıma, Acil Servis çalışanlarına sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

<b>GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>1</b>
<b>GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
<b>ALT ÜRİNER SİSTEM FİZYOLOJİSİ.....</b>	<b>3</b>
<b>AŞIRI AKTİF MESANE SENDROMU.....</b>	<b>5</b>
<b>AŞIRI AKTİF MESANE SENDROMU'NDA TANI VE TEDAVİ.....</b>	<b>8</b>
<b>AŞIRI AKTİF MESANE SENDROMU ÜZERİNE ETKİLİ OLABİLECEK RİSK FAKTÖRLERİ.....</b>	<b>12</b>
<b>AŞIRI AKTİF MESANE SENDROMU'NUN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ.....</b>	<b>14</b>
<b>AŞIRI AKTİF MESANE SENDROMU OLAN KADINLARDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI.....</b>	<b>15</b>
<b>GEREÇ VE YÖNTEMLER.....</b>	<b>16</b>
<b>BULGULAR.....</b>	<b>20</b>
<b>TARTIŞMA.....</b>	<b>36</b>
<b>SONUÇLAR .....</b>	<b>41</b>
<b>ÖNERİLER.....</b>	<b>43</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>44</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>45</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>47</b>

<b>ŞEKİLLER LİSTESİ.....</b>	<b>56</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>57</b>
<b>EKLER</b>	

## SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

**AAD:** Aşırı Aktif Detrüsör

**AAMS:** Aşırı Aktif Mesane Sendromu (AAMS)

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi

**DAA:** Detrüsör Aşırı Aktivitesi

**EMS:** Elektiriksel Manyetik Stimülasyon

**ES:** Elektiriksel Stimülasyon

**ICS:** International Continence Society (Uluslararası Kontinans Topluluğu)

**İYE:** İdrar Yolu Enfeksiyonu

**NOBLE:** National Overactive Bladder Evulation (Ulusal Aşırı Aktif Mesane Değerlendirme Çalışması)

**OAB:** Overactive Bladder (Aşırı Aktif Mesane)

**OAB-q:** Overactive Bladder Questionnaire (Aşırı Aktif Mesane Yaşam Kalitesi Ölçeği)

**OAB-v8:** Overactive Bladder Version 8 (Aşırı Aktif Mesane v-8 Ölçeği)

**PTNS:** Percutaneous Posterior Tibial Nerve Stimulation (Perkütan Posterior Tibial Sinir Uyarımı)

**TAK:** Temiz Aralıklı Kateterizasyon

**TENS:** Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (Transkütanöz Elektiriksel Sinir Uyarımı)

**UPP:** Urethral Pressure Profile (Üretral Basınç Profili)

**VLPP:** Valsalva Press Release (Valsalva Kaçırma Anı Basıncı)

## GİRİŞ VE AMAÇ

Uluslararası Kontinans Topluluğu (ICS); Aşırı Aktif Mesane Sendromunu (AAMS) idrar yolu enfeksiyonu veya diğer tespit edilebilir hastalıklar olmaksızın, idrar kaçırmanın eşlik ettiği veya idrar kaçırma olmadan (OAB-kuru) genellikle gündüz veya gece idrara çıkma miktarının artması olarak tanımlamıştır (1). Yapılan bir popülasyon çalışmasında prevelansın %17.4 olduğu saptanmıştır (2). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışma da AAMS prevelansı erkeklerde %16, kadınlarda % 16.9 olarak gözlenmiştir (3). Kadınlarda prevelansın daha yüksek olmasında gebelik ve doğumun pelvik taban üzerine etkisinin rol oynadığı düşünülmektedir. Gebelik sırasında büyüyen uterus intraabdominal basıncı arttırarak idrara çıkma sıklığında artışa neden olmaktadır. Doğum şekli pelvik taban kas ve ligamentlerine hasar vererek üriner inkontinans ve sık idrara çıkmaya yol açmaktadır. Ayrıca doğum sırasında pudental sinir hasarı da meydana gelebilmektedir. Gebelik ve doğum sayısı arttıkça pelvik tabanda meydana gelen fonksiyon kaybı artmaktadır (4). Menapoz öncesi kadınlarda pelvik taban yapısı östrojenin etkisiyle inkontinans ve prolapsusa karşı dirençliyken, menopoz sonrası azalan östrojen miktarı pelvik tabanda direnç azalmasına neden olup prolapsus ve inkontinansın oluşmasına neden olabilmektedir (3). AAMS, sık görülen bir sendrom olmasının yanında yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği de bilinmektedir (5). AAMS'nin etiyojisi tam olarak bilinmese de nörojenik (İnme, Parkinson, Multiple Skleroz (MS), Medulla Spinalis Travmaları) ve miyojenik (mesane enfeksiyonları, benign prostat hipertrofisi, mesane çıkımında tıkanıklık, inkontinans cerrahisi sonucunda meydana gelen komplikasyonlar) aktivasyonun AAMS'ye neden olduğu düşünülmektedir (6). AAMS'li hastalarda ürodinamik incelemelerde karın içi basınçta artış olmaksızın detrüör hiperaktivitesinin olması tanıda



önemlidir. Detrüsördeki hiperaktivasyonu değerlendirmenin en etkili yolu ürokinamik incelemedir.

AAMS üzerine yaşam tarzı davranışlarının etkili olduğu bildirilmiştir (7). Yaşam tarzı davranışlarından; sigara, alkol, su tüketimi, bitki çayı kullanımı, kafein kullanımı, asitli/gazlı içecek tüketimi, baharatlı yiyecekler, yapay tatlandırıcı kullanımı ve depresyon ya da psikolojik rahatsızlıklar AAMS için risk faktörüdür. Bu faktörlerin detrüsör hiperaktivasyonuna neden olup AAMS'ye neden olduğu saptanmıştır (8). AAMS prevalansı oldukça fazla olan ve kadınların yaşam kalitesini düşüren önemli bir sendromdur. Bu sendroma sahip kadınlar hastaneye başvurmaktan kaçınmakta ve bu durumu yaşlanmanın kaçınılmaz sonucu olarak kabul etmektedir. Hemşireler kadınlara AAMS'nin tedavi edilebilir bir sendrom olduğunu açıklamalı ve tedavinin her aşamasında rol ve sorumluluklarını kullanarak destek olmalıdır. Bu çalışmada, 18-49 yaş arası kadınlarda AAMS üzerine etkili faktörler ve yaşam kalitesinin araştırılması amaçlanmıştır.

## **GENEL BİLGİLER**

### **ALT ÜRİNER SİSTEM FİZYOLOJİSİ**

Mesane, idrarın atılcaya kadar depolanmasını sağlayan, boş iken yassı, dolu iken küre biçiminde olan bir organdır (9). Mesane tabanında bulunan detrüör denilen kısım çembersel ve uzunlamasına kas demetlerinden oluşmaktadır. Detrüörü oluşturan kas lifleri mesane boynuna doğru iç sfinkteri oluşturmaktadır. İç sfinkter dairesel gerçek bir sfinkter değil, iç içe girmiş kas lifleridir (9). Dış sfinkter ise somatik sinirlerle uyarılan pelvis kaslarının bir parçasıdır (10). Bu kas yapısı mesaneye idrarı depolayabilmesi için gerekli hacmi sağlar, miksiyon zamanında ise sürekli ve güçlü kontraksiyonlar ile mesanede depolanan idrarın atılmasını sağlar (9). Mesane hacmi yaklaşık 300-400 ml kadardır (11). Günlük idrar çıkışı sağlıklı bir yetişkinde yaklaşık 1500 ml kadardır. İşeme sıklığı ve işeme hacmi kişiden kişiye değişebilmektedir. Gündüz 7-8 defa miksiyon normal kabul edilmektedir (6).

### **İşeme Fizyolojisi**

Alt üriner sistem, MSS'nin kontrolü altında sempatik, parasempatik ve somatik sinirlerle innerve olmaktadır (12). Mesane üzerinde otonom sinir sisteminin afferent, efferent ve somatik sinirleri etkili olmaktadır (13). Mesanenin idrarı uygun şartlara ulaşmadan depolanmasını, uygun şartlar sağlandığında ise boşaltılmasını sağlamak üzere majör iki görevi vardır (12).

## **İşemenin Nörofizyolojisi**

**Parasempatik innervasyon:** Parasempatik sinirler, Sakral 2-4 sinirlerden köken almaktadır (14). Parasempatik sinirlerin innervasyonu sonucunda asetil kolin salınımı meydana gelmektedir (12). Asetil kolinin salgılanmasıyla detrüörün primer kontrolü sağlanır ve mesanenin kasılmasını sağlar iken, üretranın gevşemesini sağlamaktadır (13).

**Sempatik innervasyon:** T10-L2 seviyesinde bulunan sempatik sinirler, mesane boynundaki kasların kasılmasını sağlarken, detrüörün gevşemesine neden olmaktadır (12).

**Somatik innervasyon:** S2-S4 seviyesinde bulunan somatik sinirler, asetil kolinin salınımı aktive ederek eksternal üretral sfinkterin kontraksiyonuna neden olmaktadır (15).

**Efferent innervasyon:** Efferent sinirler, idarın depolanması ve işeme fonksiyonlarının düzenlemesini sağlamaktadırlar (14).

**Afferent innervasyon:** Afferent sinirler, pelvik ve pudental sinirin S2-S4 dorsal kısmında yer alırken, hipogastrik sinir gövdesinin T10-L2 torakolumber dorsal kısmında bulunmaktadır (15). İşeme refleksini başlatan mesane kasılmasının başlamasında görev almaktadır (13).

## **İşeme Siklusu**

Normal işeme, uygun sosyal ve fiziksel bir zamanda bireyin istemi ile gerçekleşmektedir (15,16). İşeme, dolum ve boşaltım olmak üzere iki ana evreden meydana gelmektedir (16).

**Depolama/Dolum fazı:** Mesanenin dolum fazında, mesane içi basınç sıfır veya minimumdur (14). Normal bir mesanede, mesane içi basıncı 0-6 cm H<sub>2</sub>O arasında olmalıdır

(14). Mesane içi basınç 15 cm H<sub>2</sub>O'dan büyük olmamalıdır (17). Mesane, yapısındaki düz kas ve bağ dokunun viskoelastik yapısına bağlı olarak dolum sırasında mesane duvarındaki kas lifleri gerilir ve uzunluklarının 4 katına çıkarak yaklaşık 10 cm H<sub>2</sub>O'a kadar olan basınçları mesanenin tolere edebilmesine sağlarlar. Mesanede ilk doluluk 100-200 ml arasında meydana gelirken, doluluk hissi 300-400 ml arasında meydana gelmektedir (16). Mesane hacmi 400-500 ml olduğunda acil idrar yapma isteği ve ağrı şikayetleri bireylerde görülebilmektedir. Mesanedeki idrar hacmi yaklaşık 300 ml civarına ulaştığında mesanedeki basınca duyarlı reseptörler aktive olmaktadır (14). Normal mesane hacmi kişiden kişiye farklılık gösterse de yaklaşık olarak 400-750 ml arasındadır. Mekanoreseptörlerin aktivasyonu sonucunda oluşan uyarı afferent parasempatik sinirlerle S2-S4 seviyesindeki spinal korda iletilir (14). Bu iletim sonucunda, spinal kord da sempatik sinirler aktive olur ve detrusörün kontraksiyonunun inhibisyonu sağlamaktadır (16). Bütün bu uyarıların sonucu olarak, depolama evresinde detrusör kontraksiyonları azalırken, üretral sfinkterin kontraksiyonu sağlanarak sfinktedeki çıkış rezistansı artmaktadır (17).

**Boşaltım/İşeme fazı:** İşeme, mesanenin boşaltımı sonuna kadar devam eden üretranın gevşemesi ve mesanenin kasılması ile karakterize istemli bir eylemdir (18). İşemenin kontrolü, frontal serebral korteksi ve pons arasındaki yollar aracılığı ile meydana gelir (19). İşemenin istemli kontrol edilebilmesi için kortikal alanlar, subkortikal alanlar ve beyin sapı arasındaki bağlantıların karmaşık etkileşimi ile gerçekleşmektedir (18, 20). Eksternal sfinkter motor sinirlerle innerve olmaktadır (21). Mesane ve mesane boynu ise pelvik sinirin içinde bulunan parasempatik sinirler ile innerve olmaktadır (19). Parasempatik sinirin innervasyonu ile birlikte sinir uçlarından asetil kolin salınımı meydana gelir (19). Asetil kolinin salınımı ile detrusörde kontraksiyonlar meydana gelirken, internal sfinkterde ise relaksasyon meydana gelir ve işeme meydana gelir (18).

## **AŞIRI AKTİF MESANE SENDROMU**

### **Aşırı Aktif Mesane Sendromu Tanımı**

AMMS'nin tanımı ilk kez ICS tarafından; altta yatan bir hastalık olmadan; aniden gelen idrara sıkışma hissi ile birlikte görülen sık idrara çıkma (günde 8 veya daha fazla kez idrara çıkma) veya gece idrara çıkmak için uyanma, bazen tuvalete gidinceye kadar idrara

kaçırma şikâyetlerinin görüldüğü bir hastalıktır. 'diye tanımlanmıştır. AMMS, urge inkontinans olsun ya da olmasın idrara çıkma sıklığında artış, aniden idrara sıkışma semptomlarını kapsayan bir sendromdur. AMMS de sıkışma tipi idrar kaçırma ile birlikte görülüyorsa ıslak tip, eğer görülüyorsa kuru tip olarak değerlendirilmektedir (22).

ICS'in 2002 yılında AAMS ile ilişkili hastalarda görülebilecek bahsettiği şikayetler şunlardır; (13)

- **Urge inkontinans:** Acil idrar yapma hissi ile birlikte görülen veya acil idrar yapma hissinden hemen sonra görülen idrar kaçırmasıdır.
- **Sık idrara çıkma:** Gündüz 8 kez veya üstü, gecede 2 kez ve üzerinde idrara çıkmadır.
- **Noktüri:** Gece idrara çıkma olarak tanımlanır.
- **Sıkışma (urgency):** Ani ve ertelenemez idrar hissi olarak tanımlanır.
- **Aşırı aktif detrusor (AAD):** Mesane dolumu sırasında oluşan istemsiz detrusor kasılmalarıdır.

### **Aşırı Aktif Mesane Sendromu Fizyopatolojisi**

Ürotelyum ve detrusör fizyolojisinde özel transmitterler ve reseptörler görev yapmaktadır. Mesane kasılmaları kolinerjik, adrenerjik ve non kolinerjik mekanizmaları tarafından yönetilmektedir. Mesanenin boşaltılmasından parasempatik sistem sorumludur ve asetilkolin ana nörotransmitterdir. Adenozin trifosfat (ATP) sinirsel uyarıyla beraber asetilkolinle salınır, purinerjik reseptörler aracılığıyla kasılmaları inhibe eder (23). Nörolojik hastalıklar ve yaralanmalar, mesaneye bağlı tıkanıklıklar, üretral yetmezlikler, detrusörün hiperaktivitesi gibi durumlarda bu mekanizmada değişimler meydana gelmektedir. Bu durum sonucunda istemsiz detrusör kasılmaları oluşmakta ve AAMS'ye neden olduğu düşünülmektedir. AAMS'nin meydana gelmesi literatürde bu şekilde açıklansada AAMS'nin patofizyolojisi net olarak bilinmemektedir (24).

### **Aşırı Aktif Mesane Sendromu Prevelansı**

AAMS' nin prevelansı geniş bir sıklıkta yer almaktadır. Prevelans aralığının geniş olmasının nedeni sendromun değişik şekilde tanımlanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Avrupa ve Amerikan Kuzey kısmında yapılan çalışmalarda AAMS prevelansı % 12-17 civarında bulunmuştur (2). ABD'de AAMS'ye harcanan bütçenin 17.5 milyon dolar civarında olduğu bildirilmiştir (25). Kuru AAMS %63 olarak, ıslak AAMS ise % 37 olarak yapılan bir çalışmada belirlenmiştir (26). ABD'de yapılan NOBLE çalışmasında AAMS prevelansı yaklaşık % 16.9 iken, bu oranın % 7,6 sında idrar kaçırmanın eşlik etmediği % 9,3 ünde ise idrar kaçırmanın eşlik ettiği gözlenmiştir (26). Ayrıca NOBLE çalışmasında 25 yaşında AAMS prevelansı %5, 45-54 yaş arasında % 25, 65 yaş ve üzerinde ise %35 civarında bulunmuştur (3). Ülkemizde AAMS üzerine yapılan çalışmalar sınırlı olsa da; Süt ve ark. yaptığı çalışma da prevelans % 38.9, Zümrütbaş ve ark. yaptığı çalışmada % 66.7, Sarıcı ve ark. yaptığı çalışmada ise prevelans % 20.7 bulunmuştur (27, 28,29).

### **Aşırı Aktif Mesane Sendromu Tipleri**

**Nörojenik olmayan AAMS:** AAMS'nin bu tipinde miyojenik tipinde kas hücrelerinde meydana gelen aktivasyonunda artışa bağlı olarak detrüör aşırı aktivitesinden (DAA) meydana geldiği düşünülmektedir. (30).

**Nörojenik olan AAMS:** Nörojenik olan AAMS de detrüördeki kas hücrelerinde sinir aracılığıyla oluşan detrüörün hiperaktivitesini açıklamaktadır (31). AAMS' nin bu tipine birçok faktör neden olmaktadır (32).

**Otonom AAMS:** AAMS'nin bu tipinde mesanenin aşırı duyumundaki artış lokalize olan modüler kasılmalar ile sonuçlanmaktadır (33). Bu tipte detrüör de meydana gelen aşırı aktivasyon mesanede bulunan kaslarındaki pleksus iletişimiyle genişlemekte olan modüler aktivasyondan kaynaklanmakta olduğu düşünülmektedir (34).

## **AŞIRI AKTİF MESANE SENDROMU'NDA TANI VE TEDAVİ**

### **Aşırı Aktif Mesane Sendromu'nda Tanı**

AAMS'nin hastalar da fark edilmesi için tanıda izlenecek yöntemler 2004 yılında 3. Uluslararası İnkontinans Konsültasyonunda belirlenmiştir. Bu yöntemlerde ayrıntılı anamnez, fizik muayene ve diğer tetkiklerin yapılması üzerinde durulmuştur (35).

**Ayrıntılı anamnez:** Ayrıntılı anamnez alma AAMS tanısı koymada oldukça önemlidir. Hekim, hastanın yakınmalarının ne zaman başladığı, şiddeti, ne kadar süredir devam ettiği, noktürisi olup olmadığı, sık veya ani idrara çıkma şikayeti olup olmadığı, mevcut sağlık sorunları, kullandığı ilaçlar, geçirmiş olduğu cerrahi operasyonlar, hastanın yaşı, menapoz durumu, obstetrik ve jinekolojik öyküsü gibi spesifik sorular sorarken hastanın bu sendroma neden olabilecek nörolojik bir patolojik durumunun olup olmadığını da sorgulamaktadır (36, 37).

**Üriner günlük:** Hekimler, hastalardan üriner günlük tutmalarını isteyebilirler. Bu günlüklerin en az 3 gün olacak şekilde tutulması istenir (38). Daha uzun tutulan üriner günlüklerde yapılan araştırmalar hastaların günlük tutmalarında önemli azalmalar gözlenmiştir (36). Hastadan; aldığı sıvının tipi, sıvı miktarı, çıkardığı idrar miktarı, idrar kaçırıp kaçırmadığı, idrar kaçırdığı sırada hastanın yaptığı meşguliyet sorgulanır (37).

**Fizik muayene:** AAMS tanısını koymak için yapılan fizik muayene, ürolojik, jinekolojik ve nörolojik muayene kapsamaktadır. Hastada AAMS'ye neden olabilecek prolapsusun olup olmadığı, mesanede glop olup olmadığı tipi belirtilerin dışlanıp AAMS'nin spesifik belirtilerinin ayırt edilmesi amaçlanır. Hekim vajinal ve rektal tuşeye başlamadan önce vulvayı tahriş, kızarıklık, enfeksiyon yönünden inspeksiyon yöntemiyle değerlendirmelidir (39).

**Vajinal muayene:** Dijital palpasyon yöntemiyle hekim hastanın pelvis tabanında bulunan perineal kaslarının gücünü manuel değerlendirme imkanı bulmaktadır (40).

**Nörolojik muayene:** Hastanın mental durumu, anal sfinkter gücü, alt ekstremité refleksleri ve lumbosakral nörolojik fonksiyonların muayenesi yapılmaktadır (39).

**Ped testi:** İnkontinans şikayeti olan hastalara uygulanmaktadır. Kaçırılan idrar miktarını hesaplamada oldukça kullanılmaktadır. Test 24 veya 48 saatlik süre boyunca hastaya verilen pedin tartılması ile gerçekleşmektedir (38).

**Q tip test:** Üretranın, hipermobilitésini belirleme de kullanılan bir tanı testidir. Ölçüm sonucunda çubukta 30 dereceden fazla açý değişikliği meydana gelmiş ise hiper mobil üretradan bahsedilmektedir (41).

**İdrar analizi:** Hastada; idrar yolu enfeksiyonu olup olmadığı, mesanenin uyarılmasına neden olabilecek tümör, taş gibi faktörleri ekarte etmek amacıyla uygulanan bir tanı testidir (42).

**Böbrek fonksiyon testleri:** Alt üriner sistemde var olan bir patolojinin üst üriner sisteme etkisinin olup olmadığı araştırılır (43).

**Radyolojik inceleme:** Özellikle nörojenik AAMS'si olan hastalarda üst üriner sistemin incelenmesi amacıyla kullanılan bir tanı testidir. Radyolojik incelemeyle AAMS'nin spinal kökenli olup olmadığı incelebilmektedir (44).

**Ürodinamik inceleme:** Ürodinami, mesanenin dolum ve boşaltım fazının incelenebildiği ürolojik bir tanı testidir. Ürodinamik inceleme yöntemi ile detrüörde aşırı aktivasyonunun olup olmadığı, inkontinansın olup olmadığı var ise şekli, mesanenin dolum ve boşaltım sırasında oluşan hacim/basınç ilişkisi değerlendirilmektedir (45). İki tip ürodinamik inceleme yapılmaktadır. Birinci yöntem ile steril bir kateter yolu ile mesane içine serum fizyolojik verilmekte iken, diğer yöntem de ise mesanenin fizyolojik olarak idrar ile dolması beklenmektedir (13). Ürodinamik incelemede hastanın durumuna göre, dolum sistometrisi, üretral basınç profili, valsalva kaçırma anı basıncı, sfinkter elektromyografisi, üroflovetri,



basınç akım çalışması ve videoürodinamik incelemelerde yapılabilmektedir (45). Ürodinamik değerlendirmeler ile mesane içi basınç, abdominal basınç ve detrusor basıncı ölçülebilmektedir (13). Normal vezikal ve abdominal basınç değerleri; yatarak 5-20 cm H<sub>2</sub>O aralığında olmalı, oturarak 15-40 cm H<sub>2</sub>O aralığında olmalı, ayakta 30- 50 cm H<sub>2</sub>O aralığında olmalı, detrisör ise 0-6 cm H<sub>2</sub>O aralığında olmalıdır (43) .

### **Aşırı Aktif Mesane Sendromu'nda Tedavi**

**Altta yatan nedenlerin tedavisi:** Her hastalıkta olduğu gibi AAMS de de etiyolojik nedenler oldukça önemli bir yer tutmaktadır. AAMS, tedavisinde ilk adım altta yatan nedenin tedavisidir (46). Altta yatan nedenin bulunması tedavinin daha efektif olmasını sağlamaktadır (47).

**Yaşam tarzı davranışlarında değişiklik:** AAMS de tedavi seçeneği olarak ilk akla gelen non-invazif yöntemler olmalıdır. Hastada davranış değişikliği planlanıyorsa hasta, hastalık, beslenme ve tedavi seçenekleri hakkında detaylı olarak bilgilendirilmelidir. AAMS'yi arttıran faktörlerin başında obezite, sigara, alkol, sıvı miktarı, kafein kullanımı ve konstipasyon gelmektedir.

Alınan sıvı miktarı 1800-2400 ml'den az olduğunda idrarın yoğunlu artmakta, artan idrar yoğunluğu da mesane de irritasyon artışına neden olup DAA'yı arttırmaktadır (48). AAMSli hastalarda 18.00'den sonra sıvı alımı minimal olmalıdır. Hastalar sabah ya da öğlen saatlerinde sıvı almalıdır. Günlük alınan sıvı miktarı AAMS'li hastalarda 1800-2400 ml civarında olmalıdır (47). Tüketilen yiyeceklerden AAMS'nin semptomları artırıp azalabilmektedir. Kafenin detrusör kasının kasılmasını artırarak AAMS'ye neden olduğu düşünülmektedir. Kafein ve AAMS'nin incelendiği bir çalışmada günlük kafein miktarının 23 gramdan (gr) 14 gr düşüren bireylerin şikayetlerinin önemli ölçüde azaldığı gözlenmiştir (49). Alkollü içecekler, çikolata, süt türevi içecek ve yiyecekler, baharatlı yiyecekler, bazı sebzeler (domates, biber, soğan), asitli içecekler, bazı kuruyemişler (ceviz, fındık) AAMS'yi arttırmaktadır. Limonsuz bitki çayları, beyaz çikolata ve badem ise AAMS'nin semptomlarını azaltmaktadır. Yapılan bir davranış tedavisi çalışmasında hastalar üç gruba ayrılmıştır. 8 haftalık çalışmada, ilk gruba davranış değişikliği tedavisi, ikinci gruba antikolinerjik kullanılması, üçüncü gruba da plasebo verilmiştir. Kontinans oranları sırasıyla % 30.2, % 23.1

ve % 12.9 oranında azaldığı bulunmuştur. Çalışma sonuçları davranış tedavisinin antikolinergik tedaviye kıyasla daha etkili olduğunu göstermektedir (50).

**Fizik tedavi:** Mesane eğitimi, pelvik taban kas egzersizleri, elektirksel stimülasyon, elektromanyetik stimülasyon, nöromodülasyon, biofeedback, vajinal koni tedavisi kapsamaktadır. Hastanın şikayetleri doğrultusunda hekim, hastanın tedavisi planlamaktadır (51). AAMS tedavisinde mesane eğitimi önemlidir.

- **Mesane eğitimi:** İdrar yapmanın zamanlanması, idrar sıklığının azaltılması ve kontinansın sağlanması amaçlanmaktadır. Avantajları ucuz ve yan etkisiz olması iken dezavantajı ise uygulama aşamasında belirli standartların olmamasıdır. Mesane eğitimi hasta 3-4 saatte bir idrara çıkacak şekilde ayarlanmalıdır. Mesane ve pelvik taban eğitimi programına başlamadan önce hastanın idrara çıkma alışkanlığı saptanmaktadır. Hekim bu süreçte hastadan üriner günlük tutmasını isteyebilmektedir (52). Mesane eğitimi hastanın bağımsız işeme alışkanlığı edinmesini amaçlar. Hastanın idrar yapma ihtiyacını ertelemesi olarak görülmemeli belli saatlerde idrarını yaparak idrar alışkanlığını azaltması olarak düşünülebilir (53). Mesane eğitimin amacı mesane kapasitesini arttırmak, inkontinansın önüne geçme, AAMS'yi önlemektir. Mesane eğitiminin anlamlı derecede semptomları azalttığını saptamışlardır (54).

**Farmakoterapi:** AAMS de kullanılan birçok farmakoterapik ajan bulunmaktadır. Bu ajanların çalışma prensibi genel olarak santral sinir sistemini kontrol etme yoluyla, mesanedeki ana nörotransmitter olan asetilkolin salınımını baskılayarak, gevşeme etkisi yaratarak detrusör aşırı aktivitesini azaltıp, AAMS'yi tedavi etmektedir. Farmakoterapi amaçlı antikolinergik ajanlar, trisiklik antidepresanlar ve östrojen tedavisi kullanılmaktadır (55).

**İnvazif medikal tedaviler:** İnvazif medikal tedavi, antikolinergik tedaviden yanıt alınan ancak yan etkileri nedeniyle tedaviye devam edemeyen hastalarda kullanılmaktadır. Bu amaçla mesaneye botoks uygulanması ve cerrahi tedavi kullanılmaktadır (56).

## **AŞIRI AKTİF MESANE SENDROMU ÜZERİNE ETKİLİ OLABİLECEK RİSK FAKTÖRLERİ**

### **Yaş**

Yaşlanma, hem üriner inkontinans hem de AAMS için bir risk faktörüdür. Yaşa bağlı olarak; üretral basınçta azalmaya, detrüsr de aşırı aktivasyona, mesane hacminde ve mesane kontraktilitesinde azalmaya, postmenapozal kadınlarda östrojenin azalması ve buna bağlı ürogenital yapılarda meydana gelen atrofiye, postrezidüel idrar miktarında artışa ve mental durumda yavaşlamaya neden olmaktadır (57, 58).

### **Gebelik ve Doğum**

Doğum sayısı, doğum şekli, bebeğin doğum ağırlığı, bebeğin baş çevrenin çapı idrar kaçırma için risk faktörüdür. Yapılan çalışmalarda bebeğin doğum ağırlığı arttığında pelvik taban disfonksiyonunda artış gözlenmiştir (59).

### **Alınan Sıvı Miktarı**

Mesanedeki bazı uyarıcı maddelere uzaklaştırmak için yeterli sıvı alınması gerekmektedir. Sıvı alımın yetersiz olması mesanedeki irritan maddelerin konsantrasyonunda artışa neden olarak detrüsrde aşırı uyarılmaya neden olarak ani idrara çıkma hissi, sık idrara çıkma ve idrar kaçırma şikayetlerini artıracaktır (60). AAMS'li hastalarda sıvı alımı ne çok fazla ne de yetersiz olmamalıdır. Kadın hastalar için genel sıvı alım kuralı; her 24 saat de vücut ağırlığının her kilogramı için 24 milimetre olması gerektiğidir (61).

### **Diyet Bileşenleri**

Asitli/gazlı gıdalar, baharatlı yiyecekler, yapay tatlandırıcıları yiyecekler, bitki çayları gibi gıdalar mesanede irritasyona neden olup DAA'yı arttırmaktadır (62).

## **Kafein Alımı**

Kafein günlük hayatımızda oldukça sık kullandığımız bir maddedir. Kafeinin yapılan çalışmalarda detrüör basıncını artırarak, detrüör üzerine uyarıcı etkiler yaparak AAMS semptomlarını arttığı gözlenmiştir. Günde 400 miligram (mg) ve üzeri kafein tüketimi idrar kaçırma riskini artırmaktadır. Gün içinde alınan kafein miktarının oldukça önemli olduğu bildirilmiştir (27).

## **Alkol**

Alkolün diüretik etkisi ve mesaneyi uyarıcı etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir (47, 63).

## **Sigara**

Sigara detrüör üzerinde irritan etki oynayarak detrüörde aşırı aktivasyon meydana getirmektedir (64).

## **Konstipasyon**

Yapılan çalışmalarda konstipasyonun AAMS için önemli bir risk faktörü olarak bulunmuştur (61,65). Konstipasyonu önlemek için hastaya lifli gıda tüketmesi gerektiği söylenmelidir. Kronik konstipasyonda zorlanmaya bağlı olarak pelvik yapılarda nörolojik disfonksiyon gelişebilmektedir (66).

## **Obezite**

Obezite kadınlarda AAMS ve üriner inkontinans tipleri için bir risk faktörüdür. Obezitede mesane üzerine artmış intraabdominal basıncın etkisi olduğu düşünülmektedir. Ayrıca obez hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda intraabdominal basınç artışına ilave olarak artmış üretral mobilite de bulunmuştur (67). Dwyer ve ark. yaptığı bir çalışmada BKİ yüksek olan kadınların idrar kaçırma ve detrüör hiperaktivitesi, BKİ düşük olan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (68).

## **Irk**

AAMS ve üriner inkontinas ırklar arasında farklılık göstermektedir. Yapılan çalışmalarda siyahi kadınlarda urge inkontinans görülmekte iken beyaz kadınlarda daha çok stres inkontinans gözlenmiştir (69, 70).

## **Menapoz**

Postmenapozal dönemdeki kadın hastalarla yapılan çalışmalarda östrojenin azalmasına bağlı olarak üriner disfonksiyon gözlenmiştir (71).

## **Psikolojik Bozukluklar**

Yapılan çalışmalarda AAMS'li hastalarda stres ve anksiyete düzeyi yüksek bulunmuştur. AAMS'li hastalarda yaşam kalitesinin azalmasına bağlı olarak depresyon görülme oranında yüksek bulunmuştur (72).

## **AŞIRI AKTİF MESANE SENDROMU'NUN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

AAMS, kişileri sosyal, ekonomik, profesyonel ve toplumsal olarak etkileyen sendromdur. Aynı yaş grubundaki AAMS ile diğer kronik hastalıkları olan bireylerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, AAMS'li bireylerin yaşam kalitesinin daha düşük bulunmuştur (73). AAMS'li bireylerin hastalığın belirtilerini saklamak ve kontrol etmek için kendilerine bazı yöntemler geliştirmektedir. Bu yöntemlere örnek olarak; koyu renk giysi tercih etmek, hasta bezi veya günlük pedler kullanmak, yolculuk yapacaklar ise otobüs yerine rahatlıkla mola verebilmek için kendi araçlarını kullanmak, yeni gittiği yerlerde önce tuvaletin yerini öğrenmek, idrar ihtiyacı olmaksızın önlem olarak tuvalete gitmek, cinsel temastan idrar kaçırma korkusu ile kaçınmak, sıvı alımını azaltmak AAMS' li kişilerin sıklıkla kullandığı önlemlerdir (74). AAMS'li hastaların duygusal durumlarını saptayabilmek için ABD ve İngiltere'de yapılan toplum temelli bir çalışmada AAMS'li bireylerde yüksek düzey anksiyete, damgalanma korkusu ve utanma gözlemlenmiştir. Kelleher çalışmasında AAMS'nin yaşam kalitesini

oldukça azaltmasının yanında kişide duygusal yükte oluşturduğunu saptamıştır (75). Ayrıca çalışmada, AAMS tedavisi gören hastaların anksiyete ve utanç duygularının da azaldığı saptanmıştır (75).

## **AŞIRI AKTİF MESANE SENDROMU OLAN KADINLARDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI**

AAMS'nin multifaktöriyel bir sendrom olduğu düşünüldüğünde, sendrom geniş yelpaze de ve ekip anlayışı içerisinde değerlendirilmelidir (76). Bu ekip anlayışı içinde hemşireler de aktif olarak görev almaktadır. Hemşirelerin diğer sahalarda da geçerli olan rolleri AAMS'da da geçerlidir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik bireylerin eğitimi sağlamak hemşirelerin en temel görevlerinden biridir. Hemşireler yapılan tedavinin amaçlarını ve nedenlerine hasta bireylere anlatmalıdır (77). AAMS'nin tedavi seçenekleri konusunda soruları yanıtlamada bireylere yardımcı olmalıdır. Ürojinekoloji alanında bakımın niteliğini arttırabilmek için sahada çalışan hemşireler araştırma yapmalıdır (76). Hasta bakımı için en uygun bakımı seçme hemşirelerin karar verici rolünün bir bölümüdür. Hemşireler AAMS'li bireylerin ve ailelerinin tedavi hakkında karar verme süreçlerinde AAMS'nin multifaktöriyel olmasından dolayı diğer sağlık profesyonelleriyle ve aile üyeleriyle birlikte bir karar alabilmektedir (77). Rehabilitasyon, eksilen veya kaybolan bir yetinin tekrar kazanılması sürecidir. AAMS'li hastalarda rehabilitasyon oldukça önemlidir. AAMS'li hastaların bir kısmında inkontinans AAMS'ye eşlik etmektedir. Bu hastalarda kontinansın sağlanmasında hemşirelerin rolü oldukça önemlidir (76).

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

### **ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ**

18-49 yaş arası kadınlarda Aşırı Aktif Mesane Sendromu üzerine etkili faktörler ve yaşam kalitesini incelemek amacıyla planlanmış kesitsel tipte bir araştırmadır.

### **ARAŞTIRMANIN SORULARI**

1. Üreme çağı kadınlarının AAMS semptomdüzeyleri nasıldır?
2. Üreme çağı kadınlarının AAMS'ye ilişkin yaşam kaliteleri nasıldır?
3. Üreme çağı kadınlarında AAMS üzerine etkili faktörler nelerdir?

### **ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN**

Araştırma verileri, Ekim 2016-Aralık 2017 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi Kadın-Doğum ve Üroloji Poliklinikleri'nde toplanmıştır. Araştırma hastaneye başvuran 155 katılımcı üzerinden yürütülmüştür.

### **ARAŞTIRMANIN EVRENİ**

Araştırmanın evrenini, Ekim 2016-Aralık 2017 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi'nin Kadın-Doğum ve Üroloji Poliklinikleri'ne başvuran kadınlar oluşturmuştur.

## **ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ**

AAMS'nin toplumda gözlenme oranı %38,9 olarak baz alındığında (27), ön görülen %50'lik orandan farkını test etmek için %5 yanılma payı ve %80 power değeriyle n=155 hastanın çalışmaya alınması gerektiği hesaplanmıştır.

## **ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ**

Çalışmaya katılmaya gönüllü, 18 ve 49 yaş arası, sık idrara çıktığını ifade eden üreme çağı kadınları dahil edilmiştir.

## **ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ**

Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan, 18 yaş altı ve 49 yaş üzeri, sık idrara çıkmayan kadınlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

## **VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmaverilerinin toplanması aşamasında; bilgi formu (Ek 1), Aşırı Aktif Mesane V8 Ölçeği (OAB-v8) (Ek 2) ve Aşırı Aktif Mesane Yaşam Kalitesi Ölçeği (OAB-q) (Ek 3) kullanılmıştır.

### **Bilgi Formu**

Araştırmada literatür incelenerek hazırlanan 38 sorusundan oluşan bir bilgi formu kullanılmıştır. Bilgi formunda katılımcıların; kişisel özellikleri 10 soru, üriner fonksiyonlar ile ilgili özellikleri 6 soru, yaşam tarzı ile ilgili özellikleri 22 soru ile sorgulanmıştır (64,68,71).

### **Aşırı Aktif Mesane Version 8 (Overactive Active Bladder - Version 8/OAB-v8)**

Coyne ve ark. tarafından 2002 yılında geliştirilen OAB-v8; herbiri likert tipi 6 seçenekli (Hiçbir zaman/Never, Nadiren/Rarely, Bazen/Sometimes, Biraz/Some, Çoğu zaman/Most of



the time, Her zaman/Always)frequency, noktüri, urgency, stres, urge ve mix üriner inkontinans varlığında AAMS varlığını sorgulamaya yönelik 8 sorudan oluşan ölçektir. Buna göre toplam skoru  $\geq 8$  olanlar AAMS hastası olarak sınıflandırılmaktadır. Coyne ve ark. geliştirdikleri ölçeğin Cronbach's  $\alpha$  değerini 0.86 olarak belirlemişlerdir (78). Tarcan ve ark. ölçeğin Türkçe uyarlamasında Cronbach's  $\alpha$  değerini 0.92 olarak bulmuşlardır (79). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's  $\alpha$  değeri 0.83 olarak bulunmuştur.

### **Aşırı Aktif Mesane Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ovaractive Bladder Quality/Oab-q)**

Coyne ve ark. tarafından 2002 yılında geliştirilen OAB-q; her biri likert tipi 6 seçenekli (Hiçbir zaman/Never, Nadiren/Rarely, Bazen/Sometimes, Biraz/Some, Çoğu zaman/Most of the time, Her zaman/Always) 25 soru ve 4 alt boyuttan (baş etme, kaygı, uyku ve sosyal ilişkiler) oluşan, AAMS'ye özgü yaşam kalitesi ölçeğidir. Her bir alt boyut skoru; o alt boyuta giren maddelerin puanlarının toplamının 0-100 arasında değişen puanlara dönüştürülmesiyle hesaplanır. Ölçeğin toplam puanının hesaplanmasında da alt boyut puanlarının hesaplanmasında izlenen yol kullanılır. Yüksek skorlar daha AAMS'ye ilişkin kötü yaşam kalitesini göstermektedir. Coyne ve ark. çalışmalarında ölçeğin Cronbach's  $\alpha$  değerini 0.96 olarak belirlemişlerdir (78). Bu çalışmada da ölçeğin Cronbach's  $\alpha$  değeri 0.96 olarak bulunmuştur.

**Tablo 1. OAB-Q Ölçeğinin Toplam Ve Alt Boyut Puanlarının Hesaplanması**

	Maddeler	Olası Skor		Olası Alt Boyut Ranjı
		En Düşük	En Yüksek	
<b>Başetme</b>	9+11+16+21+22+26+32+33	8	48	40
<b>Kaygı</b>	12+13+14+19+23+25+29	7	42	35
<b>Uyku</b>	10+15+17+24+30	5	30	25
<b>Sosyal İlişkiler</b>	18+20+27+28+31	5	30	25
<b>Toplam</b>	Tüm alt boyut skorlarının toplamı (9+10+...+33)	25	150	125

Dönüştürülmüş Skor =  $\frac{\text{Olası en yüksek skor} - \text{Alt boyut toplam skoru}}{\text{Olası en yüksek skor}} \times 100$

Olası alt boyut ranji

### **ETİK KURUL ONAYI**

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu için Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan TÜTF-BAEK 2016/205 sayılı etik onayı (Ek 4) alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanabilmesi için Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı kurum izni (Ek 5) alınmıştır.

### **ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI**

Veriler araştırmaya gönüllü katılımcılar ile yapılan yüz yüze görüşmeler ile ortalama 15 dakikada toplanmıştır. Başlangıçta katılımcılara çalışmanın amacı açıklanmış olup bilgilendirilmiş sözlü onamları alınmıştır. Katılımcıların kimlik bilgileri alınmamıştır. Veriler toplanırken formlar üzerinde kodlama sistemi kullanılmıştır.

### **VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Araştırmada değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Sayı (n), yüzde (%), ortalama (ort.) ve standart sapma (SS) ile gösterilmiştir. Ölçek skorlarının dağılım özellikleri incelenerek; 2 kategoriden oluşan değişkenler için Student t testi ya da Mann Whitney U testi, 3 ya da daha fazla kategoriden oluşan değişkenler için tek yönlü ANOVA ya da Kruskal Wallis testlerinden uygun olanları kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkileri incelemede Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.  $p < 0.05$  değeri istatistiksel anlamlılık sınır değeri olarak kabul edilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde IBM Corp. Released 2018. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Amonk, NY: IBM Corp programı kullanılmıştır.

### **ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Araştırmada sık idrara çıktığını ifade eden bazı kadınların OAB-v8 ölçeği puan ortalamalarına göre AAMS yaşamadığının saptanması araştırmanın sınırlılığıdır.

## **BULGULAR**

Araştırma, Ekim 2016-Aralık 2017 tarihleri arasında 18 ve 49 yaş arası toplam 155 kadın üzerinde yürütülmüştür. Araştırmada, toplanan veriler değerlendirildikten sonra bulgular;

- Kadınların Kişisel Özellikleri
- Kadınların Üriner Fonksiyonları İle İlgili Özellikleri
- Kadınların Yaşam Tarzı İle İlgili Özellikleri
- Kadınların OAB-v8 Toplam, OAB-q Toplam Ve Alt Boyut Puan Ortalamaları
- Kadınların OAB-v8 Toplam İle OAB-q Toplam Ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki
- Kadınların Kişisel Özelliklerinin OAB-v8 Toplam Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması
- Kadınların Üriner Fonksiyonlar İle İlgili Özelliklerinin OAB-v8 Toplam Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması
- Kadınların Yaşam Tarzı İle İlgili Özelliklerinin OAB-v8 Toplam Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması
- Kadınların Bazı Niceliksel Değişkenleri İle OAB-v8 Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

## KADINLARIN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİ

Tablo 2’de kadınların kişisel özellikleri verilmiştir. Kadınların(n=155) yaş ortalamasının 36,6±8,7 yıl, BKİ ortalamasının 27,9±6,1 kg/m<sup>2</sup>, çocuk sayısı ortalamasının 1,9±1,1, normal doğum sayısı ortalamasının 1,6±1,3, sezeryan doğum sayısı ortalamasının 0,5±0,8 olduğu bulunmuştur. Kadınların %80,6’sının evli, %54,2’si okuryazar–ilköğretim düzeyinde, %74,7’sinin çekirdek aileye sahip, %58,1’i geliri gidere eşit, %60’ının herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 2. Kadınların Kişisel Özellikleri (n=155)**

		Ort±SS	
<b>Yaş</b>		36,6±8,7	
<b>BKİ</b>		27,9±6,1	
<b>Çocuk Sayısı</b>		1,9±1,1	
<b>Normal Doğum Sayısı</b>		1,6±1,3	
<b>Sezeryan Doğum Sayısı</b>		0,5±0,8	
		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Medeni Durum</b>	Evli	125	80,6
	Bekâr	18	11,6
	Diğer	12	7,7
<b>Eğitim Durumu</b>	Okur Yazar Değil	12	7,7
	OkurYazar-	84	54,2
	İlköğretim	59	38,1
	Lise ve Üzeri		
<b>Aile Tipi</b>	Çekirdek	115	74,7
	Geniş	39	25,3
<b>Gelir Durumu</b>	Gelir Giderden Az	45	29,0
	Gelir Gidere Eşit	90	58,1
	Gelir Giderden Fazla	20	12,9
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışmıyor	93	60,0
	Çalışıyor	51	32,9
	Emekli	11	7,1

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma; n=Sayı; %: Yüzde

## KADINLARIN ÜRİNER FONKSİYONLARI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Tablo 3'te kadınların üriner fonksiyonları ile ilgili özellikleri verilmiştir. Kadınların gün içinde idrara çıkma sayısı ortalamasının 13,1±3,1 olduğu, %57,4'ünün gündüz saatinde idrara sıkma sıklığının saatte bir olduğu, %86,5'inin gece uyurken idrara çıkma isteği duyduğu, %52,9'unun idrar kaçırma sorunun olduğu, %47,1'inin öksürürken ve %49,7'sinin hapsirirken idrar kaçırdığı belirlenmiştir.

**Tablo 3. Kadınların Üriner Fonksiyonları İle İlgili Özellikleri (n=155)**

		Ort±SS	
<b>Gün İçinde Ortalama İdrara Çıkma Sayısı</b>		13,1±3,1	
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gündüz İdrara Çıkma Sıklığı (Saatte)</b>	Yarım saatte bir	33	21,3
	Saatte bir	89	57,4
	Üç saatte bir	22	14,2
	Dört saatte bir	1	0,6
	Diğer	10	6,5
<b>Gece Uyurken İdrara Çıkma İsteği</b>	Hayır	21	13,5
	Evet	134	86,5
<b>İdrar Kaçırma Sorunu</b>	Hayır	73	47,1
	Evet	82	52,9
<b>Hangidurumlarda meydana geldiği</b>	Hapsirme	77	49,7
	Hissetmeden Kaçıyor	4	2,6
	Acil İdrar Yapma İsteği	1	0,6
<b>İdrar Kaçırma Şikayeti Sıklığı</b>	Her gün bir kereden fazla	34	41,5
	Günde bir kez	10	12,2
	Haftada bir kez	13	15,9
	Haftada birden daha seyrek	20	24,4
	Diğer	5	6,1

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma

## KADINLARIN YAŞAM TARZI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Tablo 4'te kadınların yaşam tarzı ile ilgili özellikleri verilmiştir. Sigara kullanım durumunu incelediğimizde; kadınların %73,5'nin sigara kullanmadığı, %14,8'nin günde 1-10 adet arası sigara tükettiği, %7,7'sinin 6-10 yıl arası süredir sigara içtikleri belirlenmiştir. Alkol kullanım durumuna ilişkin; kadınların %85,8'inin hiç alkol tüketmediği, %7,7'nin özel günlerde alkol tükettiği %8,4'ünün alkol tipi olarak bira tükettiği bulunmuştur. Su tüketim durumu ile ilgili; kadınların günde ortalama 3,0±1,6 litre su tükettiği ve %94,2'nin akşam 18:00'den sonra su tükettiği saptanmıştır. Asit ve gazlı içecek kullanımında; kadınların %63,9'unun asit ve gazlı içecek tükettiği, gazlı içecek olarak %52,9 en çok kola tüketildiği, gazlı içecek tüketenlerin %40'ı akşam 18:00'den sonra gazlı içecek tükettikleri belirlenmiştir. Kafein kullanımını incelediğimizde; kadınların %98,7'sinin kafein içeren içecekleri tükettikleri, %26,5'inin Türk kahvesi, %25,2'sinin nescafe, %46,5'inin siyah çay tükettiği belirlenmiştir. Akşam saat 18:00'den sonra kadınların %76,8'inin kafein içeren içecekler tükettiği bulunmuştur. Bitki çayı kullanımını incelediğimizde; %76,8'inin bitki çayı tükettiği, %22,6'sının yeşil çay ve %24,5'inin diğer çayları tükettiği, %26,5'inin akşam saat 18:00'den sonra bitki çayı tüketmeye devam ettiği belirlenmiştir. Baharatlı yiyecek olarak; kadınların %61,9'unun baharatlı yiyecekler tükettiği, en fazla %33,5'inin cips tükettiği, %29,7'si diğer baharatlı yiyecekleri tükettikleri saptanmıştır. Yapay tatlandırıcı kullanımına baktığımızda; %14,8'inin yapay tatlandırıcı tükettiği, yapay tatlandırıcı olarak %81,9'unun pasta tükettiği bulunmuştur. Kadınların %13,1'inin depresyon ya da psikolojik rahatsızlık geçirdiği belirlenmiştir.

**Tablo 4. Kadınların Yaşam Tarzı ile İlgili Özellikleri (n=155)**

<b>Sigara</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Sigara kullanıyor musunuz?	Hayır	114	73,5
	Evet	41	26,5
Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?	Hiç	114	73,5
	1-10 adet arası	23	14,8
	11-20 adet arası	14	9,0
	21-30 adet arası	2	1,3
	31-40 adet arası	2	1,3

**Tablo 4. (devam) Kadınların Yaşam Tarzı ile İlgili Özellikleri (n=155)**

Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?	Hiç	114	73,5
	1 yıldan az	5	3,2
	1-5 yıl arası	8	5,2
	6-10 yıl arası	12	7,7
	11-20 yıl arası	9	5,8
	20 yıldan fazla	7	4,5
<b>Alkol</b>			
Alkol tüketiyor musunuz?	Hayır	133	85,8
	Evet	21	13,5
Ne sıklıkla alkol tüketiyorsunuz?	Hiç	133	85,8
	Haftada bir-iki defa	5	3,2
	Ayda bir defa	4	2,6
	Ayda 2-3 defa	1	0,6
	Özel günlerde	12	7,7
Hangi alkol çeşidini daha çok tüketiyorsunuz?	Hiç	133	85,8
	Şarap	9	5,8
	Bira	13	8,4
<b>Su Tüketimi</b>			
Günde kaç litre su tüketiyorsunuz?	<b>Ort±SS</b> 3,0±1,6		
		<b>n</b>	<b>%</b>
Akşam 18:00 den sonra su tüketiyor musunuz?	Hayır	8	5,2
	Evet	146	94,2
<b>Asitli/Gazlı İçecekler</b>			
Asitli/gazlı içecek tüketiyor musunuz?	Hayır	56	36,1
	Evet	99	63,9
Asitli/gazlı içeceklerden en çok hangilerini tüketiyorsunuz?	Hiç	57	36,8
	Kola	82	52,9
	Diğer	16	10,3

**Tablo 4. (devam) Kadınların Yaşam Tarzı ile İlgili Özellikleri (n=155)**

		<b>n</b>	<b>%</b>
Akşam 18:00 den sonra asitli/gazlı içecek tüketiyor musunuz?	Hayır	93	60,0
	Evet	62	40,0
<b>Kahve, Nescafe Ve Siyah Çay Kullanımı</b>			
Türk kahvesi, nescafe, siyah çay vb, kullanıyor musunuz?	Hayır	2	1,3
	Evet	153	98,7
Türk kahvesi, nescafe, siyah çay vb, kullanıyor iseniz en çok hangisini tüketiyorsunuz?	Hiç	2	1,3
	Türk kahvesi	41	26,5
	Nescafe	39	25,2
	Siyah çay	72	46,5
Akşam 18:00'den sonra türk kahvesi, nescafe, siyah çay vb, çayı tüketiyor musunuz?	Hayır	36	23,2
	Evet	119	76,8
<b>Bitki Çayı Kullanımı</b>			
Bitki çayı tüketiyor musunuz?	Hayır	36	23,2
	Evet	119	76,8
Bitki çayı tüketiyor iseniz en çok hangisini tüketiyorsunuz?	Hiç	82	52,9
	Yeşil çay	35	22,6
	Diğer	38	24,5
Akşam 18:00 den sonra bitki çayı tüketiyor musunuz?	Hiç	24	15,5
	Hayır	90	58,1
	Evet	41	26,5
<b>Baharatlı Yiyecekler</b>			
Baharatlı yiyecekler tüketiyor musunuz?	Hayır	56	36,1
	Evet	96	61,9
Baharatlı yiyecekler tüketiyor iseniz en çok hangi türü ya da yiyeceği tüketiyorsunuz?	Hiç	56	36,1
	Cips	52	33,5
	Diğer	46	29,7
<b>Yapay Tatlandırıcı</b>			
Yapay tatlandırıcı kullanıyor musunuz?	Hayır	130	83,9
	Evet	23	14,8



**Tablo 4. (devam) Kadınların Yaşam Tarzı ile İlgili Özellikleri (n=155)**

Yapay tatlandırıcı kullanıyor iseniz en çok hangi nerede kullanıyorsunuz?	Hiç	127	81,9
	İçecek	11	7,1
Yapay tatlandırıcı kullanıyor iseniz en çok hangi nerede kullanıyorsunuz?	Pasta	13	8,4
	Diğer	2	1,3
<b>Depresyon ya da Psikolojik Bir Rahatsızlık</b>			
Depresyon yada psikolojik bir rahatsızlığınız var mı?	Hayır	133	86,9
	Evet	20	13,1

### **KADINLARIN OAB-v8 TOPLAM, OAB-q TOPLAM VE ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARI**

Tablo 5’te kadınların OAB-v8 toplam, OAB-q toplam ve alt boyut puan ortalamaları verilmiştir. Kadınların OAB-v8 toplam puan ortalaması  $19,7 \pm 7,6$ , OAB-q toplam puan ortalaması  $42,8 \pm 19,7$  olarak bulunmuştur. OAB-q alt boyutlarını incelediğimizde; baş etme alt boyutu  $47,4 \pm 22,7$ , kaygı  $45,0 \pm 26,5$ , uyku  $47,7 \pm 23,3$ , sosyal ilişkiler  $27,3 \pm 20,1$  olarak bulunmuştur.

**Tablo 5. Kadınların OAB-v8 Toplam, OAB-q Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=155)**

	<b>Ort.±SS</b>	<b>Min-Max</b>
<b>OAB-v8</b>	$19,7 \pm 7,6$	0-40
<b>OAB-q</b>		
Baş etme	$47,4 \pm 22,7$	2,5-95
Kaygı	$45,0 \pm 26,5$	0-100
Uyku	$47,7 \pm 23,3$	0-96
Sosyal ilişkiler	$27,3 \pm 20,1$	0-96
Toplam	$42,8 \pm 19,7$	1,6-92

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minimum; Max: Maximum

## KADINLARIN OAB-v8 TOPLAM İLE OAB-q TOPLAM VE ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tablo 6'da kadınların OAB-v8 toplam puan ortalaması ile OAB-q toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmektedir. OAB-v8 toplam puan ortalaması ile OAB-q toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Buna göre, AAMS arttıkça, AAMS'ye ilişkin yaşam kalitesi ile başetme, kaygı, uyku, sosyal ilişkiler boyutlarının da kötüleştiği belirlenmiştir.

**Tablo 6. Kadınların OAB-v8 Toplam İle OAB-q Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n=155)**

		OAB-v8
<b>OAB-q</b>	r	0,696
	p	<0,001
<b>Başetme</b>	r	0,600
	p	<0,001
<b>Kaygı</b>	r	0,571
	p	<0,001
<b>Uyku</b>	r	0,647
	p	<0,001
<b>Sosyal ilişkiler</b>	r	0,533
	p	<0,001

\* Spearman korelasyon analizi

## KADINLARIN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİ İLE OAB-v8 TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 7'de kadınların kişisel özellikleri ile OAB-v8 toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Kadınların medeni durumu ( $p=0,544$ ), eğitim durumu ( $p=0,211$ ), aile tipi ( $p=0,963$ ), gelir durumu ( $p=0,667$ ) ve çalışma durumu ( $p=0,719$ ) ile OAB-v8 toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 7. Kadınların OAB-v8 Toplam Puan Ortalamaları ile Kişisel Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=155)**

		OAB V8		
		İstatistik		
		Ort. ±SS	Katsayı	P
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	125	19,9±7,7	1,219	0,544**
Bekâr	18	18,8±6,4		
Diğer	12	20,2±8,7		
<b>Eğitim Durumu</b>				
Okur Yazar Değil			3,114	0,211**
OkurYazar-	12	20,8±7,0		
İlköğretim	84	20,4±7,4		
Lise ve üzeri	59	18,6±8,0		
<b>Aile Tipi</b>				
Çekirdek	115	19,7±7,6	2231,5	0,963*
Geniş	39	19,9±7,8		
<b>Gelir Durumu</b>				
Gelir Giderden Az	45	20,3±8,4	0,809	0,667**
Gelir Gidere Eşit	90	19,6±7,2		
Gelir Giderden Fazla	20	18,9±8,2		
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışmıyor	93	20,1±7,8	0,659	0,719**
Çalışıyor	51	18,7±7,0		
Emekli	11	20,6±9,3		

\*Mann-Whitney test ; \*\*Kruskal-Wallis test; Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma

## KADINLARIN ÜRİNER FONKSİYONLAR İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİNİN OAB-V8 TOPLAM PUAN ORTALAMALARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 8’de kadınların üriner fonksiyonlar ile ilgili özelliklerinin OAB-v8 toplam puan ortalamaları ile karşılaştırılması verilmiştir. Gece uykuda idrara çıkma isteği duyanların (noktüri) ( $p=0,001$ ), idrar kaçırma sorunu olanların ( $p<0,001$ ), acil idrar yapma isteği ile idrar kaçıranların ( $p<0,001$ ), hergün bir kereden fazla idrar kaçıranların ( $p=0,007$ ) OAB-v8 toplam puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gündüz ortalama kaç saatte bir idrara çıkılması ( $p=0,153$ ) durumu ile OAB-v8 toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 8. Kadınların Üriner Fonksiyonlar İle İlgili Özelliklerinin OAB-V8 Toplam Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması**

	OAB-v8		
	İstatistik		
Gündüz ortalama kaç saatte bir idrara çıkıyorsunuz?	Ort±SS	Katsayı	P
Yarım saatte bir	21,03±7,26	6.700	0.153**
Bir saatte bir	20,03±7,38		
Üç saatte bir	18,82±8,82		
Dört saatte bir	18,00±7,24		
Diğer	14,60±7,34		
<b>Gece uyurken idrara çıkma isteği duyuyor musunuz?</b>			
Hayır	14,86±6,23	-3.312	<b>0.001*</b>
Evet	20,47±7,56		
<b>İdrar kaçırma sorununuz var mı?</b>			
Hayır	16,53±5,17	-5.31	<b>&lt;0,001*</b>
Evet	22,54±8,33		
<b>İdrar Kaçırma Varsa Hangi Durumlarda Meydana Geldiği</b>			
Öksürme	16,53±5,17	17.162	<b>&lt;0,001**</b>
Hapşırma	22,48±8,45		
Hissetmeden	23,00±8,04		
Acil idrar yapma isteği ile	25,00±6,02		

**Tablo 8. Kadınların Üriner Fonksiyonlar İle İlgili Özelliklerinin OAB-V8 Toplam Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması**

İdrar kaçırma şikayetiniz ne sıklıkta oluyor?			
Hiç	16,40±5,21	14.214	<b>0.007**</b>
Her gün bir kereden fazla	26,03±9,05		
Günde bir kez	20,70±5,44		
Haftada bir kez	23,08±6,55		
Haftada birden daha seyrek	17,50±6,39		
Diğer	22,40±8,91		

\*Independent Sample T test ; \*\*Mann-Whitney test ; \*\*\*Kruskal-Wallis test

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma

### **KADINLARIN YAŞAM TARZI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİNİN OAB-v8 TOPLAM PUAN ORTALAMALARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

Tablo 9’da kadınların yaşam tarzı ile ilgili özelliklerinin OAB-v8 toplam puan ortalamaları ile karşılaştırılması verilmiştir. Yaşam tarzı faktörleri ayrı ayrı incelendiğinde; sadece bitki çayı tüketiminde çeşitlilik olması durumu ile OAB-v8 toplam puan ortalamasının anlamlı olarak arttığı belirlenmiştir (p=0,015). Diğer yaşam tarzı faktörlerine bakıldığında; sigara kullanma durumu (p=0,943), günde kaç adet sigara içildiği (p=0,327), kaç yıldır sigara içildiği (p=0,347), daha önceden sigara kullanıyor ve artık sigarayı bırakmış ise bırakma süresi (p=0,301), alkol tüketimi (p=0,357), alkol tüketim sıklığı (p=0,686), tüketilen alkol çeşidi (p=0,614), günde kaç litre su tüketildiği (p=0,069), akşam 18:00 dan sonra su tüketme durumu (p=0,757), asitli/gazlı içecek tüketme durumu (p=0,344), tüketilen asitli/gazlı içecek türü (p=0,897), akşam 18:00 den sonra asitli/gazlı içecek tüketme durumu (p=0,447), kafeinli içecek tüketme durumu (p=0,334), hangi tür kafeinli içeceğin tüketildiği (p=0,805), akşam 18:00 den sonra kafeinli içecek tüketme (p=0,074), bitki çayı tüketme (p=0,312), akşam 18:00 den sonra bitki çayı tüketme (p=0,128), baharatlı yiyecek tüketme (p=0,358), hangi tür baharatlı yiyeceğin tüketildiği (p=0,589), yapay tatlandırıcı kullanma (p=0,198), yapay tatlandırıcının en çok nerede kullanıldığı (p=0,068), depresyon ya da psikolojik bir rahatsızlık varlığı (p=0,865) ile OAB-V8 toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 9. Kadınların Yaşam Tarzı ile İlgili Özelliklerinin OAB-v8 Toplam Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması (n=155)**

<b>Sigara</b>	<b>OAB-v8</b>		
<b>Sigara kullanıyor musunuz?</b>	<b>Ort.±SS</b>	<b>Katsayı</b>	<b>P</b>
Hiç	19,00±7,32	0.005	0.943
Hayır	19,67±7,72		
Evet	19,83±7,54		
<b>Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?</b>			
Hiç	19,67±7,68	3.449	0.327
1-10 adet arası	18,35±7,35		
11-20 adet arası	21,86±7,07		
21-30 adet arası	27,00±12,73		
31-40 adet arası	15,50±4,95		
<b>Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?</b>			
Hiç	19,67±7,68	4.461	0.347
1 yıldan az	19,20±10,78		
1-5 yıl arası	22,13±7,51		
6-10 yıl arası	17,00±7,87		
11-20 yıl arası	22,11±7,51		
20 yıldan fazla	19,57±3,91		
<b>Daha önceden sigara kullanıyor ve artık sigarayı bırakmış iseniz bırakma süreniz</b>			
Hiç	19,82±7,57	1.068	0.301
1 yıldan az	19,86±8,91		
1-5 yıl arası	11,50±4,95		
<b>Alkol</b>			
<b>Alkol tüketiyor musunuz?</b>			
Hiç	16,00±7,21	0.849	0.357
Hayır	20,03±7,59		
Evet	18,52±7,61		
<b>Ne sıklıkla alkol tüketiyorsunuz?</b>			
Hiç	19,98±7,59	1.484	0.686
Hafta da bir-iki defa	19,60±11,15		

**Tablo 9. Kadınların Yaşam Tarzı ile İlgili Özelliklerinin OAB-v8 Toplam Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması (n=155)**

Ayda bir defa	21,00±5,35		
Ayda 2-3 defa	11,00±4,21	1,484	0,686
Özel günlerde	17,00±7,21		
<b>Hangi alkol çeşidini daha çok tüketiyorsunuz?</b>			
Hiç	19,98±7,59		
Şarap	18,00±7,68	0,254	0,614
Bira	18,08±8,13		
<b>SU TÜKETİMİ</b>			
<b>Günde kaç litre su tüketiyorsunuz?</b>			
1,00	18,56±6,39		
1,50	19,86±10,03		
2,00	21,31±7,18		
2,50	20,61±7,60	8,697	0,069
3,00	18,61±7,14		
3,50	19,50±2,12		
4,00	21,00±8,89		
5,00	6,50±2,12		
<b>Akşam 18:00 den sonra su tüketiyor musunuz?</b>			
Hayır	18,88±7,90	-0,31	0,757
Evet	19,78±7,65		
<b>Asitli/Gazlı İçecekler</b>			
<b>Asitli/gazlı içecek tüketiyor musunuz?</b>			
Hayır	20,48±8,09	0,949	0,344
Evet	19,27±7,35		
<b>Asitli/gazlı içeceklerden en çok hangilerini tüketiyorsunuz?</b>			
Hiç	20,05±8,31		
Kola	19,55±7,34	0,017	0,897
Diğer	19,31±6,84		
<b>Akşam 18:00' den sonra asitli/gazlı içecek tüketiyor musunuz?</b>			
Hiç	20,41±9,04	0,579	0,447
Hayır	19,20±7,50		

**Tablo 9. Kadınların Yaşam Tarzı ile İlgili Özelliklerinin OAB-v8 Toplam Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması (n=155)**

Evet	20,05±7,30		
<b>Kafeinli İçecek Kullanımı</b>			
<b>Türk kahvesi, nescafe, siyah çay vb. kullanıyor musunuz?</b>			
Hayır	15,00±5,66	-0.967	0.334
Evet	19,78±7,66		
<b>Türk kahvesi, nescafe, siyah çay vb. kullanıyor iseniz en çok hangisini tüketiyorsunuz?</b>			
Hiç	15,00±5,66	0.434	0.805
Türk kahvesi	19,90±8,61		
Nescafe	20,13±7,64		
Siyah çay	19,61±7,14		
<b>Akşam 18: 00 den sonra türk kahvesi, nescafe, siyah çay vb. çayı tüketiyor musunuz?</b>			
Hayır	21,69±7,88	1.796	0.074
Evet	19,11±7,47		
<b>Bitki Çayı Kullanımı</b>			
<b>Bitki çayı tüketiyor musunuz?</b>			
Hayır	18,89±6,93	-1.515	0.132
Evet	20,76±8,34		
<b>Bitki çayı tüketiyor iseniz en çok hangisini tüketiyorsunuz?</b>			
Hiç	18,91±6,70	4.311	0.015
Yeşil çay	18,26±8,45		
Diğer (ıhlamur, adaçayı vb.)	22,76±8,06		
<b>Akşam 18: 00 den sonra bitki çayı tüketiyor musunuz?</b>			
Hiç	20,96±8,40	2.314	0.128
Hayır	18,84±6,88		
Evet	20,88±8,59		
<b>Baharatlı Yiyecekler</b>			
<b>Baharatlı yiyecekler tüketiyor musunuz?</b>			
Hiç	19,33±1,53	0.845	0.358
Hayır	20,51±7,03		
Evet	19,44±8,04		
<b>Baharatlı yiyecekler tüketiyor iseniz en çok hangi türü ya da yiyeceği tüketiyorsunuz?</b>			



**Tablo 9. Kadınların Yaşam Tarzı ile İlgili Özelliklerinin OAB-v8 Toplam Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması (n=155)**

Hiç	20,27±7,09		
Cips	18,83±8,26	0.531	0.589
Diğer	20,02±7,65		
<b>Yapay Tatlandırıcı</b>			
<b>Yapay tatlandırıcı kullanıyor musunuz?</b>			
Hayır	19,38±7,52	-1.289	0.198
Evet	21,87±8,18		
<b>Yapay tatlandırıcı kullanıyor iseniz en çok hangi nerede kullanıyor sunuz?</b>			
Hiç	19,46±7,56		
İçecek	23,18±10,02	5.39	0.068
Pasta	21,46±4,72		
Diğer	9,00±3,00		
<b>Depresyon ya da psikolojik bir rahatsızlığınız var mı?</b>			
Hayır	19,84±7,74	-0.174	0.865
Evet	19,20±7,11		

### **KADINLARIN BAZI NİCELİKSEL DEĞİŞKENLERİ İLE OAB-v8 TOPLAM PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Tablo 10'da kadınların yaş, boy, kilo, BKİ, normal doğum sayısı, sezeryan doğum sayısı ve gün içinde idrara çıkma sıklığı niceliksel değişkenleri ile OAB-v8 toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmiştir. Buna göre; değişkenlerden yaş ( $r=0,281$ ;  $p<0,001$ ), kilo ( $r=0,166$ ;  $p=0,039$ ), BKİ ( $r=0,184$ ;  $p=0,022$ ) ve normal doğum sayısı ( $r=0,238$ ;  $p=0,003$ ) ile OAB-v8 toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Niceliksel değişkenlerden boy ( $r=-0,068$ ;  $p=0,400$ ), sezaryen doğum sayısı ( $r=-0,064$ ;  $p=0,426$ ) ve günde idrara çıkma sıklığı ( $r=0,087$ ;  $p=0,283$ ) ile OAB-v8 toplam puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

**Tablo 10. Kadınların Bazı Niceliksel Değişkenleri ile OAB-v8 Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n=155)**

Sayısal değişkenler	OAB v8 toplam	
	r*	P
Yaş	<b>0,281</b>	<b>&lt;0,001</b>
Boy	-0,068	0,400
Kilo	<b>0,166</b>	<b>0,039</b>
BKI	<b>0,184</b>	<b>0,022</b>
Normal doğum sayısı	<b>0,238</b>	<b>0,003</b>
Sezaryen Doğum Sayısı	-0,064	0,426
Günde İdrara Çıkma Sıklığı	0,087	0,283

\*Spearman Korelasyon analizi

## TARTIŞMA

AAMS kadınların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkili olabilecek bir sendromdur. AAMS üzerine etkili faktörlerin bilinmesi ve korunma önlemlerinin alınması önemlidir. Literatüre bakıldığında özellikle ulusal düzeyde AAMS üzerine etkili faktörlerin incelendiği yapılan çalışmaların yetersiz olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmanın amacı; 18-49 yaş arası kadınlara AAMS üzerine etkili faktörler ve yaşam kalitesinin incelenmesidir.

Çalışmadakadınların OAB-v8 toplam puan ortalaması  $19,7\pm 7,6$ , OAB-q toplam puan ortalaması  $42,8\pm 19,7$  olarak bulunmuştur. Üreme çağı kadınlarının AAMS semptomlarının ve AAMS kaynaklı yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Yüce ve Kızılyel'in çalışmalarında AAMS'li üreme çağı kadınlarının OAB-v8 ölçek skorunu yüksek bulurken kadınların yaşam kalitesini düşük olarak saptamışlardır (18,80). Buldu ve Önal çalışmalarında kadınların AAMS'ye bağlı yaşam kalitesinin düşük, semptom şiddetlerinin yüksek olduğunu belirlemiştir (37,38). Souto ve ark. yaptığı çalışmada AAMS semptomlarını yüksek bulurken, AAMS'ye bağlı olarak yaşam kalitesinin düşük olduğunu bildirmiştir (81). Preyer ve ark. yaptığı çalışmada AAMS semptom şiddetini yüksek bulurken AAMS kaynaklı yaşam kalitesinin düşük olduğunu saptamıştır (82). Diğer çalışmalarda olduğu gibi Burgio ve ark. çalışmasında AAMS'li bireylerin yaşam kalitesinin düşük AAMS semptom şiddetinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir (83). Wang ve ark. yaptığı çalışmada AAMS'li bireylerin yaşam kalitesinin düşük olduğunu bulunmuştur (52). Literatür ve bu çalışmanın sonuçlarına göre; üreme çağı kadınlarında AAMS semptomlarının orta ve üzeri düzeyde olduğu, AAMS'ye bağlı yaşam kalitesinin düşük olduğu söylenebilir.

OAB-v8 toplam puan ortalaması ile OAB-q toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 4). Buna göre, AAMS semptomları arttıkça, AAMS'ye ilişkin yaşam kalitesi ile başetme, kaygı, uyku, sosyal ilişkiler boyutlarının da kötüleştiği belirlenmiştir. Benzer olarak Süt ve ark. çalışmasında OAB-v8 puan ortalaması arttıkça OAB-q skoru kötüleştiğini ve kadının yaşam kalitesinin kötüleştiğini saptamıştır (84). Fırıncı çalışmasında kadınların AAMS kaynaklı yaşam kalitesinin azaldığını belirlemiştir (85). Peters ve ark. çalışmasında AAMS'li yetişkin kadınların yaşam kalitesinin azaldığını bulunmuştur (86). Scaldazza ve ark. çalışmasında AAMS'li üreme çağı kadınlarının yaşam kalitesinin azaldığını saptanmıştır (87). Sirls ve ark. çalışmasında diğer çalışmalarla benzer olarak AAMS semptomları artan bireylerin yaşam kalitesinin de kötü olduğunu belirlemiştir (88). Üreme çağı kadınlarında AAMS semptomları arttıkça, AAMS'ye ilişkin yaşam kalitesi ile başetme, kaygı, uyku, sosyal ilişkiler boyutları da kötüleşmektedir.

Çalışmada bitki çayı kullanımında çeşitliliği olan kadınlarda AAMS semptomlarında anlamlı artış olduğu belirlenmiştir. Yeşil çay tüketenlerin AAMS semptomları anlamlı olarak daha az olduğu saptanmıştır (Tablo 9). Şengül yaptığı çalışmada bitki çayı kullanımının AAMS semptomlarında azalmaya neden olduğunu saptamıştır (89). Çayır ve Beji çalışmasında limonsuz içilen bitki çaylarının AAMS semptomlarını azalttığını bulmuştur (90). Dalloso ve ark. yapmış olduğu çalışmada kafein içermeyen çayların AAMS'ye ilişkin etkisinin düşük olduğunu belirlemiştir (62). Literatürde bitki çayı kullanımının AAMS semptomları üzerine etkisine ilişkin yapılan çalışma sayısı kısıtlı olsada, yapılan literatürdeki çalışmalarda bitki çaylarının antienflamatuar özellik gösterdiği için AAMS semptomlarını azalttığı bildirilmektedir. Ancak bitki çaylarının kullanımında genellikle limon kullandığı için bitki çaylarının mesane üzerine irritan etkisinin ortaya çıktığı ve AAMS semptomlarında artış olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada üreme çağı kadınlarının yaş ortalamasının  $36,6 \pm 8,7$  yıl olduğu bulunmuştur (Tablo 1). Yaş artışı ile AAMS semptomlarında artış olduğu saptanmıştır (Tablo 10). Terzi ve ark. çalışmasında artan yaşla birlikte AAMS semptomlarında artış belirlemiştir (91). Ünsal ve ark. diğer çalışmalarla benzer şekilde yaşın üriner yakınmalarla ilişkili olduğunu saptamıştır (92). Papuçoğlu da yaş artışının AAMS semptomlarıyla ilişki olduğunu bulmuştur (93). Tarcan ve ark. yaptıkları çalışmada benzer şekilde üriner semptomlarda yaşla birlikte artış belirlemiştir (94). Güneş ve ark. diğer çalışmalarda olduğu gibi yaşla birlikte acil idrara yapma isteğinde artış olduğunu saptamıştır (95). Özerdoğan ve ark. da çalışmasında yaşla üriner şikayetler arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (60). Peyrat ve ark. çalışmasında artan yaşla acil

idrara çıkma ihtiyacı ve idrar kaçırma arasında anlamlı ilişki bulmuştur (96). Biri ve ark. yaşla acil idrara çıkma isteği ve idrar kaçırma artış saptanmıştır (97). Benlioğlu çalışmasında diğer çalışmalarla benzer olarak yaşla birlikte AAMS semptomlarında artış olduğunu belirlemiştir (98). Hannestad ve ark. yaptıkları EPINCONT çalışmasında kadınların rahatsız edici olarak görülen orta veya şiddetli üriner şikayetlerinin olduğunu ve yaşlanma ile bu şikayetlerin arttığını ortaya koymuştur (99). Yapılan uluslararası çalışmalarda yaş artışı ile üriner semptomlarda artış olduğu saptanmıştır (3, 100-108).Yapılan çalışmalarda yaş artışı birlikte AAMS semptomlarında artış belirlemiştir (109, 110). Krause ve ark. çalışmasında yaşla birlikte AAMS semptomlarında artış saptanmıştır (111).Carlile ve ark. diğer çalışmalarda olduğu gibi yaşla birlikte üriner şikayetler arasında anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (112). Kelleher ve Malone de çalışmalarında benzer şekilde yaşla birlikte üriner şikayetlerde artış saptanmıştır (113,114). Wolin de çalışmasında artan yaşla birlikte AAMS semptomlarında artış belirlemiştir (115). Yapılan çalışmaların sonuçlarında yaş artışı ile paralel AAMS semptomlarında artış olduğu görülmektedir. AAMS semptomlarında yaş artışı ile özellikle mesane kapasitesinin azalması, fonksiyonel üretra uzunluğunun kısalması ve üretral kapanma basıncının azalmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca yaşla birlikte işemeyi geciktirme becerisi azalmakta bu durum AAMS semptomlarını arttırmaktadır.

Bu çalışmada kadınlarının BKİ değeri  $27,9\pm 6,1$  kg/m<sup>2</sup> olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Kilo ve BKİ arttıkça AAMS semptomlarında artış olduğu saptanmıştır (Tablo 10). Ülkemizde Koçak ve ark. yaptıkları çalışmada benzer şekilde BKİ artışıyla üriner şikayetler arasında anlamlı ilişki belirlemiştir (67). Peyrat ve ark. çalışmasında yüksek BKİ'nin acil idrara çıkma isteği ve idrar kaçırma neden olduğunu bulunmuştur (96). Dolan ve ark. diğer çalışmalarda olduğu gibi yüksek BKİ ile AAMS semptomları arasında anlamlı ilişki belirlemiştir (116). Kocaöz ve Eroğlu çalışmalarında yüksek BKİ'nin idrara çıkma sıklığında artışa neden olduğunu saptamıştır (117). Acar çalışmasında yüksek BKİ'nin üriner yakınmalarda artışa neden olduğu belirlemiştir (118). Han ve ark. yaptığı çalışmada BKİ'si yüksek ve kilolu kadınlarda üriner şikayetlerin daha yüksek olduğunu bildirmiştir (119). Subak ve ark. BKİ'nin üriner şikayetler ile ilişkili faktör olduğunu belirtmiştir (120). Elia ve ark. yüksek BKİ'ye sahip kadınlarda üriner enfeksiyonlar, idrara çıkma sıklığı, aciliyet, dizüri, noktüri ve idrar kaçırma şikayetlerinin daha fazla görüldüğünü belirlemiştir (121).Dwyer ve ark. BKİ'nin üriner şikayetler üzerinde güçlü etkili faktör olduğunu bulmuştur (68). Zhang ve ark. yaptıkları çalışmada BKİ artışıyla üriner semptomlar arasında anlamlı ilişki bulmuştur (103). Wang ve ark. yaptıkları çalışmada BKİ ve üriner şikayetler arasında anlamlı ilişki saptamıştır

(52). McBride çalışmasında BKİ artışıyla üriner semptomlar arasında anlamlı ilişki bulmuştur (122). Subak ve ark. BKİ ile üriner şikayetler arasında güçlü şekilde ilişki olduğunu belirlemiştir (120). Van ve ark. çalışmasında artan BKİ ile üriner şikayetler arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (123). Getliffe çalışmasında artan BKİ ile üriner şikayetlerde artış olduğunu belirlemiştir (124). Chiarelli ve ark. çalışmasında BKİ artışının AAMS semptomları için risk faktörü olduğu bulmuştur (125). Literatür ve bu çalışmanın sonuçları BKİ artışının AAMS semptom artışı üzerinde önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. BKİ ve kilo arttıkça, mesane ve pelvik taban üzerine etkili intraabdominal basınç artışına neden olarak sık idrara çıkmaya AAMS semptomlarında artışa neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada vajinal doğum sayısı ortalamasının  $1,9 \pm 1,1$  olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Vajinal doğum sayısı arttıkça AAMS semptomlarında anlamlı artış olduğu bulunmuştur (Tablo 10). Kepenekçi ve ark. yaptıkları çalışmada vajinal doğum yapan kadınlarda idrar kaçırma ve idrara çıkma aciliyetinin benzer şekilde yüksek olduğunu belirlemiştir (125). Özerdoğan ve ark. ülkemizde yaptığı çalışmada da multiparitenin acil idrar yapma isteğinde artışa neden olduğu bulmuştur (60). Güneş ve ark. çalışmasında gebelik sayısında artışın AAMS semptomlarında artışa neden olduğu saptanmıştır (95). Peyrat ve ark. çalışmasında diğer çalışmalarda olduğu gibi artan gebelik sayısı ile acil idrar yapma isteği ve idrar kaçırma şikayetlerinde artış olduğunu belirlenmiştir (96). Lukacz ve ark. yaptıkları çalışmada kadınlar nullipar, vajinal doğum yapan kadınlar incelenmiştir. Normal doğum yapan kadınlarda aşırı aktif mesane, prolapsus, stres tipi idrar kaçırma, anal inkontinans, herhangi bir veya daha fazla pelvik taban bozukluğu normal doğum yapanlarda nulliparlara oranla daha yüksek bulmuştur (127). Rortveit ve ark. benzer şekilde doğum sayısının artışıyla üriner yakınmaların arttığını saptamıştır (128). Fritel ve ark. yaptığı çalışmada benzer şekilde doğum sayısı ve şekli ile üriner semptomlar arasında anlamlı ilişki olduğunu belirlemiştir (129). Huskaar ve ark. çalışmasında doğum şekli ve sayısının üriner şikayetlerde artışa neden olduğu bulunmuştur (130). Baessler ve Schuessler yaptığı çalışmada doğum sayısında artışın üriner semptomlarda artışa neden olduğunu belirlenmiştir (131). Hannestad ve ark. çalışmasında doğum sayısı ve şeklinin üriner semptomlarda artışa neden olduğunu saptanmıştır (132). Viktrup ve ark. doğum sayısında artışın üriner semptomlarda artışa neden olduğunu belirlenmiştir (133). McBride yaptığı çalışmada doğum sayısının AAMS semptomlarını arttırdığı bulmuştur (122). Hojberg ve ark. da diğer çalışmalarda olduğu gibi artan vajinal doğum sayısının AAMS şikayetlerinde artışa neden olduğu belirlemiştir (110). Hunskaar ve ark. çalışmasında benzer şekilde vajinal doğumda artışın üriner şikayetlerde artışa neden olduğunu saptamıştır (130).

Parazzini ve ark. çalışmasında da gebelik sayısının AAMS semptomları için risk faktörü olduğu bulunmuştur (104). Tapp ve ark. da artan vajinal doğum sayısı ile üriner şikayetler arasında anlamlı ilişki saptamıştır (134). De Lancey ve ark. çalışmasında diğer çalışmalarda olduğu gibi artan gebelik ve doğum sayısının üriner şikayetlerinde artışa neden olduğu belirlenmiştir (135). Sigurdardottir ve ark. çalışmasında gebelik ve doğum sayısında artışla üriner şikayetlerde artışın anlamlı ilişkisi olduğunu saptanmıştır (136). Fine ve ark. gebelik ve doğumda artışın AAMS semptomlarında artışa neden olduğu bulunmuştur (137). Kokabi ve Yazdanpanah çalışmasında doğum sayısında artışın alt üriner semptomlarında artışa neden olduğu belirlenmiştir (138). Phillips ve Monga çalışmalarında diğer çalışmalarda olduğu gibi vajinal doğum sayısında artışın üriner yakınmalarda artışa neden olduğu bulunmuştur (139). Maserejian ve ark. çalışmasında diğer çalışmalarla eş değer şekilde vajinal doğumun AAMS şikayetlerinde artışa neden olduğunu saptanmıştır (63). Yapılan çalışmalar ve bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre; vajinal doğum sayısında artışın pelvik taban yapısı üzerinde olumsuz etkili olduğu ve bu nedenle AAMS semptomlarında artış yaşandığı düşünülmektedir.

## SONUÇLAR

18-49 yaş arası kadınlarda Aşırı Aktif Mesane Sendromu üzerine etkili faktörler ve yaşam kalitesini incelemek amacıyla planlanmış kesitsel tipte bu araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

- Kadınların gün içinde idrara çıkma sayısı ortalamasının  $13,1 \pm 3,1$  olduğu, %57,4'ünün gündüz saatinde idrara sıkma sıklığının saatte bir olduğu, %86,5'inin gece uyurken idrara çıkma isteği duyduğu, %52,9'unun idrar kaçırma sorunun olduğu, %47,1'inin öksürürken ve %49,7'sinin hapşırırken idrar kaçırdığı belirlendi.
- Kadınların OAB-v8 toplam puan ortalaması  $19,7 \pm 7,6$ , OAB-q toplam puan ortalaması  $42,8 \pm 19,7$  olarak bulundu. OAB-q alt boyutlarını incelediğimizde; baş etme alt boyutu  $47,4 \pm 22,7$ , kaygı  $45,0 \pm 26,5$ , uyku  $47,7 \pm 23,3$ , sosyal ilişkiler  $27,3 \pm 20,1$  olarak bulundu.
- OAB-v8 toplam puan ortalaması ile OAB-q toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. Buna göre, AAMS arttıkça, AAMS'ye ilişkin yaşam kalitesi ile baş etme, kaygı, uyku, sosyal ilişkiler boyutlarının da kötüleştiği belirlendi.
- Gece uykuda idrara çıkma isteği duyanların (noktüri), idrar kaçırma sorunu olanların, acil idrar yapma isteği ile idrar kaçıranların, hergün bir kereden fazla idrar kaçıranların OAB-v8 toplam puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi.
- Yaşam tarzı faktörleri ayrı ayrı incelendiğinde; sadece bitki çayı tüketiminde çeşitlilik olması durumu ile OAB-v8 toplam puan ortalamasının anlamlı olarak arttığı bulundu.



- Diğer yaşam tarzı faktörlerine bakıldığında; sigara kullanma durumu, günde kaç adet sigara içildiği, kaç yıldır sigara içildiği, daha önceden sigara kullanıyor ve artık sigarayı bırakmış ise bırakma süresi, alkol tüketimi, alkol tüketim sıklığı, tüketilen alkol çeşidi, günde kaç litre su tüketildiği, akşam 18:00 dan sonra su tüketme durumu, asitli/gazlı içecek tüketme durumu, tüketilen asitli/gazlı içecek türü, akşam 18:00 den sonra asitli/gazlı içecek tüketme durumu, kafeinli içecek tüketme durumu, hangi tür kafeinli içeceğin tüketildiği, akşam 18: 00 den sonra kafeinli içecek tüketme, bitki çayı tüketme, akşam 18: 00 den sonra bitki çayı tüketme, baharatlı yiyecek tüketme, hangi tür baharatlı yiyeceğin tüketildiği, yapay tatlandırıcı kullanma, yapay tatlandırıcının en çok nerede kullanıldığı, depresyon ya da psikolojik bir rahatsızlık varlığı ile OAB-V8 toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunamadı.
- Yaş, kilo, BKİ ve vajinal doğum sayısı ile OAB-v8 toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. Yaş, kilo, BKİ ve vajinal doğum sayısı arttıkça AAMS semptomlarında anlamlı artış olduğu saptandı.

## ÖNERİLER

18-49 yaş arası kadınlarda Aşırı Aktif Mesane Sendromu üzerine etkili faktörler ve yaşam kalitesini incelemek amacıyla planlanmış kesitsel tipte bu araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Kadın Sağlığı alanında çalışan hemşireler tarafından sık idrara çıktığını ifade eden üreme çağı kadınlarının AAMS varlığının araştırılması için ürojinekoloji kliniğine yönlendirilmeleri,
- Hemşirelerin; üreme çağı kadınlarına AAMS'den korunmak için AAMS üzerine yaşam tarzı faktörleri hakkında bilgilendirme yapmaları,
- Kadınlara kilo kontrolü ve normal BKİ'nin AAMS'den korunmak için önemli olduğunu ve fazla kilo alımından uzak durulması gerektiğinin farkındalığını kazandırmaları,
- Özellikle bilinçli bitki çayı kullanımı, mesane irritasyonuna yol açan bitki çayı çeşitleri ve bitki çayı kullanım miktarının azaltılması konularındakadınlara bilgilendirme yapılması,
- Araştırmacılar tarafından AAMS üzerine etkili faktörlerin belirlenmesine yönelik niteliksel araştırmaların planlanması önerilmektedir.

## ÖZET

Çalışmada, 18-49 yaş arası kadınlarda Aşırı Aktif Mesane Sendromu üzerine etkili faktörler ve yaşam kalitesini incelemek amaçlanmıştır.

Kesitsel tipteki bu araştırma, Ekim 2016-Aralık 2017 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi Kadın-Doğum ve Üroloji Poliklinikleri'nde toplanmıştır. Araştırma hastaneye başvuran n=155 kadın üzerinden yürütülmüştür. Araştırmanın verileri literatür incelenerek hazırlanan anket formu, Aşırı Aktif Mesane v8 Ölçeği (OAB-v8) ve Aşırı Aktif Mesane Yaşam Kalitesi Ölçeği (OAB-q) kullanılarak toplanmıştır.

Kadınların OAB-v8 toplam puan ortalaması  $19,7 \pm 7,6$ , OAB-q toplam puan ortalaması  $42,8 \pm 19,7$  olarak bulunmuştur. OAB-q “baş etme” alt boyutu  $47,4 \pm 22,7$ , “kaygı”  $45,0 \pm 26,5$ , “uyku”  $47,7 \pm 23,3$ , “sosyal ilişkiler”  $27,3 \pm 20,1$  olarak belirlenmiştir. OAB-v8 toplam puan ortalaması ile OAB-q toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Yaşam tarzı faktörleri incelendiğinde; bitki çayı tüketiminde çeşitlilik olması durumu ile OAB-v8 toplam puan ortalamasının anlamlı olarak arttığı saptanmıştır ( $p = 0,015$ ). Yaş ( $r = 0,281$ ;  $p < 0,001$ ), kilo ( $r = 0,166$ ;  $p = 0,039$ ), BKİ ( $r = 0,184$ ;  $p = 0,022$ ) ve vajinal doğum sayısı ( $r = 0,238$ ;  $p = 0,003$ ) ile OAB-v8 toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Üreme çağı kadınlarının AAMS semptomları ve AAMS kaynaklı yaşam kaliteleri orta düzeydedir. AAMS arttıkça, AAMS'ye ilişkin yaşam kalitesinde azalmaktadır. Bitki çayı tüketiminde çeşitlilik, yaş, kilo, BKİ ve vajinal doğum sayısı arttıkça AAMS semptomlarında artış görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Aşırı Aktif Mesane, Etkili Faktör, Kadın, Yaşam Kalitesi

# **THE FACTORS THAT AFFECTED THE OVERACTIVE BLADDER SYNDROME AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN AGED 18-49 YEARS**

## **SUMMARY**

The purpose of the present study was to examine the factors that affected the overactive bladder syndrome and quality of life in women aged 18-49 years.

This cross-sectional study was conducted between October 2016 and December 2017 at Trakya University, Health Research and Application Center Hospital, Gynecology and Urology Polyclinics. The study was conducted with 155 women (n=155) who presented to the hospital. The data of the study were collected by using the questionnaire form, which was prepared by reviewing the relevant literature, and the Overactive Bladder V8 Scale (OAB-v8) and the Overactive Bladder Quality of Life Scale (OAB-q).

The average OAB-v8 score was found as  $19,7 \pm 7,6$ ; and the average OAB-q score was  $42,8 \pm 19,7$ . The OAB-q “coping” sub-dimension score was found as  $47,4 \pm 22,7$ ; “anxiety” sub-dimension score was found as  $45,0 \pm 26,5$ ; “sleep” sub-dimension score was found as  $47,7 \pm 23,3$ ; “social relations” sub-dimension score was found as  $27,3 \pm 20,1$ . A significant and positive correlation was found between the total OAB-v8 score and total score and sub-dimension scores of OAB-q ( $p < 0,001$ ). When lifestyle factors were examined, it was determined that the average total OAB-v8 score increased at a significant level with the diversity in herbal tea consumption ( $p = 0,015$ ). A significant and positive correlation was

found between the average OAB-v8 scores and age ( $r=0,281$ ;  $p<0,001$ ), weight ( $r=0,166$ ;  $p=0,039$ ), BMI ( $r=0,184$ ;  $p=0,022$ ), and the number of vaginal births ( $r=0,238$ ;  $p=0,003$ ).

The OAB syndrome symptoms and quality of life due to OAB syndrome symptoms were determined to be moderate in women of reproductive age. As the OAB syndrome symptoms increased, the quality of life that is associated with OAB syndrome symptoms decreased. As the diversity in herbal tea consumption, age, weight, BMI and the number of vaginal births increased, the OAB syndrome symptoms also increased.

**Keywords:** Overactive Bladder, Effective Factor, Woman, Quality of Life

## KAYNAKLAR

1. Abrahams P, Artibani W, Cardozo L, Dmochowski R. International Continence Society. Reviewing the ICS 2002 Terminology Report: The Ongoing Debate. *Neurourol Urodyn* 2009;28(4):287.
2. Milsom I, Abrams P, Cardozo I, Roberts R. How widespread are the symptoms of the overactive bladder and how are they managed? A population based study. *Bju Int*. 2001;87(9):760.
3. Stewart W, Van Rooyen J, Cundiff G. Prevalence and burden of overactive bladder in the united states. *World J Urol* 2003;20(6):327-336.
4. Taşkın L. Üreme Organlarının Yapısal ve Fonksiyonel Bozuklukları. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*.Ankara: Akademisyen Kitapevi; 2016.s. 749.
5. Freeman R, Dekanmi O. Overactive bladder. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2005;19(6):829-841.
6. Alperin M, Siddighi S. Ürojinekoloji ve pelvik rekonstrüktif cerrahi temel bilgileri. *Türkiye Klinikleri* 2007;(3):12-33.
7. Nygaard I, Bryant C, Dowell C, Wilson P. Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults. *Cochrane Incontinence Group, Cochrane Database Of Systematic Reviews*. *Syst Rev* 2006;(1):54-56.
8. Hirayama A, Torimoto K, Mastusita C, Okamoto N, Morikawa N. et al. Evaluation of factors influencing the natural history of nocturia in elderly subjects: Result of the Fujiwara-Kyo Study. *J Urol* 2013;(3):189-980.
9. Güner H, Yazıcı F. Kadın Genital Sistemi ve Pelvik Taban Anatomisi. *Ürojinekoloji*, 1.Baskı, Ankara: Atlas Kitapçılık Tic. Ltd.Şti. 2000 ;s.1.
10. Wein T, Delancey J. Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. *Clinical Obstetrics And Gynecology*.2004;47(1):3-17.
11. Wein A. Pharmacological agents for the treatment of urinary incontinence due to overactive bladder. *Expert Opin Investig Drug* 2001;10(1):65-83.

12. Zderic S, Disanto M, Wein A. Voiding function: Relevant Anatomy, Physiology, Pharmacology, and Molecular aspects. Adult and Pediatric Urology. Fourth Edition Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins 2002;2(4):1061-1113.
13. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the international continence society. *Neurourol Urodyn*. 2002;21(2):167-178.
14. Chancellor M, Yoshimura N. Physiology and pharmacology of the bladder and urethra. urology. Eighth edition. Philadelphia, saunders 2002;2(8):831-886.
15. Cabelin M, Te A, Kaplan S. Urogenital Physiology. Downey And Darling's Physiological Basis of Rehabilitation Medicine. 3th.Ed. Woburn: Butterworth-Heinemann 2001:191-208.
16. Linsenmeyer T. Neurogenic bladder following spinal cord injury. *Spinal Cord Medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams And Wilkins. 2002;3(10):181-206.
17. Blok F, Sturms I, Holstege G. Brain activation during micturition in women. *Brain*. 2002;3(2):121.
18. Kızılyel S. Aşırı Aktif Mesaneli Hastaların Tedavisinde, Tek Başına ve Antikolinergik Ajanla Kombine Edilerek Kullanılanperuktan Posterior Tibial Sinir Uyarımının (Ptss) Rolü(yüksek lisans tezi). Elazığ:Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2011.
19. Anafarta A, Arıkan N, Bedük Y. Ürogenital Sistemin Fizyolojisi. *Temel Üroloji* 4. Baskı. Ankara:Güneş Tıp Kitabevi; 2011:s.47.
20. Tanago E. Neurophysiology and pharmacology of lower urinary tract. *smith's general urology*. 17th Ed. 2009:427.
21. Thor K, Donatucci C. Central nervous system control of the lower urinary tract: New pharmacological approaches to stress urinary incontinence in women. *The Journal Of Urology*. 2004;172(1):27-33.
22. Haylen B, De Ridder D, Freeman R.M et al. An international urogynecological association (IUGA) / international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodynamics*2010;29 (1):4-20.
23. Gulur D, Drake M. Management of overactive bladder. *Nat Rev Urol*. 2010;7(10):572-82.
24. Aybek Z, Büyükalpelli R, Sarıkaya Ş. İzole rat mesane kası üzerine düz kas gevşetici ajanların etkileri. *Türk Üroloji Dergisi* 1993;(19):16-20.
25. Hu T, Wagner T, Bentkover J, Leblanc K. Estimated economic costs of overactive bladder in The United States. *Urology*. 2003;61(6):1123-8.
26. Van Der Vaart C, De Leeuw J, Roovers J. The effect of urinary incontinence and overactive bladder symptoms on quality of life in young women. *Bju Int* 2002;90(6):544-549.
27. Süt H, Kaplan P, Süt N, Tekbas S. The assessment of quality of life in female. turkish patients with overactive bladder. *int j nurs pract*2012;18(1):20-7.
28. Zümrütbas A, Bozkurt A, Taş E, Acar C, Alkış O, Çoban K. et al. prevalence of lower urinary tract symptoms, overactive bladder and urinary incontinence in Western Turkey. Results Of A Population-Based Survey. *Int J Urol*2014;21(10):1027-33.

29. Sarıcı H, Özgür B, Telli O, Doluoğlu O.G, Eroğlu M, Bozkurt S. The prevalence of overactive bladder syndrome and urinary incontinence in a Turkish Women Population; Associated risk factors and effect on quality of life. *Urologia* 2014;45(4):160-164.
30. Haferkamp A, Dorsam J, Resnick N. Structural basis of neurogenic bladder dysfunction: 3. Intrinsic detrusor innervation. *J Urol* 2003;169(2):555-562.
31. Hashim H, Abrams P. Overactive bladder current opinion in urology. *Curr Opin Urol*. 2007;17(4):231-236.
32. Nuhoglu B, Germiyanoglu C. Aşırı aktif mesane. *Fizik Tıp Dergisi* 2002;5(2):123-128.
33. Gillespie J, Harvey I, Drake M. Agonist and nerve induced phasic activity in the isolated whole bladder of The Guinea Pig. *Exp Physiol* 2003;88(3):343-357.
34. Drake M, Harvey I, Gillespie J, Van Duyl W. Localised modular contractions in the normal human bladder and in urinary urgency. *BJU Int* 2005;95(7):1002-1005.
35. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence. The third world international consultation on incontinence health publications 2005;267-316.
36. Thüroff J, Abrams K, Andersson W, Artibani E, Chartier-Kastler C, Hampel P. Guidelines on urinary incontinence, european association of urology. *Eur Urol* 2011;59(3):387-400.
37. Önal M. Posterior Tibial Sinirin Stimülasyonunun (Nöromodülasyon) Aşırı Aktif Mesane Şikayeti Olan Kadınlarda Etkinliğinin Gösterilmesi Ve Mesane Kan Akımı Üzerine Etkisi. (yüksek lisans tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2010.
38. Buldu İ. Kliniğimizde Takip Edilen Aşırı Aktif Mesaneli Hastaların Ürodinamik Ve Demografik Özelliklerinin Belirlenmesi (tıpta uzmanlık tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi;2010.
39. Victor W, Blaivas M. Urinary incontinence: Epidemiology, pathophysiology, evaluation and management overview. *Campbell Walsh Urology*. 2007;9(60):2046.
40. Polat, M. Stres Üriner İnkontinans Ve Miks İnkontinansı Olan Kadınlarda Fonksiyonel Elektrik Stimülasyonun Tek Başına Ve Biofeedback İle Birlikte Kullanılmasının Etkinliği (yüksek lisans tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
41. Yalçın Ö. Ürojinekoloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. İstanbul: Nobel Kitapevi, 1. Baskı, 2004. s.925-964.
42. Gormley E, Lightner D, Burgio K. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: aua/sufu guideline. *American Urological Association* 2012;188(6):2455-2463.
43. Eryılmaz H. Pelvik Bozukluklar İçinde. Kadın Sağlığı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2015; s.122-141.
44. Güçlü S, Güleklı B. Hipotalamo-hipofizer aks ve ovulasyon jinekoloji üreme endokrinolojisi & infertilite jinekolojik onkoloji. *Medikal Network* 2006; 115-148.
45. Arıkan N. Ürojinekolojik patolojilerde ürodinamik incelemeler “Ürojinekoloji Ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi” Ankara: Güneş Kitapevi. 2008; s.93- 100.



46. Özçelik, H, Fadiloğlu, Ç. Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. Türk Onkoloji Dergisi2009;24(1):48-52.
47. Fırdolaş F, Penbegül N, Dağgüllü M. Aşırı aktif mesane tedavisinde konservatif yaklaşımlar. Turk Urol Sem2010;(1):27-31.
48. Wilson P, Berghmans B, Hagen S. Adult conservative management. Incontinence. Paris Health Publications2005;s.1059.
49. PattersonA. Behaviour change to treat overactive bladder syndrome. Nurs Times 2011;107(46):18-9.
50. Burgio K, Locher J, Goode P. Combined behavioral and drug therapy for urge incontinence in older women. 2000;48(4):370-374.
51. Kolusarı A. Pelvik Destek Bozuklukları, İdrar İnkontinansı ve İdrar Yolu Enfeksiyonları. Obstetrik ve Jinekoloji. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 2015; s. 281-284.
52. Wang A, Wang, Y, Chen, M. Single-blind, randomized trial of pelvic floor muscle training, biofeedback-assisted pelvic floor muscle training, and electrical stimulation in the management of overactive bladder. Urology 2004;63(1):61-66.
53. Demirci N, Coşar F. Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp FakDerg2009;16(3):35-40.
54. Eskiuyurt N, Karan A. Pelvik taban yetmezliğinde profilaksi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1(45):46-51.
55. Çelik O, Karadağ M, Akand M, Çeçen K, Demir A, Kocaaslan R. Aşırı aktif mesanede farmakoterapiye güncel bakış. Kocaeli Tıp Dergisi 2014;3(1):30-38.
56. Hextall A, Cardozo L. The role of estrogen supplementation in lower urinary tract dysfunction. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct2000;12(4):258-61.
57. Jackson S, Scholes D, Boyko E, Abraham L, Fihn S. Urinary incontinence and diabetes in postmenopausal women. Diabetes Care 2005;28(7):1730.
58. Küçük Dikencik B. Üriner İnkontinansın Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri.Kadınlarda Üriner İnkontinans Ve Hemşirelik Yaklaşımı. İstanbul: Emek Matbaacılık; 2002:s.29-50.
59. Torrisi G, Minini G, Bernasconi F, Perrone A, Trezza G. A prospective study of pelvic floor dysfunctions related to delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2012;160(1):110-5.
60. Özerdoğan N, Beji Kızılkaya N, Yalçın O. Urinary Incontinence: Its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of turkey. Gynecol Obstet Invest 2004;58(3):145-50.
61. Coyne K, Sexton C, Vats V. National community prevalence of overactive bladder in the united states stratified by sex and age. Urology 2011;21(1):62-67.
62. Dallosso H, Mcgrother C, Matthews R, Donaldson M. Leicestershire Mrc Incontinence Study Group. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: A longitudinal study in women. Bju Int 2003;92(1):69-77.
63. Maserejian N. Reproductive history and progression of lower urinary tract symptoms in women: Results from a population-based cohort study. Urology2014;83(4):788-94.

64. Hobson R, Maughan R. Hydration status and the diuretic action of a small dose alcohol. *Alcohol Alcohol* 2010;45(4):366-73.
65. Karan A. Üriner İnkontinansta Konservatif Tedavinin Avantajları Ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri (yüksek lisans tezi). İstanbul:İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2007.
66. Alling M, Lose G, Jorgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Obstet Gynecol* 2000;96(3):446-51.
67. Koçak İ, Dundar M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the West Turkey: Prevalence, risk factors and impact on the quality of life. *Eur Urol* 2005;48(4):634-641.
68. Dwyer P, Lee E. Obesity and urinary incontinence in women. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;95(1):91-96.
69. Kudish B, Iglesia C, Gutman R, Sokol A, Rodgers A. Risk factors for prolapse development in white, black and hispanic women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2011;17(2):80-90.
70. Brazell H, O'sullivan D, Tulikangas P. Socioeconomic status and race as predictors of treatment-seeking behavior for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2013;209(5):1-5.
71. Hextall A. Oestrogens and lower urinary tract function. *Maturitas* 2000;36(2):83-92.
72. Quinn P, Goka J, Richardson H. Assesment of on electronic diary inpatientents with overactive bladder. *Bju intertanional* 2003;91(7):647-652.
73. Debra I, Milsom I, Kopp Z, Abrams P, Cardozo L. Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and emotinal well-being in six european countries. *Bju international* 2006;97(1):96-100.
74. McGhan Wf. Cost effectiveness and quality of life considerations in the treatment of patients with overactive bladder. *Am J Manag Care* 2001;7(2):62-75.
75. Kelleher C, Westphalen T, Ellsworth P. The emotional burden of overactive bladder symptoms on sufferers. Abstract Accepted For Presentation At European Association Of Urology Meeting. 2005.
76. Kızılkaya B. Ürojinekolojide hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri J Med. Sci.* 2005;1(45):52-5.
77. Aslan E. Üriner İnkontinans Tanı, Değerlendirme ve Tedavi Aşamalarında Hemşirelik Yaklaşımı. 3. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi Özet Kitabı. İstanbul; 2005;3(5):33-34.
78. Coyne K, Revicki D, Hunt T, Corey R, Stewart W, Bentkover J, et al. Psychometric validation of an overactive bladder symptom and health-related quality of life questionnaire: The OAB-q. *Quality of Life Research* 2002;11:563-574.
79. Tarcan T, Mangır N, Özgür MÖ, Akbal C. OAB-V8 Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu Validasyon Çalışması. *Üroloji Bülteni* 2012; 21: 113-116.
80. Yüce T. Aşırı Aktif Mesane Sendromu Tedavisinde Antikolinerjikler ile Ağırlıklı Vajinal Koniler ile Yaptırılan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Etkisinin Karşılaştırılması (tıpta uzmanlık tezi). Ankara; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2010.

81. Souto S, Reis L, Palma T, Palma P. Prospective and randomized comparison of electrical stimulation of the posterior tibial nerve versus oxybutynin versus their combination for treatment of women with overactive bladder syndrome. *World J Urol* 2014;(32):179-184.
82. Preyer O, Umek W, Laml T, Bjelic-Radasic V, Gabriel B. Gynecology and biology. percutaneous tibial nerve stimulation versus tolterodine for overactive bladder in women: A Randomised Controlled Trial. 2015;(191):51-56.
83. Burgio K, Goode P, Locher J, Umlauf M. Behavioral training with and without biofeedback in the treatment of urge incontinence in older women: A randomized controlled trial. 2002;288(18):2293-2299.
84. Süt HK. Gebelik ve doğumun pelvik taban yetersizlikleri üzerine etkisi: önlenmesi ve korunmada hemşirenin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;(4):292-304.
85. Fırıncı Ş. Sıkışma Tipi İdrar Kaçırması Olan Kadınlarda Biofeedback Yardımlı Pelvik Taban Kas Egzersizleri Ve Elektrik Stimülasyonunun Etkinliği (yüksek lisans tezi). Denizli: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.
86. Peters K, Carrico D, Wooldridge L, Miller C. Percutaneous tibial nerve stimulation for the long-term treatment of overactive bladder: 3-year results of the step study. 2013;189(6):2194-2201.
87. Scaldazza C, Morosetti C, Giampieretti R, Lorenzetti R. Percutaneous tibial nerve stimulation versus electrical stimulation with 108 pelvic floor muscle training for overactive bladder syndrome in women: Results of a randomized controlled study. 2017;(43):121-126.
88. Sırls E. R, Killinger K. A, Boura J. A. Percutaneous tibial nerve stimulation in the office setting: real-world experience of over 100 patients. 2018;(113):34-39.
89. Şengül E. Achillea Millefolium (Civanperçemi) Ekstraktlarının Ve Bazı Biyolojik Aktif Bileşiklerinin İn Vitro Ortamda Rat Mesanesi Düz Kasları Üzerine Etkilerinin Araştırılması (doktora tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2014.
90. Çayır G, Beji N. Aşırı aktif mesaneli bireylerde pender'in sağlığı geliştirme modeli doğrultusunda planlanan davranışsal tedavi girişimleri. 2018;5(3):443-452.
91. Terzi H, Terzi R, Kale A. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler. *Ege Tıp Dergisi* 2013;52(1):15-19.
92. Ünsal A, Tözün M, Arslantaş D, Eskişehir ili Beylikova ilçe merkezinde 20 yaş ve üzeri kadınlar arasında üriner inkontinans, ilişkili faktörler ve depresyon. *Med Bull.* 2013;12(3):231-242.
93. Papuçcu R. Pelvik Relaksasyon ve Urojinekoloji, GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Ders Kitabı, GATA Basımevi. Ankara. 2000. s.549-555.
94. Tarcan T. Aşırı aktif mesane sendromu. *Turk Clin Surg Med Sci* 2005;1(5):49-55.
95. Güneş G, Güneş A, Pehlivan E. Malatya Yeşilyurt sağlık ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkili faktörler. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 2000;7(1):54-70.

96. Peyrat L, Haillet O, Bruyere F. Prevalance and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. *Bju Int*2002;89(1):61-66.
97. Biri A, Durukan E, Maral I, Korucuoğlu U. Incidence of stres urinary incontinence among women in Turkey. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17(6):604-10.
98. Benlioğlu C. Kahramanmaraş İl Merkezli On Beş Yaş Üzeri Kadınlarda Ürinerİnkontinans Prevalans Çalışması (tıpta uzmanlık tezi).Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı; 2006.
99. Hannestad Y, Lie R, Rortveit G, Hunskaar S. Familial risk of urinary incontinence in women: population based cross sectional study. *Bmj* 2004;(16):889-991.
100. Minassian V, Drutz H, Al-Badr. Urinary incontinence as a worldwide problem. 2003;82 (3):327-338.
101. Irwin D, Milsom I, Hunskaar S. Population based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: Results of The Epic Study. *Eurrol* 2006;50(6):1306-1314.
102. Fitzgerald M, Ayuste D, Brubaler L. How do urinary diaries of women with an overactive bladder differ from those of asemptomatic controls? *Bju International*2005;95(3):367-365.
103. Zhang W, Songy H, Huang H, Xu B, Song J. Prevalence and risk factors of overactive bladder syndrome in fuzhou Chinese Women. *Neurourol Urodyn*2006;25(7):717-721.
104. Parazzini F, Chiaffarino F, Lavazzari M. Risk faktors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy. *An Int J Obstet Gynecol* 2003;110(10):927-933.
105. Coyne K, Sexton C, Thompson C. The prevalence of lower urinary tract symptoms (luts) In The USA, The UKand Sweden: Results from the epidemiology of Luts Study. *Bju Int* 2009;104(3):352–360.
106. Wang Y, Xu K, Hu H. Prevalence, risk factors and impact on health related quality of life of Overactive Bladder in China. *Neurourol Urodyn* 2011;30(8):1448-1455.
107. Lugo S, Sánchez B, Bueno E. Assessment of female prevalence of Overactive Bladder (OAB) in Barcelona using a self-administered screening questionnaire: The cuestionario de autoevaluación del control de la vejiga (Cacv). *Int Urogynecol J* 2013;24(4):1559-1566.
108. Grady D, Brown J, Vittinghoff E, Applegate W. Postmenopausal hormones and incontinence: The heart and estrogen/progestin replacement study. *Obstet Gynecol.*2001;97(1):116-120.
109. Brown J, Grady D, Ouslander J. Hers Research Group: Prevalance of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. *Obstet Gynecol*1999;94(1):66-70.
110. Hojberg K, Salvig J, Winslow N. Urinary incontinence: Prevalance and risk factors at 16 weeks of gestation. *B J Obstet Gynaecol* 1999;106(8):842-850.

111. Krause C, Wells T, Hughes S. Incontinence in women: Effect of expectancy to regain control and severity of symptoms on treatment outcomes. *Urol Nurs* 2003;23(1):54-61.
112. Carlile A, Davies I, Rigby A. Age changes in the human female urethra: A morphometric study. *J Urol* 1988;(139):532.
113. Kelleher C. Epidemiology and classification of urinary incontinence. *Urogynecology*1997;5(2):3-23.
114. Malone L. Lower urinary tract function in late life. *Handbook of Neurourology*. 1994;349-68.
115. Wolin L. Stress in young, healthy nulliparous female subjects. *Journals of Urology*1999;101(4):545-549.
116. Dolan L, Casson K, McDonald P, Ashe R. Urinary incontinence in Northern Ireland: A Prevalence Study. *BJU Int*1999;83(7):760-66.
117. Kocaöz S, Eroğlu K. Kadınlarda Stres üriner inkontinans yaygınlığı ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*2002;4(1):29-31.
118. Acar B. Emek Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi (yüksek lisans tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
119. Han M, Lee N, Park H. Abdominal obesity is associated with stress urinary incontinence in Korean women. *Int. Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17(1):35-39.
120. Subak L, Whitcomb E, Shen H. Weight Loss: A novel and effective treatment for urinary incontinence. *J Urol*2005;174(1):190–195.
121. Elia G, Dye T, Scariati P. Body mass index and urinary symptoms in women. *Int Urogynecol J* 2001;12(6):366-369.
122. McBride A. Pathophysiology of stress urinary incontinence. *Journal Of Pelvic Medicine & Surgery*2004;10(1):1-7.
123. Van Oyen H, Van Oyen P. Urinary incontinence in Belgium; Prevalence, correlates and psychosocial consequences. *Acta Clin Belg* 2002;57(4):207-218.
124. Getliffe K. Urinary incontinence: Approaches to care. *Primary Health Care*1996;6(5):31-36.
125. Chiarelli P, Brown W, Mcelduff P. Leaking urine: Prevalence and associated factors in Australian Women. *Neurorol Urodyn*1999;18(6):567-577.
126. Kepenekçi I, Keskiniliç B, Akınsu F, Çakır P. Prevalence of pelvic floor disorders in the female population and the impact of age, mode of delivery, and parity. *Dis Colon Rectum* 2011;54(1):85-94.

127. Lukacz E, Lawrence J, Contreras R, Nager C, Luber K. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol* 2006;107(6):1253-1260.
128. Rortveit G, Hannestad Y, Daltveit A, Hunskaar S. Age and type dependent effects of parity on urinary incontinence: The Norwegian EpiCont Study. *Obstet Gynecol* 2001;98:104.
129. Fritel X, Ringa V, Ouiboef E, Fauconnier A. Female Urinary incontinence, from pregnancy to menopause: A review of epidemiological and pathophysiological findings. *Acta Obstet Gynecol Scand*.2012;91(8):901-910.
130. Hunskaar S, Burgio K, Herzog A. Epidemiology And Natural History Of Urinary Incontinence. *Health Publication* 2002;2(2):165-201.
131. Baessler K, Schuessler B. "Childbirth-induced trauma to the urethral continence mechanism: Review and recommendations. *Urology*. 2003;62(4):39-44.
132. Hannestad Y, Rortveit G, Daltveit A. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EpiCont Study. 2003;(110):247-254.
133. Viktrup L, Rortveit G, Lose G. Risk of urinary incontinence twelve years after the first pregnancy and delivery. *Obstet Gynecol*2006;108(2):248-54.
134. Tapp A, Cardozo L, Versi E. The effect of vaginal delivery on the urethral sphincter. *Br J Obstet Gynecol*1988;95:142.
135. De Lancey J, Kearney R, Chou Q, Speights S, Binno S. The appearance of levator ani muscle abnormalities in magnetic resonance images after vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2003;101(1):46-53.
136. Sigurdardottir T, Steingrimsdottir T, Arnason A, Bo K. Pelvic floor muscle function before and after first childbirth. *Int Urogynecol J* 2011;22(12):1497-503.
137. Fine P, Antonini T, Appell R. Clinical evaluation of women with lower urinary tract dysfunction. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47(1):44-52.
138. Kokabi R, Yazdanpanah D. Effects of delivery mode and sociodemographic factors on postpartum stress urinary incontinence in primipara women: A prospective cohort study. *J Chin Med Assoc*2017;80(8):498-502.
139. Phillips C, Monga A. Childbirth and the pelvic floor: "The Gynaecological Consequences", *Reviews In Gynaecological Practice*. 2005;5(1):15-22.

## ŞEKİLLER LİSTESİ

### Tablolar

Tablo 1. OAB-Q Ölçeğinin Toplam Ve Alt Boyut Puanlarının Hesaplanması.....	18
Tablo 2. Kadınların Kişisel Özellikleri.....	21
Tablo 3. Kadınların Üriner Fonksiyonları İle İlgili Özellikleri.....	22
Tablo 4. Kadınların Yaşam Tarzı İle İlgili Özellikleri.....	23
Tablo 5. Kadınların OAB-v8 Toplam, OAB-q Toplam Ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	26
Tablo 6. Kadınların OAB-v8 Toplam İle OAB-q Toplam Ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	27
Tablo 7. Kadınların Kişisel Özelliklerinin OAB-v8 Toplam Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması.....	28
Tablo 8. Kadınların Üriner Fonksiyonlar İle İlgili Özelliklerinin OAB-v8 Toplam Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması.....	29
Tablo 9. Kadınların Yaşam Tarzı İle İlgili Özelliklerinin OAB-v8 Toplam Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması.....	31
Tablo 10. Kadınların Bazı Niceliksel Değişkenleri İle OAB-v8 Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	35

## ÖZGEÇMİŞ

1993 yılında Tekirdağ'da doğan Büşra ERTAŞ ilk, orta ve lise öğrenimini Tekirdağ'da tamamlamıştır. 2015 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünü bitirerek hemşire unvanı almıştır. 2015 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans eğitimine başlamıştır. 2016 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesine hemşire olarak atanmıştır ve halen bu görevini sürdürmektedir.



## **EKLER**

**Ek 1.**Bilgi Formu

**Ek 2.**Aşırı Aktif Mesane V8 Ölçeği (OAB-v8)

**Ek 3.** Aşırı Aktif Mesane Yaşam Kalitesi Ölçeği (OAB-q)

**Ek 4.**Etik Kurul İzin Formu

**Ek 5.** Kurum İzni

## EK 1.BİLGİ FORMU

### BİLGİ FORMU

Çalışmada “18-49 yaş arası kadınlarda aşırı aktif mesane sendromu üzerine etkili faktörler ve yaşam kalitesi”nin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Anket formundaki soruların sizi rahatsız etmesi durumunda istediğiniz zaman anketi doldurmaktan vazgeçebilirsiniz. Elde edilecek bilgiler gizli tutulacak olup bilimsel çalışma dışında başka amaçlar için kullanılmayacaktır.

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi

Tez Öğrencisi: Büşra ERTAŞ

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Hatice Kahyaoğlu SÜT

**Katkınız için teşekkürler.**

### A. KİŞİSEL ÖZELLİKLER

1. Yaş:.....2. Boy: .....3. Kilo: ..... 4. BKİ:.....

5. Medeni durumu: 1 ( ) Evli 2 ( ) Bekar 3 ( ) Diğer (Dul, boşanmış vs.)

6. Eğitim durumu:

1 ( ) Okur-yazar değil 2 ( ) Okur-yazar, ilköğretim 3 ( ) Lise ve üzeri

7. Aile Tipi: 1 ( ) Çekirdek 2 ( ) Geniş

8. Gelir durumu:

1 ( ) Gelir giderden az 2 ( ) Gelir gidere eşit 3 ( ) Gelir giderden fazla

9. Çalışma durumu: 1 ( ) Çalışmıyor 2 ( ) Çalışıyor 3 ( ) Emekli

### B. GEBELİK VE DOĞUM İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

10. Evlilik yaşıınız: .....11. Var ise yaşayan çocuk sayınız: .....

12.Gebelik sayınız:.....13.Normal doğum sayınız:.....

14. Sezeryan doğum sayınız:.....

15.Tedavi gördüğünüz bir hastalığınız var mı?

1 ( ) Hayır 2 ( ) Evet ise yazınız:.....

16. Kadın hastalıklarından ameliyat oldunuz mu?

1 ( ) Hayır 2 ( ) Evet ise neden;.....yılı.....

### C. ÜRİNER FONKSİYONLAR İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

17. Gün içinde ortalama kaç kez idrara çıkıyorsunuz:.....

18. Gündüz ortalama kaç saatte bir idrara çıkıyorsunuz?

1. ( ) Yarım saatte bir 2. ( ) 1 saatte bir 3. ( ) 3 saatte bir 4. ( ) 4 saatte bir

5. ( ) Yazınız.....

19. Gece uyurken idrara çıkma isteği duyuyor musunuz?

1 ( ) Hayır 2 ( ) Evet ise .....kez

**20. İdrar kaçırma sorunuz var mı:** 1 ( ) Hayır 2 ( ) Evet

*İdrar kaçırma sorunuz var ise 21-22-23-24. soruları cevaplayınız!!!*

**21. İdrar kaçırma şikayetiniz ne zaman başladı?**

1. ( ) Gebelik öncesinde vardı 2. ( ) İlk gebeliğimde 3. ( ) İlk doğumdan sonra  
4. ( ) Sonraki gebeliklerimde 4.( ) Sonraki doğumlardan sonra  
4. ( ) Diğer.....

**22. İdrar kaçırma varsa hangi durumlarda oluyor? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)**

1. ( ) Öksürme 2. ( ) Hapşırma 3. ( ) İş yaparken, eğilirken  
4. ( ) Aniden tuvalete yetişene kadar 5. ( ) Hissetmeden kaçıyor  
6. ( ) Diğer.....

**23. İdrar kaçırma şikayetiniz ne sıklıkta oluyor?**

1. ( ) Hergün bir kereden daha fazla 2. ( ) Günde bir kez  
3. ( ) Haftada bir kez 4. ( ) Haftada birden daha seyrek  
5. ( ) Diğer.....

**24. İdrar kaçırma miktarı ne kadar oluyor?**

1. ( ) Damla damla 2. ( ) Az miktarda 3. ( ) İdrarın tamamı

**25. Sık sık idrarınızı yaparken yanma ya da ağrı probleminiz oluyor mu?**

1 ( ) Hayır 2 ( ) Evet

---

## **D.YAŞAM TARZI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER**

### **SİGARA**

**26. Sigara kullanıyor musunuz?** 1. ( ) Hayır 2. ( ) Evet

*Sigara kullanıyorsanız 27-28-29. soruları cevaplayınız!!!*

**27. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?**

1. ( ) 1-10 adet arası 2. ( ) 11-20 adet arası 3. ( ) 21-30 adet arası 4. ( ) 31-40 adet arası  
5. ( ) 40 dan fazla

**28. Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?**

1. ( ) 1 yıldan az 2. ( ) 1-5 yıl arası 3. ( ) 6-10 yıl arası 4. ( ) 11-20 yıl arası  
5. ( ) 20 yıldan fazla

**29. Daha önceden sigara kullanıyor ve artık sigarayı bırakmış iseniz bırakma süreniz:**

- ( ) 1 yıldan az ( ) 1-5 yıl arası ( ) 6-10 yıl arası ( ) 11-20 yıl arası ( ) 20 yıldan fazla

### **ALKOL**

**30. Alkol tüketiyor musunuz?**

1. ( ) Hayır 2. ( ) Evetkaç bardak.....

*Alkol kullanıyorsanız 31-32. soruları cevaplayınız!!!.*

**31. Ne sıklıkla alkol tüketiyorsunuz?**

1. ( ) Her gün 2. ( ) Haftada bir-iki defa 3. ( ) Ayda bir defa 4. ( ) Ayda 2-3 defa  
5. ( ) Özel günlerde

**32. Hangi alkol çeşidini daha çok tüketiyorsunuz?**

1. ( ) Şarap 2. ( ) Bira 3. ( ) Rakı 4. ( ) Viski 5. ( ) Diğer.....

**SU TÜKETİMİ**

**33. Günde kaç litre su tüketiyorsunuz?.....**

**34. Akşam 18:00 den sonra su tüketiyor musunuz?**

- 1 ( ) Hayır 2 ( ) Evet ise; kaç bardak.....

**ASİTLİ/GAZLI İÇECEKLER:**

**35. Asitli/gazlı içecek tüketiyor musunuz?**

- 1 ( ) Hayır 2 ( ) Evet ise; günde kaç bardak....., haftadakaç bardak.....

**36. Asitli/gazlı içeceklerden en çok hangilerini tüketiyorsunuz?**

1. ( ) Kola 2. ( ) Yazınız .....

**37. Akşam 18:00 den sonra asitli/gazlı içecek tüketiyor musunuz?**

- 1 ( ) Hayır 2 ( ) Evet ise; kaç bardak.....

**KAHVE, NESCAFE ve SİYAH ÇAY KULLANIMI**

**38. Türk kahvesi, nescafe, siyah çay vb. kullanıyor musunuz?**

- 1 ( ) Hayır 2 ( ) Evet ise; günde kaç fincan....., haftadakaç fincan.....

**39. Türk kahvesi, nescafe, siyah çay vb. kullanıyor iseniz en çok hangisini tüketiyorsunuz?**

1. ( ) Türk kahvesi 2. ( ) Nescafe 3. ( ) Siyah çay 3. ( ) Yazınız.....

**40. Akşam 18:00 den sonra türk kahvesi, nescafe, siyah çay vb. çayı tüketiyor musunuz?**

- 1 ( ) Hayır 2 ( ) Evet ise; kaç fincan.....

**BİTKİ ÇAYI KULLANIMI**

**41. Bitki çayı tüketiyor musunuz?**

- 1 ( ) Hayır 2 ( ) Evet ise; günde kaç bardak....., haftadakaç bardak.....

**42. Bitki çayı tüketiyor iseniz en çok hangisini tüketiyorsunuz?**

1. ( ) Yeşil çay 2. ( ) Yazınız .....

**43. Akşam 18:00 den sonra bitki çayı tüketiyor musunuz?**

- 1 ( ) Hayır 2 ( ) Evet ise; kaç bardak.....

**BAHARATLI YİYECEKLER**

**44. Baharatlı yiyecekler tüketiyor musunuz?**

1 ( ) Hayır 2 ( ) Evet ise; günde ne kadar.....,haftadane kadar.....

**45. Baharatlı yiyecekler tüketiyor iseniz en çok hangi türüya da yiyeceği tüketiyorsunuz?**

1. ( ) Cips 2. ( ) Yazınız.....

**YAPAY TATLANDIRICI**

**46. Yapay tatlandırıcı kullanıyor musunuz?**

1 ( ) Hayır 2 ( ) Evet ise; günde ne kadar.....,haftadane kadar.....

**47. Yapay tatlandırıcı kullanıyor iseniz en çok hangi neredekullanıyor sunuz?**

1. ( ) İçecek 2. ( ) Pasta 3. ( ) Yazınız.....

**DEPRESYON ya da PSİKOLOJİK BİR RAHATSIZLIK**

**48. Depresyon yada psikolojik bir rahatsızlığınız var mı?**

1 ( ) Hayır 2 ( ) Evet ise; süresi.....

**49. Depresyon yada psikolojik bir rahatsızlık nedeniyle tedavi görüyor musunuz?**

1 ( ) Hayır 2 ( ) Evet ise; süresi.....

**EK 2.Aşırı Aktif Mesane V8 Ölçeği (OAB-v8)**

**Aşırı Aktif Mesane Anketi OAB-v8 (Overactive Bladder - Version 8)**

*Lütfen, her bir idrar şikayetinden ne kadar rahatsız olduğunuzu en iyi ifade eden sayıyı daire içine alınız.)*

<b>Aşağıdakiler sizi ne ölçüde rahatsız etmektedir ?</b>	<b>Hiç</b>	<b>Çok az</b>	<b>Biraz</b>	<b>Epeyce</b>	<b>Çok</b>	<b>Çok fazla</b>
<b>1. Gündüz saatlerinde sık idrara çıkma?</b>	0	1	2	3	4	5
<b>2. Rahatsızlık verici bir idrar sıkıştırması?</b>	0	1	2	3	4	5
<b>3. Ani ve beklenmedik bir idrar sıkıştırması?</b>	0	1	2	3	4	5
<b>4. Kazara az miktarda idrar kaçıрма?</b>	0	1	2	3	4	5
<b>5. Gece idrara gitme?</b>	0	1	2	3	4	5
<b>6. Gece idrar yapma ihtiyacı ile uyanma?</b>	0	1	2	3	4	5
<b>7. Kontrol edilemez bir idrar sıkıştırması?</b>	0	1	2	3	4	5
<b>8. Aşırı idrar yapma isteği ile beraber idrar kaçıрма?</b>	0	1	2	3	4	5

**EK 3.Aşırı Aktif Mesane Yaşam Kalitesi Ölçeği (OAB-q)****Aşırı Aktif Mesane Anketi (OAB-q – Overactive Bladder Questionnaire)**

<b>Sık idrara çıkmanız,</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Biraz sık</b>	<b>Çoğu zaman</b>	<b>Her zaman</b>
<b>9. Her gün bir yerden başka bir yere gidiş gelişlerinizi dikkatle planlamanıza neden oldu?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>10. Gün boyunca kendinizi mahmur ya da uykulu hissetmenize neden oldu?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>11. Gittiğiniz yerlerde umumi tuvaletlere en kestirme yolları öğrenmenize neden oldu?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>12. Sıkıntı duymanıza neden oldu?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>13. Canınızı sıktı?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>14. Kendinizde bir acayiplik varmış gibi hissetmenize neden oldu?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>15. Gece iyi bir şekilde dinlenebilmenizi engelledi?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>16. Bedensel faaliyetlerinizi azaltmanıza neden oldu (egzersiz yapma, spor, vb.)?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>17. Sabah uyandığınızda kendinizi dinlenmiş hissetmenizi engelledi?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>18. Ailenizin ya da arkadaşlarınızın canını sıktı?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>19. Sizi endişelendirdi veya kaygılandırdı?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>20. İstedığınızden daha sık evde kalmanıza neden oldu?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>21. Yolculuk planlarınızı, her zaman bir tuvaletin yakınında olacak şekilde ayarlamanıza neden oldu?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>22. Tuvaletlerden uzak faaliyetlerden (yürüme, koşu, uzun yürüyüş gibi) kaçınmanıza neden oldu?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>23. Tuvalette geçirdiğiniz sürenin miktarı yüzünden canınızı sıktı ya da sinirlerinizi bozdu?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>24. Sizi uykudan uyandırdı?</b>	1	2	3	4	5	6

<b>25. Koku veya kişisel temizlik için endişe etmenize neden oldu?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>26. Başkalarıyla yolculuk yaparken, tuvalete uğrama ihtiyacı yüzünden rahatsız olmanıza neden oldu?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>27. Aileniz ve arkadaşlarınızla ilişkilerinizi etkiledi?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>28. Aile ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal toplantılara daha az katılmanıza neden oldu?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>29. Utanmanıza neden oldu?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>30. Gerek duyduğunuz miktarda uyku uyumanıza engel oldu?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>31. Eşinizle sorun yaşamanıza neden oldu?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>32. Faaliyetlerinizi daha dikkatli planlamanıza neden oldu?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>33. Daha önce hiç gitmediğiniz bir yere gider gitmez en yakın tuvaletin yerini öğrenmenize neden oldu?</b>	1	2	3	4	5	6



## EK 4.Etik Kurul İzin Formu

### TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

<b>ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ</b>	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2016/205	
	PROTOKOL ADI	18-49 Yaş Arası Kadınlarda Aşırı Aktif Mesane Sendromu Üzerine Etkili Faktörler ve Yaşam Kalitesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	Karar No: 15/10		Tarih:07.09.2016
	<p>Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT'ün sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Büşra ERTAŞ'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcutun oy birliği ile karar verilmiştir.</p>		
<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

#### ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D	K	E H	E H	Mazaretti
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAG Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyostatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıklar	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	Mazaretti
Prof. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E H	E H	Mazaretti
Doç. Dr. Salim DÖNMEZ Üye	İç Hastalıklar	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	-
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	Mazaretti
Yrd. Doç. Dr. Vedat UĞUREL Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E H	E H	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	Mazaretti B. Kurnaz

\*Araştırma ile ilişki  
\*\*Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. H. Anne TEZEL

Dekan  
Dekan Yrd.

## EK 5.Kurum İzni



T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı : 79056779-600  
Konu : Tez çalışması hk

-E.89690

26/12/2016

Sayın Yrd. Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT

İlgi : 25/10/2016 tarihli dilekçe,

İlgi dilekçeniz incelenmiş olup; Yüksek Lisans Tez Öğrencisi Büşra ERTAŞ'ın "18-49 yaş arası kadınlarda aşırı aktif mesane sendromu üzerine etkili faktörler ve yaşam kalitesi" başlıklı tez çalışmasını Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve Üroloji Polikliniğinde yapma isteği tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

**e-imzalıdır**

Prof. Dr. Abdullah TAŞ  
Merkez Müdürü V.



Adres: Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Balkan Yerleşkesi Edirne 22030  
Telefon:(0284) 235 27 31 Faks(0284) 235 27 30  
E-Posta: bashekim@trakya.edu.tr Elektronik Ağ: http://tuh.trakya.edu.tr/

Bilgi için: Neriman ÜNAL  
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



\* B E K A 9 K D 4 \*