



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÇANAKKALE İLİ GELİBOLU İLÇESİ'NDE 20 YAŞ ÜSTÜ
KADINLARDA AŞIRI AKTİF MESANE PREVALANSI VE
RİSK FAKTÖRLERİ**

Hazırlayan
Burçin KARAKAŞ

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ayten DİNÇ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇANAKKALE-2019



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÇANAKKALE İLİ GELİBOLU İLÇESİ'NDE 20 YAŞ ÜSTÜ
KADINLARDA AŞIRI AKTİF MESANE PREVALANSI VE
RİSK FAKTÖRLERİ**

Hazırlayan
Burçin KARAKAŞ

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ayten DİNÇ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇANAKKALE-2019

TEZ ONAY FORMU

Kurum Adı : Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Program Adı : Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

Programın Seviyesi: Yüksek Lisans (X) Doktora ()

Anabilim Dalı : Hemşirelik

Tez Sahibi Adı ve Soyadı: Burçin KARAKAŞ

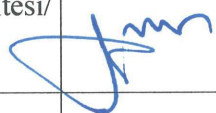


Tez Başlığı : Çanakkale İli Gelibolu İlçesinde 20 Yaş Üstü Kadınlarda AAM
Prevalansı ve Risk Faktörleri

Sınav Yeri : Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sınav Tarihi : 01.07.2019

Yukarıda tanıtımı yapılan tez, Tez Sınav Jürisi tarafından okunmuş, kapsam ve kalite yönünden başarılı bulunarak Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Sınav Jürisi

Danışman (Unvan ve Adı)	Kurumu	İmza
Doç.Dr. Ayten DİNÇ	ÇOMÜ/Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Ebelik Anabilim Dalı	
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan ve Adları)		
Dr. Öğr. Üyesi Gülsen ÇAYIR	Biruni Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Ebelik Anabilim Dalı	
Dr. Öğr. Üyesi Eda CANGÖL	ÇOMÜ/Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Ebelik Anabilim Dalı	

Tez sınav jürisi tarafından başarılı olarak kabul edilen Yüksek Lisans/Doktora Tezi Enstitü Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/.../2019 tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

THESIS APPROVAL FORM

Institute Name : Canakkale Onsekiz Mart University Institute of Health Sciences

Programme Level : Master of Science (X) Doctor of Philosophy ()

Department : Nursing

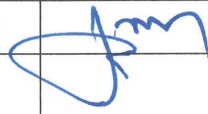


Student Name and Surname: Burçin KARAKAŞ

Title of the Thesis : Prevalence and Risk Factors of Overactive Bladder in Women
above 20 Years in Gelibolu, Çanakkale

Examination Place : Institute of Health Sciences

Examination Date : 01.07.2019

We have investigated the present thesis in regard to content and quality and have approved as a Master of Science / Doctor of Philosophy Thesis.

Supervisor (Title and Name)	Institution	Signature
Assoc. Prof. Dr. Ayten DİNÇ	COMU/ Faculty of Health Sciences	
Members of Examination Jury (Titles and Names)		
Assist. Prof. Dr. Gülsen ÇAYIR	Biruni University/ Faculty of Health Sciences	
Assist. Prof. Dr. Eda CANGÖL	COMU/ Faculty of Health Sciences	

The above examination jury decision has been approved by Administrative Board of Health Science Institute, Canakkale Onsekiz Mart University, with decision dated/...../2019 and numbered

BEYAN FORMU

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlamasından yazımına hiçbir aşamasında etik dışı davranışın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi, Madde 8’de belirtilen ve ayrıntılı olarak tanımlanan etiğe aykırı eylemleri (intihal, sahtecilik, çarpıtma, tekrar yayım, dilimleme, haksız yazarlık ve diğer etik ihlali türleri) yapmadığımı onurumla beyan ederim.

Tarih: 01.07.2019

Tez Sahibi Adı ve Soyadı: Burçin KARAKAŞ

İmza: 

TEŞEKKÜR SAYFASI

Yüksek lisans eğitimin, tez çalışmam ve hayatımın her aşamasında bilgi ve desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen, değerli fikirleriyle bana her konuda yol gösteren çok değerli hocam Doç. Dr. Ayten DİNÇ ' e

Varlığı ile bana büyük destek veren ve bana benden çok inanan biricik eşim Armağan Karakaş'a ve annem Hanife Yılmaz, babam Hüseyin Yılmaz, kardeşim Melike Yılmaz'a ve bana ikinci anne olan kayınvalidem Fatma Karakaş'a yüksek lisans eğitimim boyunca yanımda oldukları, bana güvendikleri ve desteklerini hiçbir zaman eksik etmedikleri ve bugüne kadar benim için vermiş oldukları bütün emekler için tüm içtenliğimle teşekkürlerimi sunarım.

Tezin veri toplama aşamasında yardımcı olan arkadaşlarıma, çalışmaya dâhil olan kendilerini tanımaktan onur duyduğum, bana kapılarını açan tüm katılımcılara da ayrıca teşekkürü bir borç bilirim.

Burçin KARAKAŞ
Çanakkale
2019

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK	II
TEZ ONAY FORMU	III
TEZ ONAY FORMU (İNGİLİZCE)	IV
BEYAN FORMU	V
TEŞEKKÜR SAYFASI	VI
İÇİNDEKİLER.....	VII
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	X
TABLolar LİSTESİ.....	XI
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XII
ÖZET.....	XIII
ABSTRACT.....	XVI
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Mesane Anatomisi	4
2.2. Kontinans Mekanizması.....	5
2.3. AAM Tanımı	5
2.3.1. AAM Patolojisi ve Etiyolojisi	6
2.3.2. AAM Prevalansı	7
2.4. Kadınlarda AAM Gelişmesine Neden Olan Risk Faktörleri.....	9
2.4.1. Yaş.....	9
2.4.2. Obezite, Yüksek BKİ	10
2.4.3. Sigara Kullanımı	10
2.4.4. Konstipasyon.....	11
2.4.5. Doğum Şekli	11
2.4.6. Doğum Sayısı.....	12
2.4.7. Bebek Kilosu.....	12
2.4.8. Menopoz	12
2.4.9. Epizyotomi.....	13

2.4.10. Psikolojik Bozukluklar.....	13
2.4.11. Diüretik Etkisi Olan Yiyecek İçecek Alımı.....	14
2.5. Yaşam Kalitesi.....	15
2.5.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı	15
2.5.1. AAM'nin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi	16
2.6. AAM'li Hastalarda Hemşirenin Rolü.....	17
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	20
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	20
3.2. Araştırmanın Uygulanma Yeri ve Zamanı	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	20
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	22
3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması	22
3.6. Veri Toplama Formları	23
3.6.1. Anket Formu.....	23
3.6.2. AOB-V8 formu (Overactive Bladder-Validated-8)	23
3.6.3. UDI-6(Urinary Distress Inventory-6)	24
3.6.4. IIQ-7 (Incontinence Impact Questionnaire-7)	24
3.7. Araştırmanın Uygulanması.....	24
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	25
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
4. BULGULAR.....	27
4.1. Kadınların Demografik, Obstetrik, Jinekolojik Özellikleri ve Kişisel Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular	28
4.2. Kadınların AAM Semptomlarına İlişkin Bulgular.....	34
4.3. Kadınlarda AAM İle İlişkili Faktörlere İlişkin Bulgular.....	43
4.4. AAM'ye Etki Eden Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyonla İncelenmesi... 48	
4.5. AAM'si Olan Kadınların Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi.....	49
5. TARTIŞMA.....	51
5.1. Kadınların AAM Semptomlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	51
5.2. Kadınlarda AAM İle İlişkili Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	54
5.3. AAM'ye Etki Eden Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyonla İncelenmesi... 62	

5.4. AAM'si Olan Kadınların Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi.....	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	66
6.1. Sonuçlar	66
6.2. Öneriler	67
7. KAYNAKLAR.....	68
8. EKLER.....	79
EK 1. Anket Formu	79
EK 2. AOB-V8 Türkçe Versiyonu.....	82
EK 3. UDI-6 Türkçe Versiyonu.....	83
EK 4. IIQ-7 Türkçe Versiyonu	84
EK 5. Etik Kurul Karar Formu.....	85
EK 6. Gelibolu Devlet Hastanesi'nde Çalışma Yapılmasına Dair İzin Onay Formu	86
EK 7. Bilgilendirmiş Onam Formu	87
EK 8. Özgeçmiş.	90
EK 9. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Spiralli/Ciltli Tez Yazım Kontrol Listesi.....	91
EK 10. Spiralli Tez Kontrol Formu.....	92

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AAM	Aşırı Aktif Mesane
BKI	Beden Kitle İndeksi
DM	Diyabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ICS	International Continence Society (Uluslararası Kontinans Derneği)
AÜSS	Alt Üriner Sistem Semptomları
NOBLE	National Overactive Bladder Evaluation (Ulusal AAM Değerlendirme Programı)
Üİ	Üriner İnkontinans
EPIC	European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition
POP	Pelvik Organ Prolapsusu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
AÜY	Alt Ürogenital Yol
HT	Hipertansiyon

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı.....	28
Tablo 2. Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı	30
Tablo 3. Kadınların Kişisel Alışkanlık ve Sağlık Durumlarına İlişkin Bulguların Dağılımı	32
Tablo 4. Kadınların AAM Prevalansı.....	34
Tablo 5. UDI-6 Ölçeğinin Alt Boyutlarının Ortalaması.....	39
Tablo 6. UDI-6 Ölçeğinin Alt Boyutlarına Göre Semptom Dağılımı	40
Tablo 7. OAB-V8 Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları.....	40
Tablo 8. OAB-V8 Ölçeği İle UDI-6 Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi.....	41
Tablo 9. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre AAM Durumunun Karşılaştırılması	43
Tablo 10. Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine Göre AAM Olma Durumunun Karşılaştırılması	45
Tablo 11. Kadınların Kişisel Alışkanlık ve Sağlık Durumlarına Göre AAM Durumunun Karşılaştırılması.....	46
Tablo 12. AMM'yi Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regreyonla İncelenmesi	48
Tablo 13. IIQ-7 Ölçeğinin Alt Boyutlarının Ortalama Puanları.....	49
Tablo 14. IIQ-7 Maddelerinin Ortanca Değerleri	50

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Mesane	4
Şekil 2. Kadınların Kronik Hastalıklarının Dağılımları	33
Şekil 3. Çalışmaya Katılan Kadınların Günlük İdrara Çıkma Sıklığı (Frekans)	35
Şekil 4. AAM'si Olan Kadınların Günlük İdrara Çıkma Sıklığı (Frekans)	35
Şekil 5. Çalışmaya Katılan Kadınların Gece İdrara Çıkma Sıklığı (Noktüri)	36
Şekil 6. AAM'si Olan Kadınların Gece İdrara Çıkma Sıklığı (Noktüri)	36
Şekil 7. Çalışmaya Katılan Kadınların Ani İdrar Yapma İsteği (Urgency)	37
Şekil 8. AAM'si Olan Kadınların Ani İdrar Yapma İsteği (Urgency)	37
Şekil 9. Çalışmaya Katılan Kadınların Üİ Sıklığı	38
Şekil 10. AAM'si Olan Kadınların Üİ Sıklığı	38
Şekil 11. İdrar Kaçırma Yaşayan Kadınların İdrar Kaçırmayı Hangi Durumlarda Yaşadıkları	39

ÖZET

Bu araştırma; 20 yaş üstü kadınlarda AAM prevalansı ve neden olan risk faktörlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma, Eylül 2016-Şubat 2017 tarihleri arasında, Gelibolu Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran 20 yaş üstü 375 kadınla yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak; kadınların sosyo-demografik özellikleri, kişisel alışkanlıkları ve obstetrik-jinekolojik öyküsünü içeren anket formu, AOB-V8 formu (Overactive Bladder-Validated-8), UDI-6 (Urinary Distress Inventory-6) ve IIQ-7 (Incontinence Impact Questionnaire-7) formu kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde, ki-kare, Fisher's exact test, Mann Whitney U testi ve Lojistik Regresyon kullanılmıştır. Çalışmada kadınlarda AAM prevalansı %16,3 olarak bulunmuştur. AAM ile ilişkili faktörler olarak; yaş, BKİ, çalışma durumu, gelir durumu, doğum şekli, doğum sayısı, konstipasyon, hipertansiyon, sigara kullanımı, kafeinli içecek tüketimi, menapoz, depresyon öyküsü ve jinekolojik ameliyat geçirme saptanmıştır. Lojistik regresyon analizinde; 40-49 yaş grubu (OR=2,456; %95 GA: 1,109-4,281), 50-59 yaş grubu (OR=3,179; %95 GA: 1,004-7,987), 60 yaş ve üzeri olma (OR=4,253; %95 GA: 2,295-6,036), BKİ'nin 25.0-29.9 olması (OR=3,345; %95 GA: 1,288-8,691), BKİ'nin ≥ 30.0 olması, (OR=6,253; %95 GA: 2,261-12,536) konstipasyon (OR=3,106; %95 GA: 1,402-6,882), sigara kullanımı (OR=2,27; %95 GA: 1,036-4,998), doğum sayısının üç olması (OR=3,319; %95 GA: 1,765-6,204), doğum sayısının dört ve üzeri olması (OR=4,620; %95 GA:1,432-9,366) ve menapoz (OR=2,406; %95 GA:1,403-3,346) AAM için risk faktörleri olarak saptanmıştır. AAM'li kadınlardaki inkontinansın yaşam kalitesini hafif düzeyde etkilediği; en sık ev işlerini yapabilme, daha sonra yürüme, yüzme, egzersiz aktiviteleri ve ev dışı sosyal aktivitelere katılımın etkilendiği görülmüştür. Sağlık profesyonellerinin AAM ve inkontinans hakkında bireylere eğitim vermesi hem AAM hem de inkontinansın önlenmesine büyük katkı sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: 20 Yaş Üstü Kadın, AAM, Prevalans, Risk Faktörleri

ABSTRACT

Prevalence and Risk Factors of Overactive Bladder in Women Above 20 Years in Gelibolu, Çanakkale

This study aimed to determine the prevalence of overactive bladder in women above 20 years the risk factors that cause it. Descriptive survey type of this study was applied between September 2016- February 2017, at Çanakkale Gelibolu Hospital Gynecology and Obstetrics policlinics on 375 womens. Data gathering tools; questionnaire (including pregnant women's socio-demographic characteristics, personal habits and obstetrics-gynecologic history), Overactive Bladder-Validated Scala, Urinary Distress Inventory Scala and Incontinence Impact Questionnaire Scala was used. Datas loaded with face-to-face interview technique in Gynecology and Obstetrics policlinics. For statistical analysis; Pearson Chi-square test, Fisher's exact test, Mann Whitney U test and logistic regression analysis were used. In this study, the prevalence of AAM %16,3. The associated risk factors with; age, BMI, working status, income status, type of birth, constipation, hypertension, smoking, caffeine drink consumption, menopause, number of births, history of depression and gynecological surgery were found. In lojistic regression analysis; age 40-49 (OR=2,456; 95% CI: 1,109-4,281), age 50-59 (OR=3,179; 95% CI: 1,004-7,987), age 60 (OR=4,253; 95% CI: 2,295-6,036), BMI 25.0-29.9 (OR=3,345; 95% CI: 1,288-8,691), BMI \geq 30.0, (OR=6,253; 95% CI: 2,261-12,536), constipation (OR=3,106; 95% CI: 1,402-6,882), smoking (OR=2,27; 95% CI: 1,036-4,998), number of births 3 (OR=3,319; %95 GA: 1,765-6,204), number of births 4 and above (OR=4,620; %95 GA:1,432-9,366) and menopause (OR=2,406; 95% CI:1,403-3,346) were found to be risk factors for OAB. When the effects of incontinence on quality of life in women with AAM are examined, it is seen that incontinence affects the ability to do household chores and then it affects walking, swimming, exercise and social activities outside the home. Health professionals informing women about AAM and incontinence will contribute to the prevention of AAM.

Key Words: Women Above 20, Overactive Bladder, Prevalence, Risk Factors

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Aşırı aktif mesane (AAM), hem erkeklerde hem de kadınlarda yaygın olan, hastalarda yaşam kalitesine önemli ölçüde zarar veren alt üriner sistem semptomlarıyla (AÜSS) karakterize bir sağlık problemidir. Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından, AAM; "Hastada idrar yolu enfeksiyonu veya belirgin bir patoloji olmaksızın, genelde idrar yapma sıklığında artış (frekans) ve noktürinin eşlik ettiği, idrar kaçırma şikayeti olsun ya da olmasın, sıkışma hissi" şeklinde tanımlanmaktadır (Haylen ve ark. 2010). AAM tanımında geçen frekans, gün içinde 7 ve daha fazla idrara çıkma; noktüri, kişinin uykusunun idrar yapma ihtiyacı nedeniyle bir veya daha fazla kez bölünmesi; sıkışma (urgency), ani ve şiddetli idrar yapma isteği; sıkışma tipi idrar kaçırma (urge inkontinans) ise sıkışma hissini takiben görülen idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır. Noktüri ve frekans tarifleyen hastalar için gece ve gündüz olan sıkışma hissi AAM için önemli ölçüde tanı koydurucudur (Gormley ve ark. 2012). AAM'li bireylerde en sık görülen semptom idrarı tutamayacak ölçüde olan sıkışmadır ve bu kişilerin büyük kısmında sıkışmanın yanı sıra idrar kaçırma da görülmektedir (Milson ve ark. 2001, Irwin ve ark. 2008).

Dünya genelinde prevalansı yüksek olan AAM milyonlarca insanın yaşamını etkilemektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan Ulusal AAM Değerlendirme (NOBLE) programı, AAM yaygınlığını saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Buna göre AAM prevalansı, erkeklerde %16, kadınlarda %16,9 olarak bildirilmiştir (Stewart ve ark. 2003). Her iki cinsiyette de AAM prevalansı benzer olsa da, semptomlarda cinsiyete özgü farklılıklar ve yaşam kalitesine etkisi vardır. İngiltere, Almanya, İtalya, İsveç ve Kanada dahil olmak üzere beş ülkede gerçekleştirilen European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) çalışması AAM prevalansını ve AÜSS'ni araştıran en büyük popülasyon tabanlı araştırmalardan biridir. Bu çalışmaya göre AAM prevalansı %11,8 olarak bulunmuştur. AÜSS'leri incelendiğinde ise; en az birinin prevalansı %64,3 olarak saptanmış olup bu semptomların yaşla beraber arttığı bildirilmiştir (Irwin ve ark. 2008)

Dünya’da 2008 yılında %10,7 olan AAM prevalansının 2018 yılında daha da artacağı ve yaşlı nüfusun giderek artmasından dolayı bu oranın %20,1’e ulaşacağı düşünülmektedir (Irwin ve ark. 2011).

Ülkemizde ise gerçek AAM prevalansı bilinmemekle birlikte %10-21 arasında değiştiği ve yaşla birlikte insidansın arttığı bildirilmektedir. Yapılan çalışmalar genelde tıbbi yardım için başvuran, yalnızca inkontinans veya inkontinansın eşlik ettiği AAM sıklığına yönelik ve genelde kadın hastalarda gerçekleştirilmiştir (Tükel 2005, Çetinel ve ark. 2007, Altınöz 2014, Sarıcı ve ark. 2016).

Literatürde AAM görülme risk faktörleri olarak; yaş, cinsiyet, kronik hastalıklar, obezite, diyabet, depresyon, uyku bozuklukları, sigara kullanma, jinekolojik ameliyat geçirme durumu, konstipasyon olarak bildirilmektedir (Milsom ve ark. 2001, Teleman ve ark. 2004, Tükel 2005, Zhang ve ark. 2006, Yenieli ve ark. 2012, Altınöz 2014).

Yaşam kalitesini değerlendiren çalışmalar, AAM’nin hastaların günlük aktiviteleri, aile ilişkileri, ruh sağlığı ve cinsel hayatları üzerinde önemli olumsuz etkileri olduğunu vurgulamaktadır (Teloken ve ark. 2006, Coyne ve ark. 2008, Irwin ve ark. 2008). Yapılan çalışmalarda bu semptomlara sahip bireylerin, şikayetlerini yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak gördükleri ve çekinme, nereye başvuracaklarını bilememe gibi nedenlerle, genel olarak sağlık arama davranışında bulunmadığı ve tıbbi yardım için başvurmadığını göstermektedir (Bilgili 2008, Özer 2017).

Ülkemizde AAM ile ilgili yapılmış çok az sayıda çalışmaya rastlanılmaktadır. Bu çalışma ile Çanakkale ili Gelibolu ilçesindeki 20 yaş üstü kadınlarda AAM konusunda farkındalık sağlanacak, ayrıca AAM’nin önlenmesi ve sıklığının azaltılması için toplumsal bilinçlendirme sağlanarak literatüre de katkıda bulunulacaktır.

1.2. Araştırmanın amacı

Bu çalışma, 20 yaş üstü kadınlarda AAM prevalansı ve risk faktörlerini saptamak amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma soruları

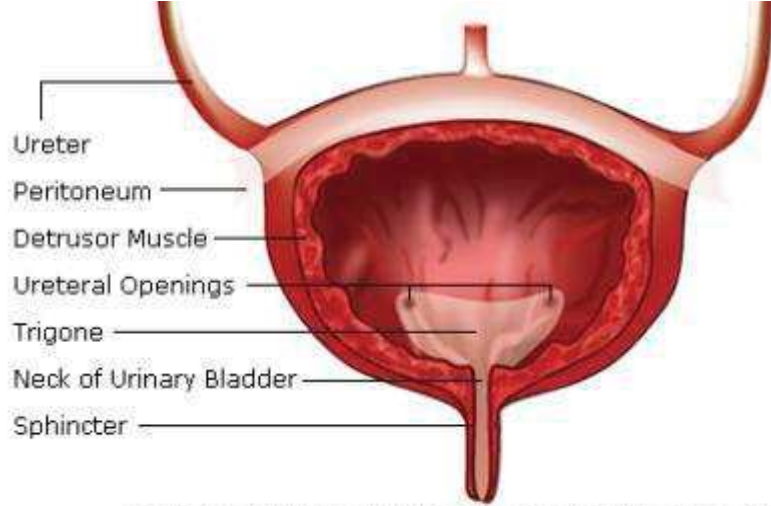
1. 20 yaş üstü kadınlarda AAM sıklığı nedir?
2. Kadınlarda AAM'ye neden olan ilişkili faktörler nelerdir?
3. AAM ile ilgili risk faktörleri nelerdir?
4. AAM yaşam kalitesine etki eder mi?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Mesane Anatomisi

Mesane idrar depolamada görevli müsküler yapıda içi boş bir organdır. Yetişkin mesanesi 350-400 mililitrelik kapasiteye sahiptir (Yaman ve ark. 1990).



Copyright © 2008, www.roboticoncology.com, David B. Samadi, M.D.

Şekil 1. Mesane

Mesanenin konumu ve şekli boş ve dolu olmasına göre değişiklik göstermektedir. Kadınlarda mesane tabanı uterus ve vajina ön duvarı ile komşudur, aralarında gevşek bir bağ dokusu bulunmaktadır (Arıncı 1995, Tanagho ve McAninch, 2009).

Mesane; dışta seroza, ortada müsküler ve ite mukoza olmak üzere  tabakadan oluşmaktadır. Mesanede fonksiyonel tabaka olan detrüsör kası müsküler tabaka tarafından oluşturmaktadır. Detrüsör kasını oluşturan düz kaslar ite longitudinal, ortada sirküler ve dışta longitudinal olmak üzere  tabakadan oluşur. Bu  kas tabakasının lifleri mesane boynuna doğru internal sfinkteri oluştururlar (Güner ve Yazıcı 2001, Tanagho ve McAninch, 2009).

2.2.Kontinans Mekanizması

Miksiyon, mesanenin dolduğunu iletteğinde, fiziksel ve sosyal olarak uygun bir zamanda istemli olarak gerçekteşmektedir.

Miksiyon;

- Depolama evresi,
- Boşaltma evresi olmak üzere iki evrede incelenmektedir.

Depolama evresinde sürekli artan sempatik uyarı ve baskılanan parasempatik uyarı ile birlikte mesane içindeki basınç düşük tutulmaktadır. Bu aşamada üretral sfinkterin aktivitesi giderek artar. Normal bir mesanenin iç basıncı 0-6 cmH₂O olup, 15 cmH₂O'yu aşmamalıdır (Kızılyel 2011). Sıkışma hissiyle beraber detrüsrü gevşeten sfinkteri kasan refleks yollar harekete geçer. Buna bağılı olarak, ilk doluluk hissi 100-200 ml'de, daha sonraki doluluk hissi 300-400 ml'de ve son olarak acilen boşaltma gereksinimi ve ağırı olarak tanımlanabilen "urgency" ise 400-500 ml'de hissedilmektedir. Mesanedeki doluluk 400-500 ml'ye ulaştığında mesane duvarındaki basınç reseptörleri beyne mesaj gönderir ve boşaltım için gerekli uyarıcı mesaj mesaneye geri iletilir. Tüm bunların sonunda ise miksiyon işlemi gerçekteşir (Akgün 2009, Özer 2017).

2.3. Aşırı Aktif Mesane (AAM) Tanımı:

ICS'in 2002 yılındaki terminoloji standardizasyon raporundaki tanımına göre AAM; artmış işeme sıklığı (24 saatte 8'den fazla), idrar kaçıırma ile birlikte olan veya olmayan ani sıkışma hissi ve noktürinin eşlik ettiğı ve bu semptomları açıklayabilmek için herhangi bir lokal veya sistemik neden olmayan bir sağıık sorundur (Abrams ve ark. 2002).

Tanımın içinde geçen semptomların ICS'e göre açıklaması:

Frekans: Gün içinde 7 ve daha fazla idrara çıkma

Noktüri: Gecede bir veya daha fazla defa idrar yapma için uyanma

Urgency (sıkışma): Güçlkle ertelenebilen veya ertelenemeyen ani idrar yapma isteğı

Üriner inkontinans: İdrar kaçıırma

Urge inkontinans: Ani sıkışma hissi ile beraber ya da sıkışma hissinin ardından istem dışı idrar kaçırma

Stres inkontinans: Hareket, hapşırma, öksürme gibi durumlarda olan idrar kaçırma

Miks inkontinans: Sıkışma hissiyle beraber stres inkontinansın birlikte görüldüğü idrar kaçırma durumudur.

2.3.1. AAM Etiyolojisi ve Patolojisi

AAM ve detrusörün aşırı aktivitesinin etiyolojisi karışık ve altta yatan nedenleri henüz bilinmemektedir. AAM'nin semptomatik bir tanı olması ve bu durumun deneyleri güçleştirmesi nedenlerden sadece birkaçıdır (Çetinel 2005, Gormley ve ark. 2012).

AAM etiyolojisine yönelik üç ana teori ileri sürülmüştür. Bunlar;

- Myojenik
- Nörojenik
- Periferel otonom aktivite ile ilgili teorilerdir (Tükel 2005, Qu ve ark. 2014).

• Myojenik aktivite teorisi

İstemsiz detrusör aktivitelerinin olabilmesi için düz kasta bazı değişikliklerin meydana gelmesi gerektiğini savunan kas ile ilişkili teoridir (Qu ve ark. 2014). Ancak AAM olan hastaların tümünde detrusör aşırı aktivitesi görülmediği gibi, detrusör aşırı aktivitesi olan tüm hastalarda da AAM'nin varlığından bahsedilemez. Hashim ve Abrams tarafından yürütülen bir çalışmada, ICS'nin yeni tanımına göre AAM olarak değerlendirilen 1076 hasta yer almıştır. Araştırmacılar, hastaların yalnızca %64'ünde detrusör aşırı aktivitesi olduğunu gözlemlemişlerdir. Dikkat çeken nokta ise, hastaların %30'dan fazlasında AAM olmamasına karşın sistometride detrusör aşırı aktivitesinin bulunmasıdır. Ayrıca, ani sıkışma hissi olan erkeklerin %69'unda, kadınların ise yalnızca %44'ünde detrusör aşırı aktivitesi olduğu görülmüştür (Hashim ve Abrams 2007).

- **Nörojenik teori**

Sinirler ve nörolojik sistem ile ilişkili olan diğer bir teori ise nörojenik teoridir. Bu teori, omurilikteki ya da beyindeki sinirsel iletim ağında oluşan hasarların veya mesanedeki sinir uçlarının duyarlı hale gelmesinin detrüör kasının aşırı aktivitesini tetikleyerek miksiyon refleksinin ortaya çıkacağını ileri sürmektedir. Bu nedenle Parkinson, serebrovasküler hasarlar ya da multipl skleroz gibi hastalıklarda nörojenik nedenlere bağlı olarak detrüör kasının aşırı aktivitesi görülmektedir (Walsh ve ark. 2012).

- **Otonom Mesane Teorisi**

Otonom mesane teorisi, detrüör kasının modüler olduğunu yani dairesel kaslardan oluştuğunu ileri süren bir teoridir. Mesanedeki her bir ganglion ya da hücre düğümü uyarılabilen ayrı bir modül olarak tanımlanır. Bu ganglionlar yani modüller arasındaki etkileşimi arttıran bütün etkenlerin detrüör kasının aşırı aktivitesini de arttırdığını ileri sürmektedir. Bunun sonucunda artmış mesane duyumu aşırı lokalize kontraksiyonlarla sonuçlanmaktadır (Drake ve ark.2005, Walsh ve ark. 2012).

2.3.2. AAM Prevalansı

Dünya genelinde prevalansı yüksek olan AAM milyonlarca insanın yaşamını etkilemektedir. Çalışmalardaki çeşitli kısıtlılıklardan dolayı tam sayı net olarak bilinmemekle beraber dünyada AAM olan 50-100 milyon insan bulunduğu tahmin edilmektedir (Stewart ve ark. 2003, Markland ve ark. 2011)

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan NOBLE (National Overactive Bladder Evaluation) çalışmasında 5204 kişinin katıldığı bir çalışma grubunda AAM prevalansının %16.5 olduğu bulunmuştur (Stewart ve ark. 2003). 18 yaş üzeri kadınlarda prevalans %16.9 ve erkeklerdeki prevalans %16 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada %9,3'ünün üriner inkontinansı (Üİ) şikayeti de mevcut olup, %7,6'sının Üİ şikayeti olmadığı bildirilmiştir. Erkeklerde daha sık Üİ şikayeti olmayan AAM

bulguları gözlenirken, kadınlarda Üİ şikayeti ile birlikte AAM bulguları gözlenmiştir (Stewart ve ark. 2003).

Avrupa'da 2001 yılında Milsom ve arkadaşları tarafından yapılan 16.000'den fazla hastanın alındığı bir kohort çalışmasında AAM'nin genel prevalansı %16,6 bulunmuş olup, kadınlarda (%17,4) erkeklere (%15,6) göre biraz daha sık olduğu görülmektedir. Bu çalışmada AAM semptomları arasında sık idrara çıkma en sık bildirilen semptomken (%85), bunu sıkışma (%54) ve sıkışma inkontinansı (%36) takip etmiştir (Milsom ve ark. 2001).

Almanya, İtalya, İsveç, Kanada ve İngiltere'de yapılan EPIC çalışmasına yaşları 18 ve üzerinde olan 19165 yetişkin katılmıştır. Çalışmada AAM için genel prevalans %11,8 (erkekler için %10,8, kadınlar için %12,8) olup yaşla artma eğilimi gösterdiği görülmüştür. Aynı zamanda bu çalışmada AÜSS'lerinden en az birinin prevalansı ise %64,3 olarak bulunmuştur. Erkeklerde 60 yaşından sonra AAM kadınlara göre daha sık iken 60 yaş öncesinde tam tersine kadınlarda daha sık görülmektedir. Ülkeler arasında da AAM sıklığı açısından farklılıklar saptanmıştır. Bunun nedeni ise kültürel farklılıklara ve iklim değişikliklerine bağlanmıştır (Irwin ve ark. 2006, Coyne ve ark. 2008).

Ülkemizde Zümrütbaş ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada 1555 kişi çalışmaya alınarak AÜSS, AAM ve idrar kaçırmanın prevalansı değerlendirilmiştir. Çalışmaya dahil edilen 919 kadının depolama, boşaltım ve işeme sonrası semptomlarının prevalansı %64.1 , %37.8 ve %28.7 olarak bulunmuştur. En yaygın depolama semptomu olan sıkışma ise kadınların %36.5'inde görülmüştür. Sıkışma tipi, stres tipi ve karışık tipte idrar kaçırmanın prevalansı ise kadınlarda sırasıyla %8.2, %21.2, %9 olarak bulunmuştur.

Sarıcı ve ark. (2016) yaptığı bir çalışmada kadınlarda AAM ve Üİ prevalansı değerlendirilmiştir. Çalışmada AAM prevalansı %20,7, Üİ prevalansı ise %26,9 olarak bulunmuştur ve AAM'li kadınların AAM'si olmayanlara göre daha yaşlı olduğu ve daha fazla doğum sayısı olduğu bildirilmiştir.

Altınöz (2014) tarafından İstanbul'da 18 yaş üzeri bireylerde AAM, üriner inkontinans sıklığını ve inkontinansın bireylerin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini saptamak amacıyla 407 kişiyle yapılan kesitsel tipte bir çalışmada AAM prevalansı

%10,5 olarak bulunmuştur. AAM'ye ait AÜSS'dan nokturi %56,2 frekans %29, urgency %26,5 ve inkontinans %18,2 olarak saptanmıştır.

Tükel (2005) tarafında yapılan AAM prevalansı ve epidemiyolojisi çalışmasında ise 35 yaş altı kadınlarda AAM prevalansı %21,9 ile %24,1 arasında bulunmuştur. 36 yaş ve üstündeki kadınlara baktığımızda ise prevalansın arttığı bu oranın %25,7 ile %32,1 arasında olduğu görülmektedir.

2.4. Kadınlarda AAM Gelişmesine Neden Olan Risk Faktörleri

2.4.1. Yaş

Dünya'da ve ülkemizde artan yaşlı nüfusla beraber yaşlılığa bağlı pek çok hastalığın artacağı bildirilmektedir (Özer 2017). Yaşın artmasıyla üriner sistemde meydana gelen değişiklikler sebebiyle AÜSS'nin arttığı ve AAM'nin görülme sıklığının da arttığı yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (Milsom ve ark. 2001, Zhang ve ark. 2006, Çankaya 2008).

ABD'de yapılan NOBLE çalışmasına göre AAM'nin kadın ve erkeklerde birbirine yakın oranlarda görüldüğü ve her iki cinsiyette yaşla beraber arttığı bildirilmektedir. Yaş dağılımına bakıldığında 25 yaşında AAM prevalansı %5 iken, 45-54 yaş aralığında bu oran %25'e, 65 yaş üzerinde ise %35'e yükselmektedir (Quinn ve ark. 2003, Stewart ve ark. 2003). Yaşlanma ile birlikte görülme sıklığı artan bazı sistemik hastalıkların buna sebep olduğu düşünülmektedir. Yaşla birlikte ortaya çıkan ateroskleroza bağlı pelvik iskemi, hiperlipidemi, subklinik serebrovasküler ya da diğer nörolojik hastalıklar AÜSS'nin artmasına yol açmaktadır (Milsom ve ark. 2001, Quinn ve ark. 2003, Tarcan 2005) Tüm bunların yanı sıra yaşlanma ile birlikte mesane kapasitesinin azalması, rezidü idrar miktarı artışı ve istemsiz mesane kontraksiyonlarının oluşması AAM oluşumunda rol oynamaktadır (Tükel 2005). Ancak AAM'ye neden olan faktörlerin tam olarak belirlenebilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

2.4.2. Obezite, Yüksek BKİ

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yağ dokularında sağlığı tehdit edecek ölçüde aşırı ve anormal miktarda yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır. DSÖ, obeziteyi tanımlamak amacıyla kilonun boyun karesine bölünmesi (kg/m^2) ile bulunan beden kitle indeksini (BKİ) kullanır. Bu verilere göre BKİ $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ 'nin üzerinde olan kişiler şişman, $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ 'nin üzerinde olanlar ise obez olarak değerlendirilir (WHO 2016).

DSÖ'nün 2014 yılı verileri incelendiğinde; 18 yaş ve üzeri 1,9 milyardan fazla bireyin aşırı kilolu, 600 milyondan fazla bireyin ise obez olduğu saptanmıştır (WHO, 2016). Türkiye'de de diğer ülkelerdeki gibi obezite yaygınlığı gittikçe artmaktadır. Ülkemizde TÜİK tarafından bildirilen 2015 yılına ait raporda obezite görülme sıklığı; kadınlarda %24,5, erkeklerde %15,3 ve toplamda %19,9 olarak bildirilmiştir.

Obezite, AAM ve tüm üriner inkontinans türleri için özellikle kadınlarda önemli bir risk faktörüdür. Obezitenin intraabdominal basıncı artırarak AAM gelişmesine yol açtığı ve obez kadınlarda obez olmayanlara göre AAM ve üriner inkontinansın (Üİ) daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Teleman ve ark. 2004, Öztürk ve ark. 2012, Aksu 2014, Akın 2015). Zhang ve ark. (2006) Çinli kadınlarla yaptıkları çalışmada da AAM ve yüksek BKİ arasında anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmıştır.

Bel/kalça oranının arttıkça inkontinansın ve diğer AÜSS'lerini arttığı bildirilmektedir. Kilo verilmesinin, AAM ve inkontinans şikayetlerinde önemli ölçüde düzelmeye neden olduğu bildirilmektedir (Richter ve ark. 2010).

2.4.3. Sigara Kullanımı

Sigara, intraabdominal basınç seviyesini artırarak özellikle kadınlarda idrar kaçırma ve sıkışma hissine neden olmaktadır (Bump 1999). Hayvanlarla yapılan deneylerde nikotinin purinerjik reseptörler üzerinde uyarıcı etkisinin olduğu ve bu şekilde mesanede kontraksiyonlarını tetiklediği, buna benzer etkiyi insan mesanesi üzerinde de gösterdiği düşünülmektedir. Aynı zamanda nikotinin destrüör kas aktivitesini de arttırdığı düşünülmektedir (Kızılyel 2011).

Martins ve ark. (2010) 500 Brezilyalı kadınla yaptığı bir çalışmada sigaranın üriner inkontinansı önemli ölçüde etkilediği görülmüştür. Nuotio ve ark. (2001)

yaptığı bir çalışmada da sigara kullanımı ile sıkışma arasında anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Ancak Van Geelen ve ark. 2000 yılında yaptığı bir çalışmada ise AAM ve sigara kullanımı arasında bir ilişki saptanamamıştır.

2.4.4. Konstipasyon

Kronik konstipasyon ve defekasyon sırasında oluşan zorlayıcı hareketler, intraabdominal basıncı arttırarak pelvik organ prolapsusuna (POP) ve AÜSS'lerinin oluşmasına neden olmaktadır (Dai 2014). İngiltere'de kronik kabızlığı olan 24 kadının alındığı kontrollü bir çalışmada defekasyon esnasında zorlanan kadınların pelvik tabanındaki nörolojik fonksiyonlarının bozulduğu görülmüştür (Snooks ve ark. 1985). Ayrıca defekasyon sırasında zorlanma mesane basıncında ve üretral mobilitede artışa sebep olmaktadır. Zhang ve ark. (2006) yaptığı çalışmada kronik kabızlık ve defekasyon sırasında zorlanmanın AAM oluşumunu arttırdığını ortaya koymuşlardır.

2.4.5. Doğum şekli

Vajinal doğum sırasında oluşan zorlanma pelvik fasiyal desteğin, pelvik tabanın ve üretral kasların hasarına yol açmaktadır. Aynı zamanda vajinal doğumla birlikte üretral kapanma basıncında, fonksiyonel üretral uzunlukta ve maksimum üretral basınçta azalma meydana gelmektedir (Kocaöz ve Eroğlu, 2009). Bu nedenle vajinal doğumun stres inkontinansı ve pelvik organ prolapsusunu önemli ölçüde etkilediği yapılan çalışmalarda görülmektedir. (Memon ve ark. 2012). Vajinal doğum sırasında oluşan kas ve pudental sinir hasarı sezaryen doğumda olmadığı için sezaryen doğumun stres inkontinansa ve AAM'ye karşı koruyucu bir etkisi vardır (Zhang ve ark. 2006)

Vajinal doğum ve AAM semptomları arasında nasıl bir ilişki olduğunu gösteren çok fazla çalışmaya rastlanmamaktadır. Yapılan bir çalışmada katılımcılar Üİ açısından incelendiğinde sezaryen ile doğum yapanlarda %15,9, vajinal yolla doğum yapanlarda ise %21 olarak tespit edilmiştir. Doğum sonrası erken dönemde ise doğum tipinin inkontinansa etkisi maksimum düzeydedir (Hannestad ve ark. 2000).

2.4.6. Doğum sayısı

Yapılan çalışmalarda paritenin, pelvik organ prolapsusu açısından önemli ölçüde risk oluşturduğu bilinmektedir. Kadınlarda AAM ve üriner inkontinans için de önemli bir risk faktörü olan parite yaş arttıkça bu etkisini azaltmakta hatta yaşlı kadınlarda kaybolabilmektedir (Grodstein 2003). Yapılan bir çalışmada, inkontinans prevalansı nullipar bayanlarda %10,1, multiparlarda ise %15,9 olarak bulunmuştur. Üİ açısından görülen bu farklılığın özellikle birden fazla doğum öyküsü olan kadınlarda görülen mesane boynu ve üretral sfinkter mekanizmasındaki göreceli zayıflığın neden olduğu düşünülmektedir (Hannestad ve ark. 2000).

Ham ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada iki ve üzeri vajinal doğum sayısının AÜSS riskini arttırdığını bildirmişlerdir. Yine yapılan birçok çalışmada paritenin Üİ riskini artırdığı, multiparlarda Üİ görülme sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Tükel 2005, Kim ve ark. 2006, Hermann ve ark. 2008)

2.4.7. Bebek Kilosu

İri bebeklerin pelvik taban fonksiyonları üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Bebeğin doğum ağırlığı arttıkça pelvik tabanın fonksiyonlarında bozulmalar olduğu görülmektedir (Torrise 2012). Anne karnındaki bebeğin ağırlığının Üİ için risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda bebeğin doğum ağırlığı 3800 gr'dan fazla olan kadınların postpartum dönem 3. ayda Üİ risklerinin 1,41 kat fazla olduğu saptanmıştır (Diez-Itza 2009). Zhang ve ark. (2006) yaptığı çalışmada fetal doğum ağırlığı arttıkça AAM görülme sıklığının arttığı görülmüştür.

2.4.8. Menopoz

Kadın ürogenital sistemi hayat boyunca çeşitli biyolojik değişimlere uğramaktadır. En önemli değişim süreci ise menopoz döneminde olmaktadır. Hem yaşlanma süreci hem de hormonlardaki değişimler özellikle pelvik taban fonksiyonlarını olumsuz etkilemektedir. Alt ürogenital yol (AÜY) üzerine birçok etkisi olan östrojen hormonunun yaşla beraber azalması birçok semptomu neden olmaktadır. Ayrıca

östrojenin kollajen liflere ve düz kasa olan olumlu etkisinin azalmasıyla birlikte pelvik tabandaki hastalıklara da yatkınlık artmaktadır (Bruce ve Rymer 2009).

Postmenopozal dönemde östrojenin etkisinin azalmasına bağlı olarak dizüri, sık idrara çıkma, Üİ ve üriner sistem enfeksiyonları da sık görülmekte ve yaş ilerledikçe prevalansı da artmaktadır (Elder ve ark. 2004).

Zhang ve ark. (2006) yaptığı çalışmada menapozun neden olduğu atrofik değişiklikler sebebiyle alt üriner sistemin duyarlılığının arttığı ve AAM görülme sıklığının da arttığı görülmüştür.

2.4.9. Epizyotomi

Bebek başının vajenden kolay, süratli ve tehlikesiz doğmasını sağlamak, perinenin tonusunu korumak ve istenmeyen yırtıklara karşı önlem almak amacı ile bebek başı doğarken perinede bulbo-kavernos kasına yapılan insizyona epizyotomi denir (Taşkın 2016).

Uygulandığı durumlar;

- Fetus çok iri ise,
- Rijit perinede,
- İlk doğumda,
- Pozisyon ve prezantasyon bozukluklarında,
- Önceki doğumlardan kalma skar dokusu olduğunda,
- Gelen kısım perineye dayandığı halde 5 dakika içinde doğum olmamış ise uygulanır.

Zhang ve ark. (2006) yaptığı çalışmada epizyotominin üretra ve mesaneyi destekleyici yapılara ve pelvik sinire hasar verebileceğinden dolayı AAM için risk faktörü olarak görülmüştür. Bertozzi ve ark. (2011) çalışmasında ise epizyotominin perineyi hasardan koruyarak Üİ ve AAM oluşumunu engellediği bildirilmiştir.

2.4.10. Psikolojik Bozukluklar

AAM'li bireylerin distres ve anksiyete dereceleri mesane semptomlarından bağımsız olarak yüksek bulunmuştur (Kızılyel 2011). Ayrıca, depresyonla AAM arasında kuvvetli bir ilişki gösterilmiştir. Bu çalışmalar psikosomatik hastalıkların

AAM için bağımsız bir risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir (Quinn ve ark. 2003, Çankaya 2008).

AAM anksiyete, panik atak gibi bazı psikiyatrik rahatsızlıklar için genetik yatkınlık olanlarda daha sık olarak görülmektedir (Tarcan 2005, Arıkan ve Ergen 2007).

AAM, emosyonel (dikkat bozukluğu, depresyon) ve kardiyovasküler (hipertansiyon) bozukluk olanlarda daha siktir (Arıkan ve Ergen 2007).

Ayrıca, AAM'nin görülme riski kronik hastalıklar, üreme organ ameliyatı geçirme, uyku bozuklukları, sigara içme, depresyon, obezite gibi durumlarda arttığı bildirilmektedir (Milsom ve ark. 2001, Zhang ve ark. 2006, Arıkan ve Ergen 2007).

2.4.11. Diüretik Etkisi Olan Yiyecek ve İçecek Alımı

AAM'li hastalar için tüketilen yiyecek ve içeceklerin türü çok önemlidir. Tüketilen bazı içecek ve yiyeceklerin içinde bulunan kafein, detrusör basıncını ileri düzeyde arttırarak AÜSS'lerinde artışa yol açmaktadır (Kızılyel 2011). Kafein gibi alkolün de diüretik etkisi bulunmaktadır ve sık idrar yapmaya neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca yapay tatlandırıcılar (aspartam) ve bazı yiyeceklerin (domates içerikli ürünler, aşırı baharatlı gıdalar ve turunçgiller) tüketilmesinin, AÜSS gelişiminde rol oynayabilecekleri gösterilmiştir (Dallosso ve ark. 2003, Lee ve ark. 2011).

2.5. Yaşam Kalitesi

2.5.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı

DSÖ tarafından yaşam kalitesi, "Bireylerin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilgili olarak yaşamlarını algılaması" olarak tanımlanmaktadır. Daha geniş anlamda ise "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları" olarak ifade edilmektedir (WHO 1993).

Yaşam kalitesi 1980'li yıllarda kavram olarak hemşirelik literatüründe yer almaya başlamış ve yaşam kalitesi ile ilgili ölçümler hemşirelik girişimleri ile elde edilen sonuçların değerlendirilmesi açısından tercih edilmiştir. Kişinin kendi yaşamını algılaması yaşam kalitesi olarak tanımlanmakta ve bu kavram; yaşam memnuniyeti, yaşam doyumu ve mutluluk ile eş anlamda kullanılabilir (Kızılcı 1999).

Yaşam kalitesinin göstergeleri ise; yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, sağlık, gelir, yaşanılan konut ve özellikleri, sosyal destek, boş zaman faaliyetleri ve iş yaşamıdır (Boylu ve Paçacıoğlu 2016).

Yaşam kalitesi ölçekleri

Sağlık politikalarına yön verebilmek ve tıbbi araştırmalar yapabilmek için yaşam kalitesinin ölçülmesi büyük önem taşımaktadır. Böylece sağlık sistemlerinde verilen hizmetlerin kalitesi ve verimi bireyin veya toplumun sağlığında olumlu yönde değişim sağlayacaktır. Sağlık alanında kullanılan ölçekler genel amaçlı ve özel amaçlı yaşam kalitesi ölçekleri olmak üzere iki grupta sınıflandırılır.

Genel Amaçlı Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Tüm konulara ve geniş toplumsal kesimlere uygulanabilen genel yaşam kalitesi ölçeklerine örnek olarak;

- WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)

- Nottingham Health Profile (NHP)
- WHO Quality of Life Instrument-Older Adults Module (WHOQOL-OLD)
- SF 36 Health Status Questionnaire verilebilir.

Özel Amaçlı Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Belirli bir nüfusa, belirli bir tıp disiplinine, belirli bir duruma veya hastalığa özgü olarak geliştirilen özel amaçlı yaşam kalitesi ölçekleri, yaşam kalitesini büyük ölçüde etkileyebilen özel durumların değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. AAM ile ilgili yapılan çalışmalarda kullanılan hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeklerine örnek olarak;

- Incontinence Impact questionnaire (IIQ-7)
- Incontinence-Quality of Life (I-QQL)
- Urogenital Distress Inventory-6 (UDI-6)
- International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF) verilebilir.

2.5.2. AAM'nin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

AAM yaşamı tehdit eden bir durum olmamasına rağmen, kişilerin sosyal, fiziksel, iş, eğitim, cinsel yaşam gibi aktivitelerini etkileyerek yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durumdur. Aynı zamanda ülkelere tedavi maliyeti de yüksek olmaktadır. (Brown ve ark. 2000). Avrupa'da yapılan bir çalışmada, toplumun %3'ünün Üİ ile ilgili yaşadıkları sorunlar yüzünden işlerini değiştirdiği ya da kaybettikleri %21'inin ise sık sık tuvalete gitme nedeni ile toplantıları bölme endişesi taşıdığı görülmüştür. Ayrıca birçok hastanın şıkışma inkontinans sebebiyle işinin bulunduğu yeri, çalışma saatlerini, işten çıkış saatini değiştirdiği görülmüştür. Yine aynı çalışmada kişilerin inkontinansa bağlı olarak erken emeklilik düşündüğü bildirilmiştir (Irwin ve ark. 2006).

AAM'nin semptomlarında olan noktüri yüzünden gece kalkmaları artar ve bu durum kronik yorgunluğa, hastaların enerjisinin azalmasına ve kişilerin günlük aktivitelerini gerçekleştirmesinde zorluğa neden olmaktadır. Bu yüzden AAM'si olan

kişilerde uyku bozukluğu, sağlık sorunları ve yaşam kalitesinde azalma olduğu görülmüştür. Bu durum kişilerin günlük aktivitelerini kısıtladığı, iyilik durumlarını bozduğu için üretkenlikte de azalmaya yol açar ve ülkelere dolaylı yollardan maliyet getirir (Kobelt ve ark. 2003).

AAM'nin diğer bir semptomu olan sık tuvalete gitme ile hastaların idrar yolu enfeksiyonuna yakalanma ve düşme risklerinin arttığı görülmektedir ve bu hastaların düşme sonucunda diğer bireylere göre yaralanma riskinin iki kat fazla olduğu saptanmıştır. Özellikle yaşlı hastalarda tuvalete yetişmek için koşma çok olduğu için, kırık riskinde de artma olduğu bildirilmektedir. Genel olarak urge inkontinansı olan hastalarda düşme riskinin %30, kırık riskinin %3 oranında daha yüksek olduğu görülmektedir (Brown ve ark. 2000).

Yapılan bir çalışmada AAM'nin yaşam kalitesini diyabetten daha fazla etkilediği görülmüştür. Aynı zamanda AAM'li kişilerin tuvalete gitmemek için sıvı alımlarını kısıtladığı bu yüzden de böbrek sorunları yaşadığı görülmüştür. Tüm bunlar hastaların yaşam kalitesini düşürmekte ve hastalar depresyona daha yatkın hale gelmektedir (Freeman 2005). Yapılan çalışmalarda AAM'si olan bireylerde depresyon görülme oranının fazla olduğu bildirilmektedir (Zhang ve ark. 2006, Arıkan ve Ergen 2007). Avrupa'da yapılan bir araştırmada, hastalar AAM'nin kendilerini depresyonda ve stresli hissettirdiğini bildirilmiştir (Irwin ve ark. 2006).

ABD'de yapılan araştırmada AAM'nin yıllık maliyetinin, artrit, pnömoni ya da influenza ve osteoporoz gibi hastalıklardan sonra en fazla yük getiren hastalık olduğu bildirilmektedir (Hu ve ark. 2003). Avrupa'da, AAM'nin yıllık maliyetinin 2000 yılında 4.2 milyar Euro olduğu ve 2020 yılında ise 5.2 milyar Euro olacağı tahmin edilmektedir. Ancak gerçekteki maliyetin bundan daha yüksek olduğu, bunların yalnızca doğrudan giderleri yansıttığı bildirilmektedir (Reeves ve ark. 2006).

2.5.3.AAM'li Hastalarda Hemşirenin Rolü

AAM'nin etiolojisinde birçok neden olduğu için AAM'si olan bireylere bakım ve danışmanlık sağlamada hem hemşireler hem de diğer sosyal yaşam profesyonelleri hem direkt hem de indirekt olarak görev alır (Aslan 2005, Kızılkaya 2005).

İngiltere’de The Royal College of Nursing Continence Care Forum ve The Social Policy Research Unit tarafından kontinans danışmanlarının; klinik uygulama, eğitici, danışman, araştırmacı ve yönetici olmak üzere 5 temel rolünün olduğu belirtilmiştir (Aslan 2005, Kızılkaya 2005).

Danışmanlık Rolü: Danışmanlık, bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili bir karar alırken onlara yardımcı olan kişilerarası bir süreçtir. Bireylere destek ve danışmanlık sağlanırken dikkat edilecek en önemli nokta, bireylerin kendilerini ifade etmelerine fırsat vermek ve onlarla bilgi alışverişinde bulunmaktır. Danışmanlık rolünde diğer önemli bir nokta ise, hastaların kendi sağlıklarının sorumluluğunu almalarını sağlamaktır. Burada hasta kendi problemlerini öncelik sırasına göre verici olarak ortaya koyar, hemşire ise hastaya bu problemlerinin çözümü için bakım seçenekleri sunar. Burada hasta kendi için en uygun kararı verir. Hemşire AAM semptomları olan kişilere bunlarla ilgili danışmanlık yapmakla görevlidir (Kızılkaya 2005, Taşkın 2016).

Eğitici Rolü: Bireylerin hastalıklarını önleme ve sağlık halinin devamının sağlanması için beslenme ve sağlık arama davranışlarına yönelik verilecek eğitim hemşirelerin en temel görevlerindedir. Ürojinekoloji alanında da sağlıklı bireylere AAM ve inkontinansın önlemesi hasta bireylere ise hastalığın tanı ve tedavisi hakkında eğitim verilmesi gerekir (Aslan 2005, Kızılkaya 2005).

Araştırmacı Rolü: Hemşireler klinikte, laboratuvarında, disiplinler arası araştırma yürüten ekiplerin içinde yer almaktadır. Ayrıca hemşirelik alt disiplinleri çerçevesinde bağımsız olarak araştırmacı rolünü kullanarak alan araştırmaları ve kuramsal çalışmalar yürütmektedir (Aslan 2005, Kızılkaya 2005). Tüm alanlarda olduğu gibi ürojinekoloji alanında da alana özgü bilimsel bilgiyi arttırmak için araştırmalar yürütülmesi; hem AAM ve inkontinansın önlenmesine hem de hastalığın tanı ve tedavisine büyük katkı sağlayacaktır. Araştırmalar sonucunda bilimsel birikimin artması, bireylere verilen bakımın daha verimli olmasını sağlamaktadır (Taşkın 2016).

Yönetici Rolü: Yönetim kavramı, yalnızca kişileri yönlendirmek değil bunun yanı sıra olayların, süreçlerin ve ilişkilerin akışının düzenlenmesini de kapsamaktadır. Hemşirenin diğer rollerinde olduğu gibi yönetici rolünde de hasta bakımının etkin hale getirilmesi, eğitim etkinliklerinin, iletişimin ve kliniğin işleyişini sürdürülmesi

için yöneticilik rolü tüm rollerle bütünleşerek ortaya çıkmaktadır (Taşkın 2016). AAM'li ve inkontinanslı hastaların bakım, eğitim ve iletişim etkinliklerinin yönetilmesinde hemşirelerin rolü büyüktür. Hemşire hem bireysel kaynakların etkili kullanılmasında hem de saha çalışmasındaki kaynakları yönetmekte yine yöneticilik rolünü kullanmaktadır (Aslan 2005, Kızılkaya 2005).

Klinik Uygulayıcı Rolü: Hemşirelerin, bireylerin iyilik ve sağlık halini koruma, sağlığın bozulduğu durumlarda iyileştirme ve sürdürme gibi görevleri vardır. Ürojinekoloji alanında hastanın başvurduğu andan itibaren tedavi sürecinin her aşamasında hemşire klinisyen rolünü yerine getirmektedir (Aslan 2005, Kızılkaya 2005).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı ve Türü

20 yaş üstü kadınlarda AAM prevalansı ve risk faktörlerini belirlemek amacıyla planlanan bu çalışma, kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Uygulanma Yeri ve Zamanı

Çalışma Gelibolu Devlet Hastanesi'nde kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde, Eylül 2016-Şubat 2017 tarihlerinde gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma evrenini Çanakkale ili Gelibolu ilçesi nüfusuna kayıtlı 20 yaş ve üzeri tüm kadınlar oluşturmaktadır.

Araştırmaya alınma ölçütleri;

- 20 yaş üstü kadınlar,
- Üriner enfeksiyonu olmayan
- Gebe olmayanlar
- Genito üriner sistem patolojisi bulunmayan,
- Polikliniklere herhangi bir nedenle başvuran
- Katılmaya istekli kadınlar alınmıştır.

Araştırmaya almama ölçütleri;

- 20 yaş altı,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kadınlar çalışma dışı bırakılmıştır.

Araştırmamıza alınacak 20 yaş üzeri kadınlarda olayın görülme olasılığı hesaplanmak istendiğinde, örnekleme alınacak kadın sayısını hesaplamak için evrendeki birey sayısı biliniyor ise;

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q}$$

formülü kullanılmıştır.

Formülde;

n= Örneklem alınacak kişi sayısı

N= Evrendeki kişi sayısı=15.353

p= İncelenen olayın görülme sıklığı (gerçekleşme olasılığı)=0,5

q= İncelenen olayın görülmemesi sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)=0.5

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer=1.96

d= Olayın görülme sıklığına kabul edilen \pm örneklem hatasıdır=0.05

$$n = \frac{15.353 \cdot (1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)}{(0.05)^2 (15.353 - 1) + (1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)} = 375$$

TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) 2013 verilerine göre Gelibolu ilçesinde 20 yaş ve üstü kadın nüfusu 15.353 olarak tespit edilmiş olup, ulusal ve uluslararası çalışmalara göre çalışmamız için öngörülen AAM prevalansı minimum %15 olduğu düşünülerek; %95 güven düzeyi, %5 hata payı ile ulaşılması gereken minimum sayı 375 olarak hesaplanmıştır. Araştırmada örneklem seçimi yöntemi olarak olasılıksız amacına uygun örneklem yöntemi kullanılmıştır.

Yaş gruplarına Göre Çanakkale İli Gelibolu İlçesi 20 Yaş Üstü Kadın Nüfusu

Yaş Aralığı	Kadın Sayısı
20-29	2462
30-39	2951
40-49	2876
50-59	2465
60-69	2356
70-79	1505
80 ve üzeri	738

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni, AAM; bağımsız değişkenleri ise; yaş, BKI, doğum sayısı, doğum şekli, çalışma durumu, gelir durumu, konstipasyon, sigara kullanımı, iri bebek, hipertansiyon (HT) epizyotomi, depresyon öyküsü ve menopozdur.

3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması

Çalışmada veri toplamak amacıyla kadınların sosyo-demografik özelliklerini, obstetrik-jinekolojik öyküsünü ve kişisel alışkanlıkları içeren araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen 31 soruluk **anket formu**, AAM'yi değerlendirmek için kullanılan 8 soruluk **AOB-V8 formu (Overactive Bladder-Validated-8)**, kadınlarda idrar kaçırmayı da içeren alt üriner yol semptomlarını değerlendirmek için geliştirilen 6 soruluk **UDI-6 formu (Urinary Distress Inventory-6)** idrar kaçırmının kadınların aktivitelerine ve duygusal durumlarına etkilerini değerlendirmek amacıyla geliştirilen 7 soruluk **IIQ-7 formu (Incontinence Impact Questionnaire-7)** kullanılmıştır.

3.6. Veri Toplama Formları

3.6.1. Anket Formu

Literatür taranarak araştırmacı tarafından geliştirilen bir formdur. Bu ankette, kadınların sosyo-demografik özellikleri (yaş, BKI, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu), kişisel alışkanlıkları (kronik hastalık durumu, sigara, alkol kullanma durumu, kabızlık, kullandığı ilaçlar, günlük aldığı sıvı miktarı, kahve içme alışkanlığı), obstetrik ve jinekolojik özelliklerini (vajinal doğum sayısı, doğum şekli, en ağır doğan bebeğin kilosu, normal doğumlarda epizyotomi, menopoz vb.) saptamaya yönelik 31 soru bulunmaktadır (Ek.1).

Anket formu 40 kişi üzerinde denenmiş ve gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra örneklem grubumuzda kullanılmıştır.

3.6.2. OAB-V8 Formu (Overactive Bladder Validated-8)

AAM'nin 4 semptomuna (noktüri, frekans, sıkışma ve sıkışma tipi idrar kaçışma) yönelik hastanın rahatsızlık derecesini 6'lı Likert skalası ile (0 hiç- 5 en fazla) değerlendiren 8 sorudan oluşan, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan OAB-V8 formu tüm kadınlar için doldurulmuştur. Her bir sorunun puanı toplanarak elde edilen sonuç değerlendirilecektir. Maksimum 40 puan ile sonuçlanabilen değer üzerinden 8'den düşük puan AAM'i ekarte ettirmektedir. Kesme noktası 8 olarak alındığında OAB-V8 AAM tanısında %98 duyarlılık ve %82,7 özgüllüğe ve %99,7 negatif öngörü değerine sahiptir (Tarcan ve ark. 2012). OAB-V8 skoru 8 ve üzeri olanlar olası AAM olarak değerlendirilir.

- OAB-V8 skoru 8'den düşük olanlar ve AAM semptomu olmayanlar “**AAM açısından negatif**”
- -OAB-V8 skoru 8'in üzerinde ve/veya AAM semptomu tarifleyenler “**olası AAM**”
- OAB-V8 skoru 8'in üzerinde ve AAM semptomları tarifleyen ve Hasta Değerlendirme Formu'na göre AAM semptomlarının etiyojisinde yer alan tüm diğer nedenlerin dışlandığı kişiler “**kesin AAM tanılı**” olarak nitelendirilir.

3.6.3. UDI-6 Formu (Urinary Distress Inventory-6):

UDI-6 formu kadınlarda idrar kaçırmayı da içeren alt üriner yol semptomlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir. 6 soruluk formun 1. ve 2. sorusu semptomlarını (sıkışma, sıkışma tipi idrar kaçırmayı), 3. ve 4. sorusu stres semptomlarını (stres tipi idrar kaçırmayı), 5. ve 6. sorusu ise boşaltım semptomlarını sorgular. UDI-6 sorgulama formunda hastaların şikayet şiddeti, hiçbir zaman (0); hafif (1); orta (2); şiddetli (3) şeklinde derecelendirilir. Toplam skor 0 ile 18 arasında değişir. Formun toplam skoru 0-100 puan üzerinden hesaplanmaktadır. Alınan puan ortalaması 33,3 ile çarpılarak yüzdeye dönüştürülür. UDI-6' den alınan puanın düşük olması yaşam kalitesinin arttığına göstergesidir. UDI-6 sorgulama formu Çam ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (Çam ve ark. 2006).

3.6.4. IIQ-7 Formu (Incontinence Impact Questionnaire-7):

IIQ-7 formu Shumaker tarafından, idrar kaçırmının kadınların aktivitelerine ve duygusal durumlarına etkilerini değerlendirmek amacıyla geliştirilen bir yaşam kalitesi ölçeğidir (Çam ve ark. 2006). Bu ölçek 7 sorudan oluşmakta ve idrar kaçırmının 4 alandaki etkilerini incelemektedir. Bu alanlar, fiziksel aktivite (1. ve 2. soru), sosyal aktivite ve yolculuk (3. ve 4. soru), sosyal ilişkiler (5. soru), duygusal sağlıktır (6. ve 7. soru) (Çam ve ark. 2006). IIQ-7 çok boyutlu, kişinin kendi kendine cevaplayabileceği soru formudur. IIQ-7 sorgulama formunda hastaların şikayet şiddeti, hiçbir zaman (0); yarısından azında (1); yaklaşık yarısında (2); yarısından daha fazlasında (3); her zaman (4) şeklinde derecelendirilir. Toplam skor 0 ile 28 arasında değişir. Form Çam ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (Çam ve ark. 2006). Alınan puanlar yüzdeye çevrilerek skorlar belirlenir. Ölçekten alınan puanların artması yaşam kalitesi düzeyinin bozulduğunu gösterir.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Katılımcılarla Gelibolu Devlet Hastanesi polikliniklerinde temas kurulmuştur. Veriler araştırmacı tarafından 20 yaş üzeri kadınlardan yüz yüze görüşülerek elde edildi. Bu esnada onlara bu çalışmanın amacı, neden yapıldığı ve bu çalışmaya neden kendilerinin seçildiği anlatılarak çalışmaya katılma istekleri sorulmuş, olumlu

düşünen kadınlardan onam alınarak ve çalışmaya dahil edilmiştir. Haftanın iki veya üç günü hastaneye gidilerek her katılımcıya 10-15 dakika zaman harcanmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS 21.0 istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma verilerini değerlendirirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum maksimum), nitel verilerin karşılaştırılmasında ki-kare, Fisher's exact test, sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında ise bağımsız gruplarda t-testi, parametrik test varsayımları karşılanmadığı durumda nonparametrik eşdeğeri Mann Whitney U testi kullanılmıştır. AAM'yi etkileyen faktörlerin belirlenmesinde ki-kare ve lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Lojistik regresyon analizi için bağımlı değişken olarak AAM olma durumu alınmıştır. Bağımsız değişken olarak yaş, BKİ, doğum sayısı, doğum şekli, çalışma durumu, gelir durumu, konstipasyon, sigara kullanımı, hipertansiyon (HT), depresyon öyküsü ve menopoz, jinekolojik operasyon geçirme durumu alınmıştır. Lojistik regresyon için Backward conditional tipi analiz yöntemi seçilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın öncesinde katılımcılara çalışmanın amacı verilerin sadece bu çalışmada kullanılacağı anlatılmıştır. Çalışmaya gönüllü olarak katılan kadınlardan yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik kurulundan (Karar No: 2016-14) ve çalışmanın Gelibolu Devlet Hastanesi'nde uygulanabilmesi için Çanakkale İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden izin alınmıştır (Sayı:33598204/774.01.99).

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada kullanılan anket sorularının literatür doğrultusunda hazırlanması, katılımcıların verdikleri yanıtlar ve çalışmanın Çanakkale ili Gelibolu ilçesinde yaşayan 20 yaş ve üzeri kadınlarla yapılması araştırmanın sınırlılığıdır. Çalışmada olasılıksız örneklem yöntemi kullanıldığı için sonuçlar genellenemez.



4. BULGULAR

20 yaş üstü kadınlarda AAM prevalansı, risk faktörleri ve AAM'nin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini saptamak amacıyla planlanan çalışmamız, Çanakkale ili Gelibolu ilçesi, Gelibolu Devlet Hastanesi'ne muayene için gelen, çalışmaya katılmaya kabul eden 375 kadınla yapılmıştır.

Araştırmadan elde edilen veriler 5 bölümde ele alınmıştır:

1. Kadınların sosyo-demografik, jinekolojik ve obstetrik özelliklerine ve kişisel alışkanlıklarına ilişkin bulgular
2. Kadınların AAM semptomlarına ilişkin bulgular
3. Kadınlarda AAM ile ilişkili faktörlere ilişkin bulgular
4. AAM'ye etki eden risk faktörlerinin lojistik regresyonla incelenmesi
5. AAM'si olan kadınların yaşam kalitelerinin incelenmesi

4.1. 20 Yaş Üstü Kadınların Demografik, Obstetrik ve Jinekolojik Özellikleri ve Kişisel Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların; demografik özellikleri, obstetrik ve jinekolojik özellikleri, kişisel alışkanlıkları tablolar halinde verilmiştir.

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı (n=375)

Değişkenler	Kategori	n	%
Yaş	20-29 yaş	72	19,2
	30-39 yaş	69	18,4
	40-49 yaş	72	19,2
	50-59 yaş	68	18,1
	60 yaş ve üzeri	94	25,1
Eğitim Durumu	Okuma-yazma yok	46	12,3
	İlkokul	95	25,3
	Ortaokul	30	8
	Lise	129	34,4
	Üniversite	75	20
Çalışma Durumu	Çalışıyor	179	47,7
	Çalışmıyor	196	52,3
Medeni Durum	Evli	306	81,6
	Bekar	37	9,9
	Boşanmış	32	8,5
Gelir Düzeyi	Gelir-Giderden Fazla	147	39,2
	Gelir-Gidere Eşit	171	45,6
	Gelir-Giderden Az	57	15,2
BKI	Zayıf (≤ 18.4)	7	1,9
	Normal(18.5-24.9)	208	55,5
	Obez (25.0-29.9)	138	36,8
	Aşırı obez (≥ 30.0)	22	5,9
Toplam		375	100.0

Tablo 1’de araştırmaya katılan kadınlara ait sosyo-demografik veriler sunulmuştur.

Çalışmamızdaki kadınlar yaş gruplarına göre incelendiğinde; %19,2'sinin 20-29 yaş, %18,4'ünün 30-39 yaş, % 19,2'sinin 40-49 yaş, %18,1'inin 50-59 yaş arasında ve 25,1'inin 60 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Kadınların yaş ortalamaları ise, $46,98 \pm 15,28$ (min. 21- max. 78) olarak bulunmuştur.

Kadınların eğitim durumlarına bakıldığında; %12,3'ünün okuma yazma bilmediği, %25,3'ünün ilkokul, %82'inin ortaokul, %34,4'ünün lise, %20'sinin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.

Kadınların çalışma durumu incelendiğinde; %47,7'sinin çalıştığı, %52,3'ünün çalışmadığı görülmüştür.

Kadınların %81,6'sının evli, %9,9'unun bekar olduğu ve %8,5'inin boşanmış veya dul olduğu saptanmıştır.

Kadınların gelir durumu incelendiğinde; %39,2'sinin gelirin giderinden fazla olduğu, %45,6'sının gelirin giderine eşit olduğu ve %15,2'sinin gelirin giderinden az olduğu görülmüştür.

Kadınların beden kitle indeksi incelendiğinde ise; %1,9'unun zayıf (≤ 18.4), %55,5'inin normal kiloda (18.5- 24.9), %36,8'inin obez (25.0- 29.9) ve %5,9'unun aşırı obez (≥ 30.0) olduğu görülmüştür. Kadınların BKİ ortalamaları ise, $24,92 \pm 3,07$ (min. 18- max. 37) olarak bulunmuştur.

Tablo 2. Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (n=375)

Değişkenler	N	Ort+SD	(Min-Max)
Bebek Kilosu	346	3,390±0,330	2,500-4,2000
	Kategori	Sayı	%
Bebek Kilosu(Gr)	2500-2999	13	4,5
	3000-3999	264	92,3
	4000- +	9	3,1
Canlı Doğum Yapma	Evet	346	92,3
	Hayır	29	7,7
Doğum Şekli	Normal	227	66
	Sezaryen	119	34
Epizyotomi (n=227)	Hayır	186	81,9
	Evet	41	22,1
Jinekolojik Ameliyat Geçirme	Evet	49	13,1
	Hayır	326	86,9
Doğum Sayısı	1	36	9,6
	2	158	42,1
	3	85	22,7
	4 ve üzeri	67	17,9
Menapoz Durumu	Giren	166	44,3
	Girmeyen	209	55,7
Toplam		375	100.0

Tablo 2’de kadınların obstetrik ve jinekolojik özelliklerine ilişkin veriler sunulmuştur.

Çalışmaya katılan kadınların doğum yapma durumları incelendiğinde; %92,3’ü doğum yapmış ve %7,7’si hiç doğum yapmamıştı.

Kadınların doğum şekli incelendiğinde ise; %66’sının normal doğum, %34’ünün sezaryen doğum yaptığı görülmüştür.

Doğum yapan kadınların (n=227) doğumda epizyotomi uygulanma durumuna bakıldığında; %22,1’ine epizyotomi uygulandığı, %81,9’una ise epizyotomi

uygulanmadığı görülmüştür.

Kadınların doğum sayısı incelendiğinde; %7,7'sinin hiç doğum yapmadığı, %9,6'sının bir doğum, %42,1'inin iki doğum, %22,7'sinin üç doğum, %17,9'unun dört ve üzeri doğum yaptığı görülmüştür.

Kadınların jinekolojik ameliyat geçirme durumları incelendiğinde; %13,1'inin jinekolojik ameliyat geçirdiği, %86,9'unun jinekolojik ameliyat geçirmediği görülmüştür.

Kadınların menopoza girme durumları incelendiğinde ise; %44,3'ünün menapoza girdiği, %55,7'sinin ise menapoza girmediği görülmüştür. Kadınların menapoz yaş ortalaması ise; $49,34 \pm 3,011$ (min. 42- max. 56) olarak bulunmuştur.

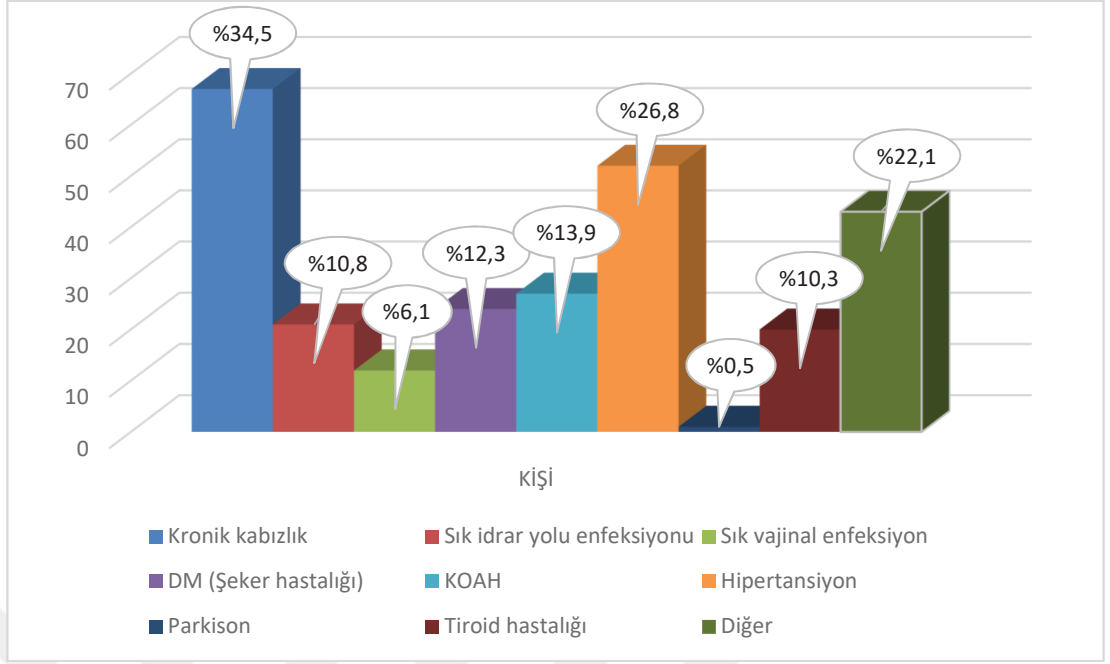
Doğum yapan kadınların bebeklerinin kilosu incelendiğinde; %4,5'inin 2500-2999 gr arasında, %92,3'ünün 3000-3999 arasında ve %3,1'inin 4000 gr üstünde olduğu saptanmıştır. Bebek kilosu ortalaması ise; $3,390 \pm 0,330$ (min.2500-max.4200) olduğu görülmüştür.

Tablo 3. Kadınların Kişisel Alışkanlık ve Sağlık Durumlarına İlişkin Bulguların Dağılımı (n=375)

Değişkenler	Kategori	n	%
Kronik Hastalık Durumu	Var	161	42,9
	Yok	214	57,1
Kabızlık Şikayeti	Var	72	19,2
	Yok	303	80,8
Sürekli İlaç Kullanımı	Var	130	34,7
	Yok	245	65,3
Uyku Problemi	Var	89	23,7
	Yok	286	76,3
Günlük Uyku Saati	6 saatten az	69	18,4
	6-8 saat	295	78,7
	8 saatten fazla	11	2,9
Depresyon Öyküsü	Var	54	14,4
	Yok	321	85,6
Sigara Kullanımı	Var	127	33,9
	Yok	248	66,1
Alkol Kullanımı	Var	12	3,2
	Yok	363	96,8
Kafeinli İçecek Tüketimi	Var	196	52,3
	Yok	179	47,7
Toplam		375	100.0

Tablo 3'te kadınların kişisel alışkanlıklarına ve sağlık durumlarına ilişkin veriler sunulmuştur.

Çalışmaya katılan kadınların kronik hastalığının olup olmadığına bakıldığında; %42,9'unun kronik hastalığının olduğu, %57,1'inin herhangi bir kronik hastalığının olmadığı saptanmıştır.



Şekil 2. Kadınların Kronik Hastalıklarının Dağılımları ve Sık Geçirilen Bazı Enfeksiyonlar

Kadınların kronik hastalıklarının ve sık geçirilen bazı enfeksiyonların dağılımları Şekil 2’de verilmiştir.

Kadınların %34,5’inde (n=67) kronik kabızlık, %10,8’inde (n=21) sık idrar yolu enfeksiyonu, %6,1’inde (n=12) sık vajinal enfeksiyon, %12,3’ünde (n=24) DM (Diyabetes Mellitus), %13,9’unda (n=27) KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı), %26,8’inde (n=52) hipertansiyon, %0,5 (n=1) parkinson, %10,3’ünde (n=20) tiroid hastalığı olduğu ve % 22,1’inde de (n=43) diğer kronik rahatsızlıkların olduğu görülmüştür.

Kadınların sağlık durumlarına ilişkin bulgulara bakıldığında; %34,7’sinin sürekli ilaç kullandığı, %65,3’ünün sürekli ilaç kullanmadığı ve %14,4’ünün depresyon öyküsünün olduğu ve %85,6’sının herhangi bir depresyon öyküsünün olmadığı görülmüştür

Kadınların uyku düzenine bakıldığında; %23,7’sinin uyku problemi yaşadığı, %76,3’ünün herhangi bir uyku sorunu yaşamadığı görülmüştür. Kadınların %18,4’ünün 6 saatten az, %78,7’sinin günlük 6-8 saat, %2,9’unun 8 saatten fazla uyuduğu saptanmıştır.

Kadınların kişisel alışkanlıkları incelendiğinde; %66,1'inin sigara kullanmadığı, %33,9'unun sigara kullandığı, %3,2'sinin alkol kullandığı, % 96,'8'inin alkol kullanmadığı, %52,3'ünün kafeinli içecek tükettiği ve %47,7'sinin kafeinli içecek tüketmediği saptanmıştır.

4.2. 20 Yaş Üstü Kadınların AAM Semptomlarına İlişkin Bulgular

AAM Prevalansı

Tablo 4. Kadınların AAM Prevalansı

Değişken	Kategori	Sayı	%
AAM durumu	Olan	73	19,5
	Olmayan	302	80,5
Polidipsi	Olan	44	11,7
	Olmayan	331	88,3
Kesin AAM	Olan	61	16,3
	Olmayan	314	83,7
Toplam		375	100.0

Kadınların AAM prevalansı Tablo 4'te sunulmuştur.

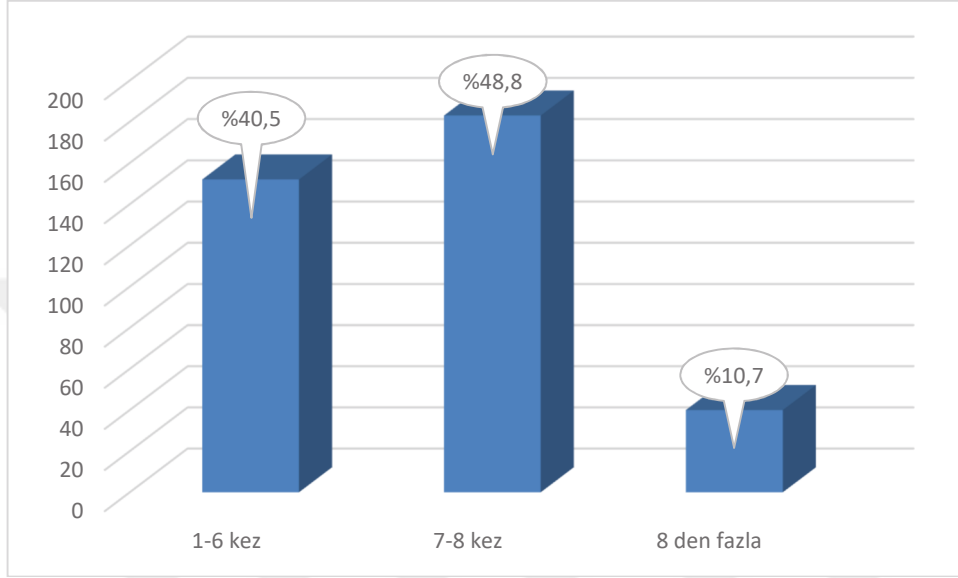
Kadınlardaki AAM prevalansı incelendiğinde; OAB-V8 formunda puanı 8 ve üzerinde olan kadınlar olası AAM olarak değerlendirilmiştir. Kadınların %19,5'i olası AAM'dir. AAM semptomlarının etiolojisinde yer alan tüm diğer nedenlerin dışlandığı kişiler (polidipsi, genitoüriner sistem patolojisi olanlar, gebeler) kesin AAM olarak değerlendirilir.

AAM olan (OAB-V8 formu puanı 8 ve üzerinde olan bireyler) 73 bireyden 12 tanesinin günlük 3000 mililitre ve üzeri sıvı tüketmekte olduğu tespit edilmiştir. Olası AAM olan %19,5'lik kısımdan, polidipsisi olanlar dışlandığı zaman geriye kalan bireyler kesin AAM olarak değerlendirilmiştir. Bu durumda araştırmaya katılanların %16,3'ü kesin AAM'dir (Tablo 4).

Alt Üriner Sistem Semptomları

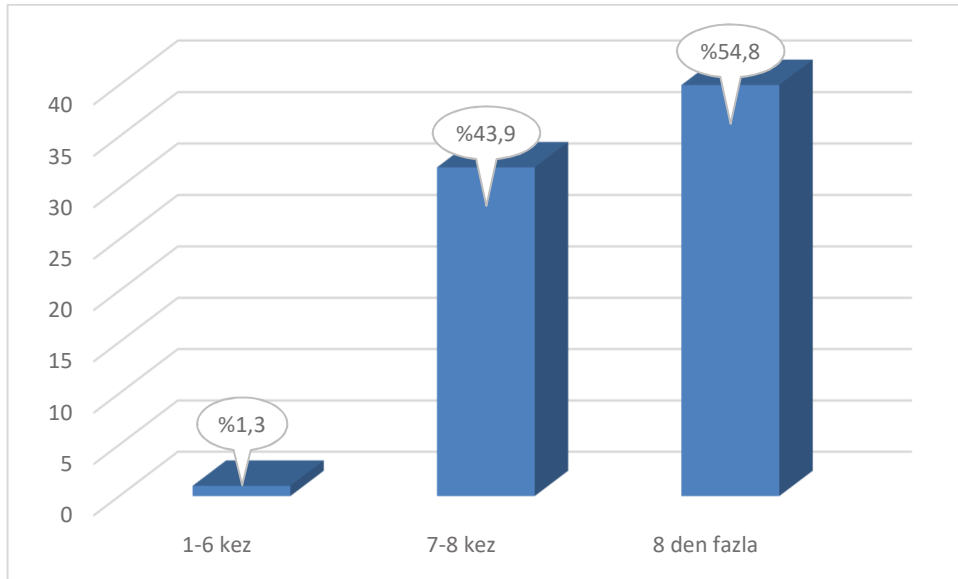
Frekans

Çalışmaya dahil edilen kadınların %40,5'i (n=152) günde 1-6 kez, %48,8'i (n=183) 7-8 kez, %10,7'si (n=40) 8'den fazla sayıda idrara çıkmaktadır.



Şekil 3. Çalışmaya Katılan Kadınların Günlük İdrara Çıkma Sıklığı (Frekans)

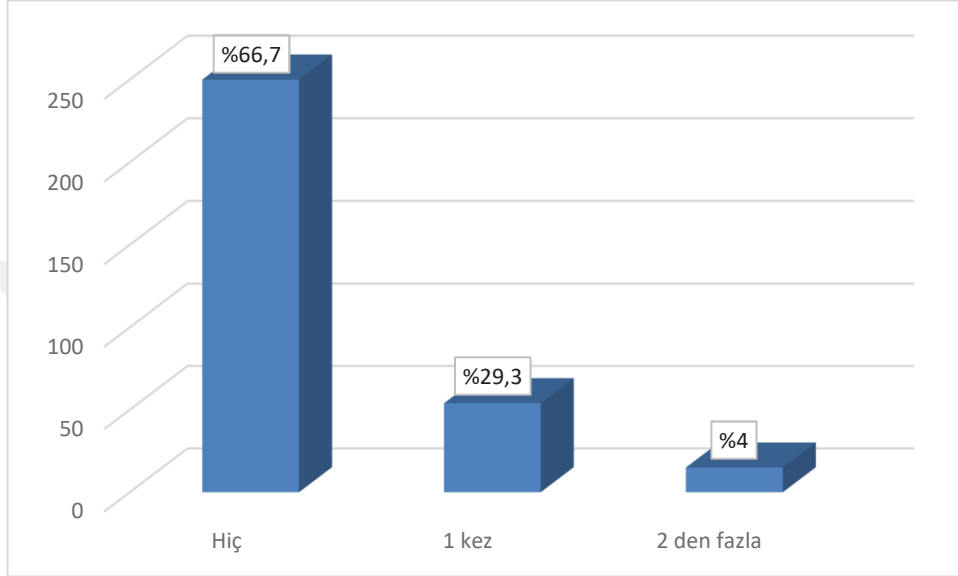
AAM'si olan kadınların %1,3'ü (n=1) günde 1-6 kez, %43,9'u (n=32) 7-8 kez, %54,8'i (n=40) 8'den fazla sayıda idrara çıkmaktadır.



Şekil 4. AAM'si Olan Kadınların Günlük İdrara Çıkma Sıklığı (Frekans)

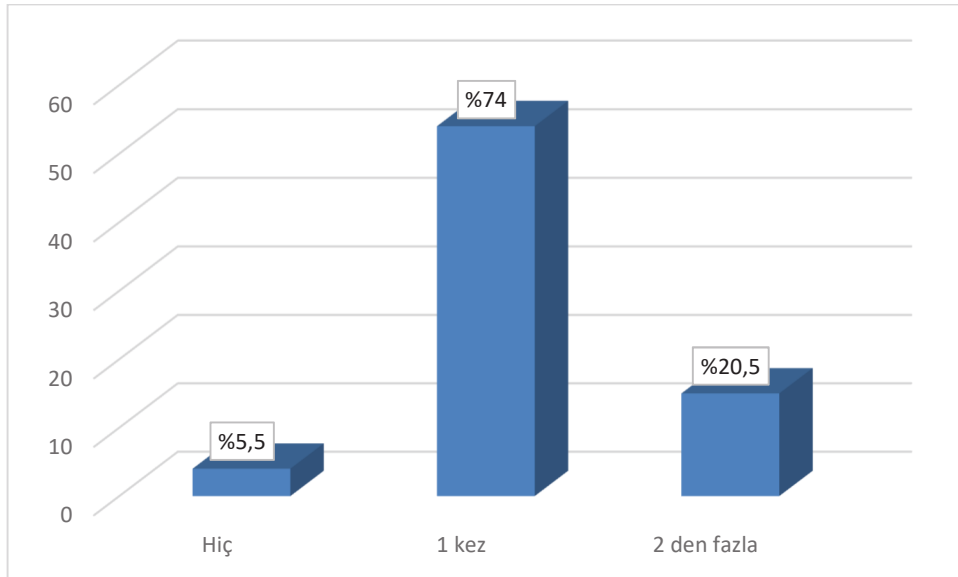
Noktüri

Çalışmaya dahil edilen kadınların %66,7'si (n=250) gece hiç idrara çıkmazken, %29,3'ü (n=110) 1 kez, %4'ü (n=15) 2 veya daha fazla sayıda gece idrara çıkmaktadır.



Şekil 5. Çalışmaya Katılan Kadınların Gece İdrara Çıkma Sıklığı (Noktüri)

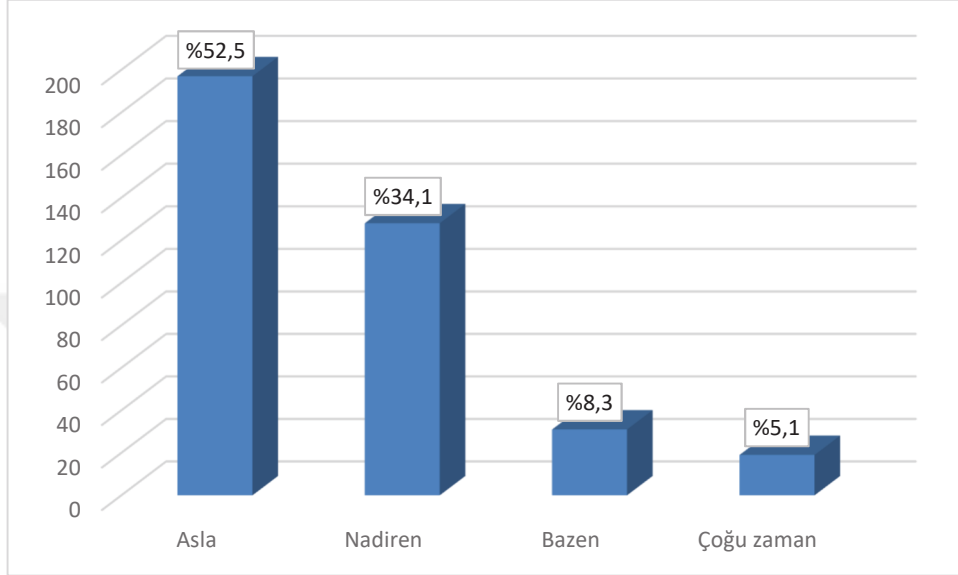
AAM'si olan kadınların %5,5'i (n=4) gece hiç idrara çıkmazken, %74'ü (n=54) 1 kez, %20,5'i (n=15) 2 veya daha fazla sayıda gece idrara çıkmaktadır.



Şekil 6. AAM'si Olan Kadınların Gece İdrara Çıkma Sıklığı (Noktüri)

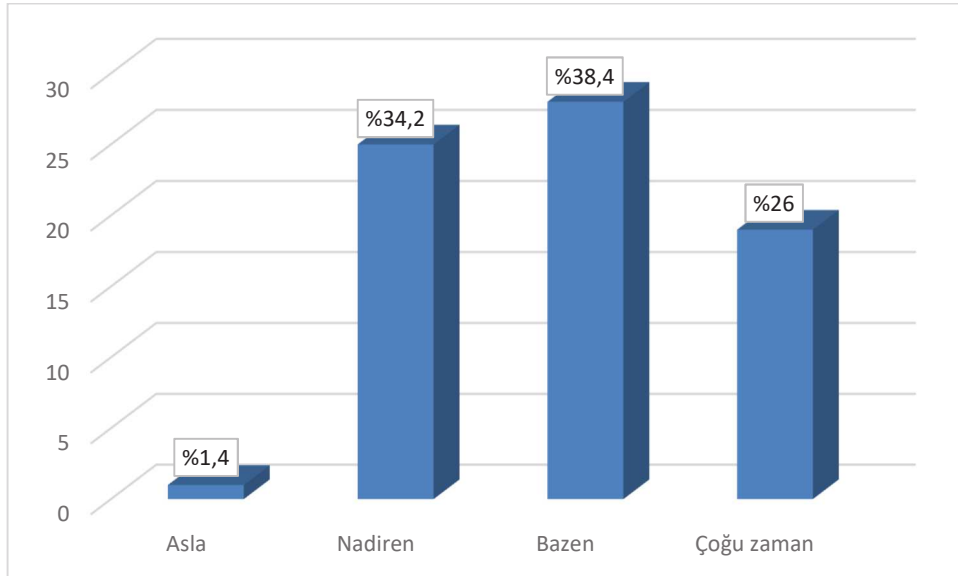
Urgency

Çalışmaya dahil edilen kadınların %52,5'i (n=197) asla ani idrar yapma isteği hissetmezken, %34,1'i (n=128) nadiren, %8,3'ü (n=31) bazen ve %5,1'i (n=19) çoğu zaman ani idrar yapma isteği hissetmektedir.



Şekil 7. Çalışmaya Katılan Kadınların Ani İdrar Yapma İsteği (Urgency)

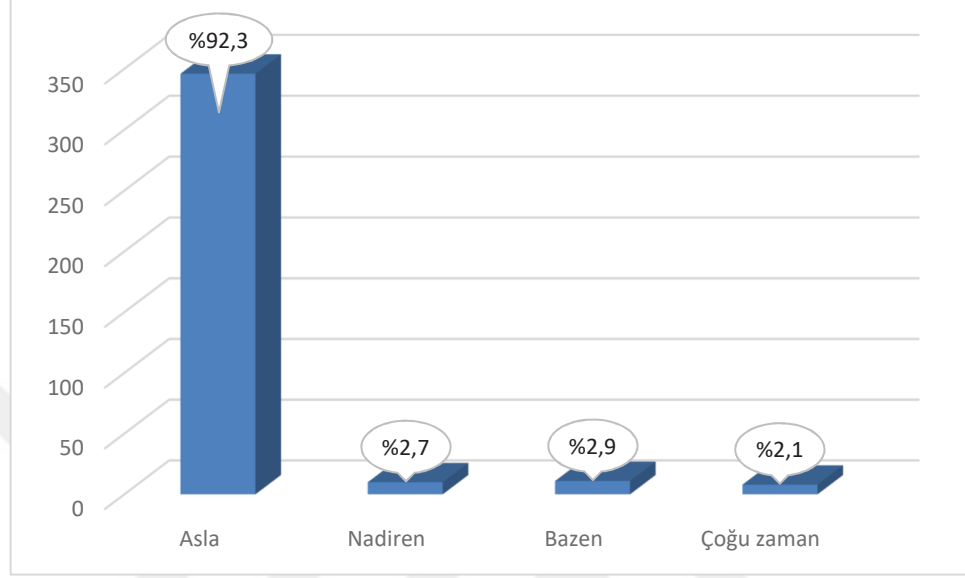
AAM'si olan kadınların %1,4'ü (n=1) asla ani idrar yapma isteği hissetmezken, %34,2'si (n=25) nadiren, %38,4'ü (n=28) bazen ve %26'sı (n=19) çoğu zaman ani idrar yapma isteği hissetmektedir.



Şekil 8. AAM'si Olan Kadınların Ani İdrar Yapma İsteği (Urgency)

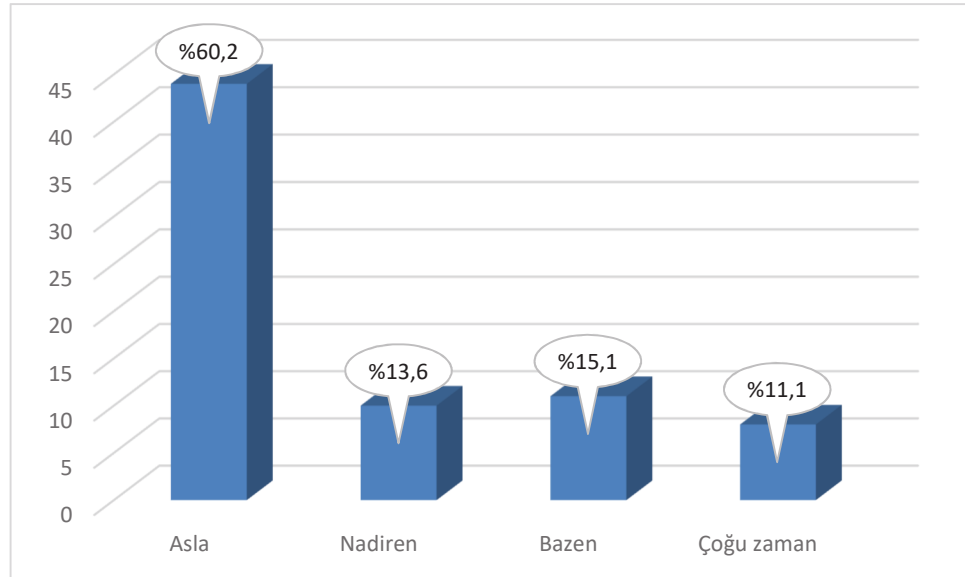
Üriner İnkontinans

Çalışmaya dahil edilen kadınların %92,3'ü (n=346) asla, %2,7'si (n=10) nadiren, %2,9'u (n=11) bazen, ve %2,1'i (n=8) çoğu zaman idrar kaçırdığını belirtmektedir.

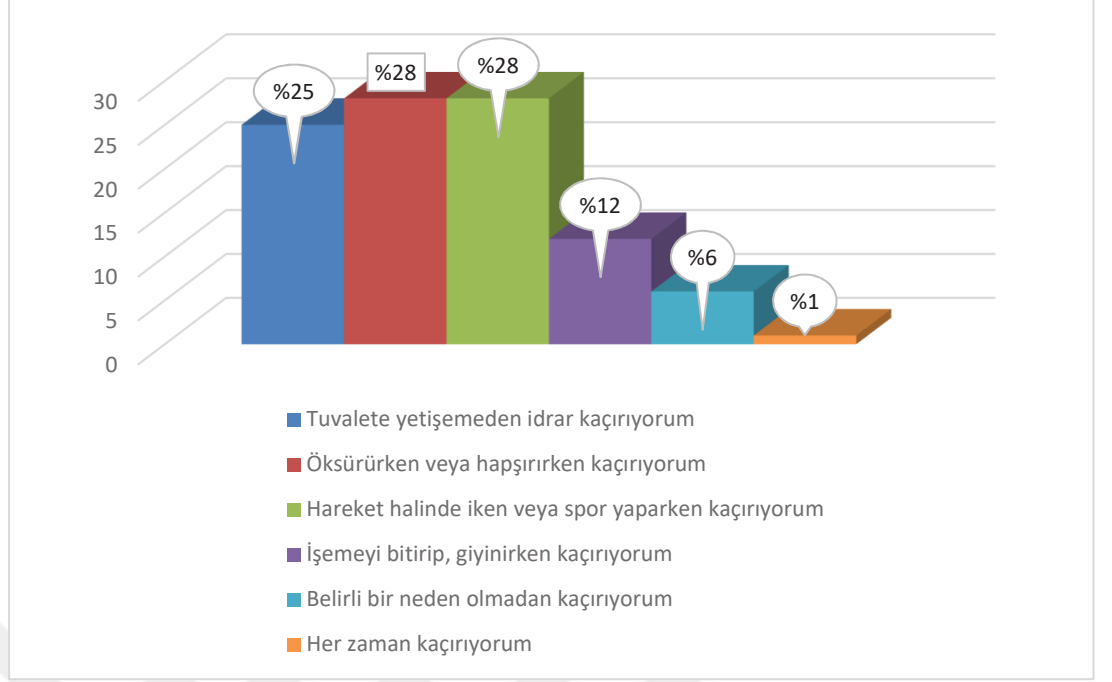


Şekil 9. Çalışmaya Katılan Kadınların Üİ Sıklığı

AAM'si olan kadınların %60,2'si (n=44) asla, %13,6'sı (n=10) nadiren, %15,1'i (n=11) bazen ve %11,1'i (n=8) çoğu zaman idrar kaçırdığını belirtmektedir.



Şekil 10. AAM'si Olan Kadınların Üİ Sıklığı



Şekil 11. İdrar Kaçırma Yaşayan Kadınların İdrar Kaçırmayı Hangi Durumlarda Yaşadıkları

Üİ yaşayan kadınların idrar kaçırma, hangi durumlarda yaşadıkları Şekil 11’de sunulmuştur.

Kadınların %25’i tuvalete yetişmeden idrar kaçırdığını, %28’i öksürürken veya hapşırırken %28’i hareket halinde iken veya spor yaparken, %12’si işemeyi bitirip giyinirken, %6’sı bir neden olmadan ve %1’i her zaman idrar kaçırdığını belirtmiştir.

Tablo 5. UDI-6 Ölçeğinin Alt Boyutlarının Ortalaması

	N	Min	Max	\bar{X}	$\pm Ss$
UDI-6 İritatif/urge semptomları	29	0	99,90	41,40	17,22
UDI-6 Stres semptomları	29	0	66,60	37,40	13,67
UDI-6 Obstruktif /rahatsız edici semptomları	29	0	99,90	48,40	19,71
UDI-6 Toplam Puanı	29	0	88,50	42,50	19,38

Tablo 5’te UDI-6 ölçeği ve alt boyutlarına ait toplam puan ortalamaları verilmiştir.

Kadınların UDI-6 irritatif/urge semptomları alt ölçeği puanı ortalaması $41,40 \pm 17,22$, UDI-6 stres semptomları alt ölçeği puanı ortalaması $37,40 \pm 13,67$ obstruktif/rahatsız edici semptomları alt ölçeği puanı ortalaması $48,40 \pm 19,71$ ve UDI-6 ölçeği toplam puanı ortalaması $42,50 \pm 19,38$ olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 6. UDI-6 Ölçeğinin Alt Boyutlarına Göre Semptom Dağılımı

	N	%
UDI-6 İritatif/urge semptomları	29	32,4
UDI-6 Stres semptomları	29	23,8
UDI-6 Obstruktif /rahatsız edici semptomları	29	44,8

UDI-6 ölçeği alt boyutları incelendiğinde araştırmaya katılan kadınların irritatif/urge semptomlarını %32,4 stres semptomlarını %23,8 ve obstruktif semptomları %44,8 oranında yaşadıkları görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 7. OAB-V8 Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları

	N	Min	Max	\bar{X}	$\pm Ss$
OAB-V8 Ölçeği	375	0	29	4,73	5,61

OAB-V8 Ölçeğine ait toplam puan ortalamaları Tablo 7’de verilmiştir.

Kadınların OAB-V8 ölçeği toplam puanı ortalamasının $4,73 \pm 5,61$ olduğu saptanmıştır.

Tablo 8. OAB-V8 Ölçeği İle UDI-6 Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi

		OAB-V8	UDI-6 Toplam Puanı	UDI-6 İritatif	UDI-6 Stres	UDI-6 Obstruktif
OAB-V8	r	1				
	p	.				
UDI-6 Toplam Puanı	r	0,871**	1			
	p	0,000	.			
UDI-6 İritatif	r	0,838**	0,915**	1		
	p	0,000	0,000	.		
UDI-6 Stres	r	0,447**	0,475**	0,473**	1	
	p	0,000	0,000	0,000	.	
UDI-6 Obstruktif	r	0,652**	0,813**	0,538**	0,508**	1
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	.

** p<0,01

OAB-V8 ölçeği toplam puanları ve UDI-6 ölçeği toplam puanları arasındaki ilişki Sperman Sıra Farklar korelasyon analizi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8’de korelasyon kat sayısının mutlak değeri olarak;

- 0,90- 1,00 arasında olması çok yüksek,
 - 0,70-0,89 arasında olması yüksek,
 - 0,50-0,69 arasında olması orta,
 - 0,26-0,49 arasında olması zayıf,
 - 0,00-0,25 arasında olması ise çok zayıf düzeyde bir ilişki olduğu şeklinde tanımlanmıştır.
- OAB-V8 Ölçeği ile UDI-6 ölçeği toplam puanları arasında, yüksek derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (r=0,871 ve p=0,000).
- OAB-V8 Ölçeği ile UDI-6 iritatif alt ölçeği toplam puanları arasında, yüksek derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (r=0,838 ve p=0,000).

- OAB-V8 Ölçeği ile UDI-6 stres alt ölçeği toplam puanları arasında, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,447$ ve $p=0,000$).
- OAB-V8 Ölçeği ile UDI-6 obstruktif alt ölçeği Toplam puanları arasında, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,652$ ve $p=0,000$).
- UDI-6 ölçeği toplam puanları ile UDI-6 iritatif alt Ölçeği toplam puanları arasında, çok yüksek derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,915$ ve $p=0,000$).
- UDI-6 Ölçeği toplam puanları ile UDI-6 stres alt Ölçeği Toplam puanları arasında, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,475$ ve $p=0,000$).
- UDI-6 Ölçeği Toplam puanları ile UDI-6 Obstruktif alt Ölçeği Toplam puanları arasında, yüksek derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,813$ ve $p=0,000$).

4.3. Kadınlarda AAM İle İlişkili Faktörlere İlişkin Bulgular

Tablo 9. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre AAM Durumunun Karşılaştırılması

Kategori	Yöntem	Kesin AAM				X ²	p
		Yok		Var			
		n	%	n	%		
Yaş	20-29 yaş	69	95,8	3	4,2	32,169	0,000
	30-39 yaş	61	88,4	8	11,6		
	40-49 yaş	64	88,9	8	11,1		
	50-59 yaş	58	85,3	10	14,7		
	60 yaş ve üzeri	62	66,0	32	34,0		
BKİ	Zayıf (≤ 18.4)	7	100	0	0,0	32,223	0,000
	Normal (18.5-24.9)	191	91,8	17	8,2		
	Obez (25.0-29.9)	104	75,4	34	24,6		
	Aşırı obez (≥ 30.0)	12	54,5	10	45,5		
Eğitim Durumu	Okumamış	34	73,9	12	26,1	4,676	0,322
	İlkokul	78	82,1	17	17,9		
	Ortaokul	26	86,7	4	13,3		
	Lise	112	86,8	17	13,2		
	Üniversite	64	85,3	11	14,7		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	160	89,4	19	10,6	8,033	0,005
	Çalışmıyor	154	78,6	42	21,4		
Medeni Durum	Evli	262	85,6	44	14,4	6,016	0,233
	Bekar	35	94,6	2	5,4		
	Boşanmış	17	53,1	15	4,9		
Gelir Durumu	Gelir-Giderlerinden Fazla	133	90,5	14	9,5	22,765	0,000
	Gelir-Giderlerine Eşit	145	84,8	26	15,2		
	Gelir-Giderlerinden Az	36	63,2	21	36,8		
Toplam		314	83,7	61	16,3		

Tablo 9’da kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre AAM durumuna ilişkin veriler sunulmuştur.

Kadınların yaşı ile AAM görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). İleri yaştaki bireylerin AAM olma durumu genç yaştakilere oranla anlamlı yüksek bulunmuştur.

Kadınların BKİ'si ile AAM arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). BKİ'si yüksek olan kadınlarda AAM görülme sıklığı BKİ'si düşük olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Kadınların çalışma durumu ile AAM arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmayan kadınlarda AAM görülme sıklığı çalışan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Kadınların medeni durumu ve eğitim durumu ile AAM arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kadınların gelir durumları ile AAM arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Geliri giderlerinden az olan kadınlarda AAM görülme sıklığı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 10. Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine Göre AAM Olma Durumunun Karşılaştırılması

Kategori	Yöntem	Kesin AAM				X ²	df	p
		Yok		Var				
		N	%	N	%			
Doğum şekli	Sezaryen	109	91,6	11	8,4	10,108	0,001	
	Normal	177	78,0	50	22,0			
Doğum sayısı	1	36	100,0	0	0,0	71,517	0,000	
	2	145	91,8	13	8,2			
	3	71	83,5	15	16,5			
	4 ve üzeri	34	50,7	33	49,3			
Epizyotomi uygulanma durumu	Var	30	73,2	12	26,8	2,921	0,087	
	Yok	256	83,9	49	16,1			
Menopozda olma durumu	Olan	123	74,1	43	25,9	20,308	0,000	
	Olmayan	191	91,4	18	8,6			
Jinekolojik ameliyat geçirme durumu	Var	32	65,3	17	34,7	14,052	0,000	
	Yok	282	86,5	44	13,5			
Bebek kilosu	2,50-2,99	13	4,5	0	0,0	38,536	0,072	
	3,00-3,99	264	92,3	46	75,0			
	4,00- +	9	3,1	15	25,0			
Toplam		286	82	61	16,3			

Tablo 10’da kadınların obstetrik ve jinekolojik özelliklerine göre AAM olma durumuna ilişkin veriler sunulmuştur.

Kadınların doğum şekli ile AAM arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Normal doğum yapan kadınlarda sezaryen doğum yapan kadınlara göre AAM görülme sıklığı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Kadınların doğum sayısı ile AAM arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların vajinal doğum yapma sayısı arttıkça AAM görülme sıklığı da artmaktadır.

Kadınların menopozda olma durumu ile AAM anlamlı bir ilişki saptanmıştır

($p < 0,05$). Menopozda olan kadınlarda AAM görülme sıklığı daha fazla bulunmuştur.

Kadınlarda jinekolojik ameliyat geçirme durumu ile AAM arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). Jinekolojik ameliyat geçiren kadınlarda AAM görülme sıklığı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Kadınlarda epizyotomi uygulanması ve kadınların bebek kilosu ile AAM arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 11. Kadınların Kişisel Alışkanlık ve Sağlık Durumlarına Göre AAM Durumunun Karşılaştırılması

Kategori	Yöntem	Kesin AAM				X ²	df	p
		Yok		Var				
		N	%	N	%			
Konstipasyon	Var	46	63,9	26	36,1	25,763	1	0,000
	Yok	268	88,4	35	11,6			
Hipertansiyon	Yok	282	87,3	41	12,7	21,834	1	0,000
	Var	32	61,5	20	38,5			
KOAHA	Yok	293	84,2	55	15,8	0,758	1	0,384
	Var	21	77,8	6	22,2			
Sigara kullanımı	Var	99	78,0	28	22,0	4,711	1	0,030
	Yok	215	86,7	33	13,3			
Alkol kullanımı	Var	9	75,0	3	25,0	0,694	1	0,405
	Yok	305	84,0	58	16,0			
Kafeinli içecek kullanımı	Var	154	78,6	42	21,4	8,033	1	0,005
	Yok	160	89,4	19	10,6			
Depresyon öyküsü	Var	31	57,4	23	42,6	32,099	1	0,000
	Yok	283	88,2	38	11,8			
Toplam		314	83,7	61	16,3			

Tablo 11’de kadınların kişisel alışkanlık ve sağlık durumlarına göre AAM olma durumuna ilişkin veriler sunulmuştur.

Kadınlardaki konstipasyon ile AAM arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). Konstipe olan kadınlarda AAM görülme sıklığı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Kadınlardaki HT ile AAM arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$).

HT'si olan kadınlarda AAM görölme sıklığı anlamı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Kadınlaraın sigara kullanımı ile AAM arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Sigara içen kadınlarda AAM görölme sıklığı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Kadınlaraın kafeinli içecek tüketimi ile AAM arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Kafeinli içecek tüketen kadınlarda AAM görölme sıklığı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Kadınlaraın depresyon öyküsü ile AAM arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Depresyon öyküsü olan kadınlarda AAM görölme sıklığı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Kadınlardaki alkol kullanımı ve KOAH ile AAM arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.4. AAM'yi Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi İle İncelenmesi

Tablo 12. AMM'yi Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regreyonla İncelenmesi

		B	P	OR	% 95 GA	
					Alt	Üst
Yaş	20-29 yaş	1				
	30-39 yaş	-2,748	,134	,000	0,882	3,521
	40-49 yaş	-1,379	0,020	2,456	1,109	4,281
	50-59 yaş	-1,886	0,012	3,179	1,004	7,987
	60 yaş ve üzeri	-1,205	0,010	4,253	2,295	6,036
BKİ	Zayıf (≤ 18.4)	1				
	Normal(18.5-24.9)	-18,389	,999	,000	,000	.
	Obez (25.0-29.9)	-1,148	0,013	3,345	1,288	8,691
	Aşırı obez (≥ 30.0)	-,397	0,001	6,253	2,261	12,536
Doğum sayısı	1	1				
	2	-20,280	,997	,000	,000	.
	3	-1,700	0,001	3,319	1,765	6,204
	4 ve üzeri	-1,220	0,009	4,620	1,432	9,366
Doğum şekli	Normal	1				
	Sezeryan	,582	,292	1,790	,606	5,285
Çalışma durumu	Hayır	1				
	Evet	,400	,363	1,492	,630	3,533
Gelir durumu	Çok	1				
	Orta	-1,094	,051	,335	,112	1,005
	Az	-,801	,102	,449	,172	1,174
Konstipasyon	Yok	1				
	Var	1,133	0,005	3,106	1,402	6,882
Hipertansiyon	Yok	1				
	Var	-,664	,135	,515	,216	1,229
Menopoz durumu	Yok	1				
	Var	,838	0,030	2,406	1,403	3,346
Kafein	Yok	1				
	Var	-,070	,864	,932	,417	2,083
Depresyon Öyküsü	Yok	1				
	Var	,790	0,070	2,203	,937	5,184
Sigara	Yok	1				
	Var	,822	0,041	2,276	1,036	4,998

*Wald testi $P < 0,05$, B katsayıları Lojistik regresyondan elde edilmiştir.

Kadınların AAM'ye ait risk faktörleri lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Elde edilen veriler Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12'de AAM'yi etkileyen risk faktörleri incelendiğinde; 40-49 yaş grubunda AAM görülme oranı 2,45 kat fazla ($p=0,020$), 50-59 yaş grubunda 3,17 kat fazla ($p=0,012$) ve 60 yaş ve üzerinde 4,25 kat fazla ($p=0,010$) olup bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır. Obez olan kadınlarda AAM görülme oranı 3,34 kat fazla ($p=0,013$) ve aşırı obez kadınlarda 6,25 kat fazla ($p= 0,001$) olup sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır. Doğum sayısı 3 olan kadınlarda AAM görülme oranı 3,31 kat fazla ($p=0,001$), doğum sayısı 4 ve üzeri olan kadınlarda 4,620 kat fazla ($p=0,009$) olup sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır. Konstipasyon sorunu olan kadınlarda AAM görülme oranı 3 kat daha fazla olup sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,005$). Menopozda olan kadınlarda AAM görülme oranı 2,4 kat fazla olup sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,030$). Sigara içen kadınlarda AAM görülme oranı 2,27 kat fazla olup sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,041$). Doğum şekli, çalışma durumu, gelir durumu, kafein tüketimi, hipertansiyon ve depresyon öyküsü AAM için risk faktörü olarak bulunmadı.

4.5.AAM'si Olan Kadınların Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi

Bu bölümde kadınların AAM'ye özgü yaşam kalitesine ilişkin bulgular tablolar halinde incelenmiştir.

Tablo 13. IIQ-7 Ölçeğinin Alt Boyutlarının Ortalama Puanları

	N	Min	Max	\bar{X}	$\pm Ss$
IIQ-7 Fiziksel aktivite	29	0	99,90	35,50	21,42
IIQ-7 Sosyal aktivite/Yolculuk	29	0	99,90	28,60	13,77
IIQ-7 Sosyal ilişkiler	29	0	99,90	32,40	14,71
IIQ-7 Emosyonel sağlık	29	0	99,90	29,60	11,62
IIQ-7 Toplam Puanı	29	0	99,90	32,50	17,51

Tablo 13'te IIQ-7 ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları verilmiştir.

Kadınların IIQ-7 ölçeği fiziksel aktivite alt ölçeği puanı ortalaması $35,50 \pm 21,42$, IIQ-7 ölçeği sosyal aktivite/yolculuk alt ölçeği puanı ortalaması $28,60 \pm 13,77$, IIQ-7 ölçeği sosyal ilişkiler alt ölçeği puanı ortalaması $32,40 \pm 14,71$ ve IIQ-7 ölçeği emosyonel sağlık alt ölçeği puanı ortalaması $29,60 \pm 11,62$ ve IIQ-7 ölçeği toplam puanı ortalaması $32,50 \pm 17,51$ olduğu saptanmıştır (Tablo 13).

Tablo 14. IIQ-7 Maddelerinin Ortanca Değerleri

	Ort	SS	Ortanca	Min	Maks
Ev işlerini yapabilme	1,79	0,62	2	1,00	3,00
Yürüme, yüzme, egzersiz	1,41	0,50	1	1,00	2,00
Eğlence aktiviteleri	1,14	0,52	1	0,00	2,00
Araba veya otobüs ile 30dk'dan fazla seyahat	1,14	0,69	1	0,00	3,00
Ev dışı sosyal aktivitelere katılım	1,34	0,67	1	0,00	3,00
Ruh sağlığı	1,17	0,60	1	0,00	2,00
Engellenme hissi	1,21	0,62	1	0,00	2,00

SS: Standart Sapma

İnkontinans etkisine yönelik oluşturulmuş IIQ-7 değerlendirildiğinde hastalarda inkontinansın en sık ev işlerini yapabilmeyi etkilediği saptandı. Diğer en sık etkilenen aktiviteler de yürüme, yüzme, egzersiz aktiviteleri ve ev dışı sosyal aktivitelere katılım olduğu gözlendi (Tablo 14).

5.TARTIŞMA

Aşırı aktif mesane, kadınlarda ve erkeklerde yaygın olarak görülen, kişilerde yaşam kalitesini olumsuz etkileyen AÜSS'larıyla karakterize bir sağlık problemidir. Dünya genelinde 50-100 milyon insanın AAM'den etkilendiği bildirilmektedir (Stewart ve ark. 2003).

Literatürde AAM ilgili prevalans çalışmaları sayısı oldukça sınırlıdır. Ülkemizde de yeterli sayıda AAM ile ilgili prevalans çalışması bulunmadığı için AAM'nin gerçek prevalansı bilinmemektedir.

Bu çalışmada, kadınlarda AAM prevalansı, risk faktörleri ve AAM'nin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi değerlendirilmiş ve literatür verileri doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Kadınların AAM Semptomlarına İlişkin Verilerin Tartışılması

AAM Prevalansı

AAM prevalansı dünya genelinde %8-25 arasında değişmekte ve milyonlarca insanın yaşamını etkilemektedir (Quinn ve ark. 2003, Stewart ve ark. 2003, Castro ve ark. 2005, Ninomiya ve ark. 2018).

Çalışmamızda 20 yaş üstü kadınlarda AAM prevalansı %16,3 bulunmuştur (Tablo 4). Bizim çalışmamıza paralel olarak, ABD'de yapılan NOBLE çalışmasında 18 yaş üzeri kadınlarda AAM prevalansı %16.9 olarak bulunmuştur (Stewart ve ark. 2003). Avrupa'da Milsom ve arkadaşları tarafından yapılan 16.000'den fazla hastanın alındığı bir kohort çalışmasında AAM'nin genel prevalansı %16,6 bulunmuş olup, bu oran kadınlarda %17,4, erkekler de ise %15,6 olarak bulunmuştur. Kadınlarda erkeklere göre biraz daha sık görülmektedir (Milsom ve ark. 2001). Yine Avusturya'da yapılan bir çalışmada AAM prevalansı %16,8 oranında saptanmıştır (Christian ve ark. 2005). Kore'de yapılan bir çalışmada da AAM prevalansı % 14.1 olarak bulunmuştur (Jo ve ark. 2012).

AAM prevalansını bizim çalışmamızdan daha düşük oranlarda bulan çalışmalar da mevcuttur. EPIC çalışmasına göre ise Kanada, Almanya, İtalya, İsveç ve İngiltere'de yaşayan AAM için genel prevalans %11,8 (erkekler için %10,8, kadınlar için %12,8) olup yaşla beraber artmaktadır (Irwin ve ark. 2006). Japonya'da yapılan

bir çalışmada ise; AAM prevalansı %11 olarak bildirilmiştir (Homma ve ark. 2005). Yine Japonya’da yapılan başka bir çalışmada AAM prevalansı kadınlarda %8,1 olarak bulunmuştur (Ninomiya ve ark. 2018). Zhang ve ark. (2006) Çin’de yaptıkları çalışmada kadınlarda AAM prevalansı %8 olarak bulunmuştur. Türkiye’de Altınöz (2014) tarafından yapılan bir çalışmada AAM prevalansı %10,5 (kadınlarda %15,8 ve erkeklerde %5,4) olarak bulunmuştur (Altınöz 2014).

AAM prevalansını bizim çalışmamızdan daha yüksek oranlarda bulan çalışmalar da mevcuttur. Türkiye’de de Sarıcı ve ark. (2016) yaptığı bir çalışmada kadınlarda AAM prevalansı %20,7 olarak bulunmuştur. Tükel (2005) tarafından yapılan çalışmada genel AAM prevalansı belirtilmemiş, prevalans yaş gruplarına göre sınıflandırılmıştır. Bu çalışmaya göre AAM prevalansı 35 yaş altı kadınlarda %21,9 ile %24,1 arasında; 36 yaş ve üstündeki kadınlarda ise %25,7 ile %32,1 arasında olduğu bildirilmektedir (Tükel 2005). Diğer ülkelerde de prevalansın yüksek çıktığı çalışmalara rastlanılmaktadır. Kanada’da yapılan bir çalışmada kadınlarda AAM prevalansı %21,1 olarak bulunmuştur (Corcos ve Schick 2004). Yine aynı şekilde İspanya’da da yapılan bir çalışmada AAM prevalansı kadınlarda %25,6 olarak bulunmuştur (Castro ve ark. 2005).

AÜSS (Alt Üriner Sistem Semptomları)

Çalışmamızda AAM’li kadınlarda (n=61) AÜSS’na bakıldığında sırasıyla; sık idrara çıkma (%98,7), sıkışma (%98,6), noktüri (%94,5) ve Üİ (%39,8) görülmüştür. Çalışmaya dahil edilen bütün kadınlardaki (n=375) AÜSS dağılımlarına bakıldığında ise; sık idrara çıkma (%59,5), sıkışma (%47,5), noktüri (%33,3) ve Üİ (%7,7) olarak görülmüştür.

Altınöz (2014) tarafından yapılan çalışmada AAM’li kişilerdeki AÜSS’na bakıldığında; en sık görülen semptom sıkışma (%100) iken, daha sonra bunu noktüri (%90,7), sık idrara çıkma (%79,1), ve Üİ (%60,5) takip etmektedir. Bu çalışma bulguları bizim çalışma bulgularımızla uyumludur. Altınöz’ün (2014) çalışma evrenindeki semptom sıklıkları değerlendirildiğinde ise bizim çalışmamızda farklı olarak; en sık saptanan AÜSS’u bireylerin %52,6’sında var olan noktüridir. Daha sonra bunu %29 ile sık idrara çıkma ve %26,5 ile sıkışma yakınması takip etmektedir. Bireylerin %18,2’si ise Üİ tariflemektedir.

Lee ve ark. (2011) çalışmasında AÜSS olarak en sık bildirilen semptom noktüri iken (%48,2), Üİ şikayeti (%28,4) takip etmektedir.

Tikkinen ve ark. (2007) çalışmasında AÜSS sırasıyla ve noktüri (%40), sık idrara çıkma (%38), sıkışma (%27) olarak bildirilmiştir.

Milsom ve ark. (2001) yaptığı çalışmada AAM semptomları arasında sık idrara çıkma en sık bildirilen semptomken (%85), bunu sıkışma (%54) ve sıkışma inkontinansı (%36) takip etmiştir.

Zhang ve ark.'nın (2006) yaptıkları çalışmaya göre kadınların %13,4'ünde Üİ şikayeti, %10,2'sinde sıkışma, %16,4'ünde sık idrara çıkma saptanmıştır.

UDI-6 (Uriner Distress Inventory) Ölçeğinin Alt Boyutlarının Tartışılması

Çalışmamızda Üİ prevalansı %7,7 (n=29) oranında saptanmıştır. Semptom dağılımlarına bakıldığında ise sırasıyla; obstruktif semptomları (%44,8), urge/irritatif semptomları (%32,4), stres semptomları (%23,8) saptanmıştır. Çalışmamızda UDI-6 ölçeğinden alınan toplam puan 42,50 olarak bulunmuştur (Tablo 6).

Kara ve Şentürk'ün (2010) çalışmasında kadınlarda çoğunlukla mikst Üİ (%64,3), sonra stres inkontinans (%23,5) ve urge inkontinans (%12,2) görüldüğü saptanmıştır.

Sever'in (2010) yaptığı çalışmada bizim çalışmamızdan yüksek olarak urge inkontinans %38,1, stres inkontinans %40,7 olarak saptanmıştır.

Altınöz'ün (2014) çalışmasında Üİ prevalansı %18,2 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınlarda sırasıyla mikst (%43,8) urge (%34,4) ve stres (%21,9) tipte inkontinans saptanmıştır. Buna benzer şekilde Ünsal ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada Üİ prevalansı %41,7 olarak bulunmuş olup bu hastalar en sık mikst (%48,8), daha sonra stres (%35,7) en az da urge (%15,5) tipte inkontinans tariflemiştir.

Özerdoğan ve Beji (2004) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada Üİ prevalansı %25,8 olarak saptanmış olup kadınların %42,9'u stres, %27,3'ünün de urge tipte inkontinans tariflemektedir.

Yurtdışında yapılan çalışmalara baktığımızda; Üİ prevalansını bizim çalışmamızdakiyle uyumlu olarak düşük bulan çalışmalar da mevcuttur. Bu

çalışmalarda Üİ prevalansı %4,5 ile %14,1 arasında değişmektedir (Tikkinen ve ark. 2007, Teloken ve ark. 2006, Hong-Jeng Yu ve ark. 2006)

5.2. Kadınlarda AAM İle İlişkili Faktörlere Ait Verilerin Tartışılması

Yaş

Yaşın artmasıyla birlikte alt üriner sistem semptomlarının (AÜSS) ve AAM prevalansının arttığı bildirilmektedir (Milsom ve ark. 2001, Quinn ve ark. 2003, Zhang ve ark. 2006).

Bizim çalışmamızda kadınlarda AAM görölme sıklığı ile yaş dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0,000$) (Tablo 9). AAM prevalansı yaşla birlikte artmış olup, yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; 20-29 yaş arası %4,2 iken 30-49 yaş arasında %11 civarlarında, 50-59 yaş arasında %14'e çıkmakta ve 60 yaş üzerinde ise bu oran %34'e yükseldiği görölmüştür. Bizim bulgularımıza paralel olarak ABD'de yapılan bir çalışmada AAM prevalansı yaş gruplarına göre; 25 yaşında %5 iken, 45-54 yaş aralığında bu oran %25'e, 65 yaş üzerinde ise %35'e yükselmektedir (Stewart ve ark, 2003). Barselona'da 18 yaş üzeri kadınlarda yapılan çalışmada da AAM sıklığının 30 yaş altında %6,2, 40 yaş altında %11,6 ve 50 yaş üzerinde %19,2 olarak saptandığı ve 50 yaş üzerinde AAM prevalansının anlamlı düzeyde arttığı bildirilmektedir (Salcedo 2013). Zhang ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada da benzer şekilde AAM görölme sıklığının yaşla birlikte arttığı, AAM prevalansının 50 yaşın altındaki kadınlarda %7'nin altında olduğu ama 50-59 yaş aralığında bu oran %12,1'e, 60-69 yaş aralığında %18'e ve 70 yaş üzerinde ise %23'e yükseldiği görölmektedir.

Ülkemizde de bizim çalışmamızdaki bulguları destekleyen çalışmalar mevcuttur. Tükel (2005) tarafından yapılan çalışmada, AAM prevalansı 35 yaş altı kadınlarda %21,9-%24,1 arasında, 36 yaş ve üstündeki kadınlarda bu oran %25,7 ile %32,1 arasında olduğu bulunmuştur. Altınöz (2014) tarafından yapılan çalışmada da, yaşla birlikte AAM prevalansının arttığı saptanmıştır. Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde; AAM prevalansı 18-24 yaş aralığındaki bireylerde %3,3, 25-44 yaş arasında %9,3, 45-64 yaş arasında %11,4 ve 65 yaş üzerinde %28,6 olduğu bildirilmiştir.

Obezite, Yüksek BKİ

Obezite intraabdominal basıncı arttırarak pelvik taban kaslarının zayıflamasına ve AAM'nin gelişmesine yol açmaktadır (Teleman ve ark. 2004, Öztürk ve ark. 2012, Aksu 2014). Fry (2013) hazırladığı raporda, artmış kilo ve obezitenin AAM üzerinde güçlü bir etkisinin olduğunu ortaya koymuştur. Aynı zamanda BKİ arttıkça Üİ görülme sıklığı da artmaktadır (Markland ve ark. 2011, Akın ve ark. 2015).

Çalışmamızda kadınların BKİ arttıkça AAM semptomlarının arttığı saptanmıştır (p=0,000) (Tablo 9). Normal BKİ değerine sahip kişilerde AAM %8,2 oranında görülürken, obez kişilerde bu oran %24,6'e ve aşırı obez kişilerde ise %45,5'e yükselmektedir. Bizim çalışmamıza uyumlu olarak; yüksek BKİ ve AAM görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulan çalışmalar da bulunmaktadır (Teleman ve ark. 2004, Zhang ve ark. 2006, Ninomiya ve ark. 2018).

Literatürde bizim çalışmamızdan farklı olarak artmış BKİ ve AAM arasında ilişki bulamayan çalışmalara da rastlanmıştır (Al Shaiji ve ark. 2012, Nadeem ve ark. 2017).

Çalışma Durumu

Kadınların çalışma hayatında olmasının sağlık arama davranışlarında olumlu bilgi ve tutum geliştirmesinde etkili olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda çalışma durumu ile AAM görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,005) (Tablo 9). Çalışmayan kadınlarda AAM görülme sıklığı çalışan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Çalışan kadınlarda AAM prevalansı %10,6 iken, çalışmayan kadınlarda bu oran %21,4 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızla uyumlu olarak Altınöz (2014)'ün çalışmasında çalışan kadınlarda AAM görülme sıklığı % 6,6 iken, çalışmayan kadınlarda bu oran %13,8'e yükselmektedir.

Zhang (2006), Nadeem ve ark. (2017) yaptıkları çalışmalarda, bizim çalışmamızın aksine çalışma durumu ve AAM görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Eğitim Durumu

Kadınların eğitim durumunun yüksek olması, sağlık ile ilgili konularda doğru davranış şekilleri geliştirmesinde büyük ölçüde etkili olmaktadır. Bu çalışmada eğitim durumu ile AAM görölme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,322$) (Tablo 9). Bizim çalışmamıza paralel olarak, Zhang (2006), Nadeem ve ark. (2017) yaptıkları çalışmalarda, eğitim durumu ve AAM görölme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır. Jo ve ark. (2012) ve Altınöz (2014)'ün çalışmasında ise AAM sıklığı artan eğitim düzeyleriyle azalmaktaydı. Altınöz (2014)'ün çalışmasında 0-5 yıl arası eğitim görmüş olanlarda AAM sıklığı %13,7 iken bu oran eğitim süreleri 6-11 yıl arasında olanlarda %9,1 ve 12 yıl ve üzeri olanlarda %6,8 olarak bulunmuştur. Buna benzer şekilde Song ve ark. (2003) ve Sever (2010) çalışmasında, AÜSS'na ilişkin sorun yaşayan kadınların eğitim düzeyi, AÜSS olmayan kadınlardan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Gelir Durumu

Gelir durumu iyi olan kişilerde, sağlık hizmetlerine ulaşım ve sağlık hizmetlerinden yararlanmanın daha iyi olduğu düşünölmektedir. Çalışmamızda AAM görölme sıklığı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,000$). Kadınların gelir durumu orta ve iyi olanlarda, gelir durumu düşük olanlara göre AAM prevalansının daha düşük olduğu görölmüştür (Tablo 9).

Bizim çalışmamıza paralel şekilde, Akgün (2009) yaptığı çalışmasında, gelir durumunun düşük olmasının Üİ görölme sıklığını arttırdığını bildirmiştir. Bizim çalışmamızın aksine Altınöz (2014), Nadeem ve ark. (2017) çalışmalarında AAM görölme sıklığı ve gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır.

Doğum şekli

Vajinal doğum yapanlarda pelvik fasiyal destek, pelvik taban ve üretral kasların fonksiyonlarında hasar meydana gelebileceği düşünölmektedir. Aynı zamanda vajinal doğumla üretral kapanma basıncında, maksimum üretral basınçta ve fonksiyonel üretral uzunlukta azalma meydana geldiği bildirilmektedir (Kocaöz ve Eroğlu 2009).

Ayrıca, vajinal doğumun stres inkontinansı ve pelvik organ prolapsusunu önemli ölçüde etkilediği bildirilmektedir (Memon ve ark. 2012). Vajinal doğum sırasında oluşan kas ve pudental sinir hasarı sezaryen doğumda olmadığı için sezaryen doğumun stres inkontinansa ve AAM'ye karşı koruyucu bir etkisi olduğu düşünülmektedir (Zhang ve ark. 2006). Çalışmamızda doğum şekli ve AAM görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,001$) (Tablo 10). Sezaryen doğum yapan kişilerde AAM görülme sıklığı %8.4 iken vajinal doğum yapan kişilerde bu oran %22'ye yükselmektedir (Tablo 10).

Literatürde bizim çalışmamızla paralel çalışmalara rastlanmaktadır (Tükel 2005, Zhang ve ark. 2006). Bu çalışmaların aksine Nadeem ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada sezaryen ve normal doğum yapan kadınlarda AAM açısından herhangi bir fark saptamamıştır.

Doğum sayısı

Literatürde doğum sayısı ile AAM görülme sıklığı ve üriner inkontinans şikayeti arasında ilişki olduğu bildirilmektedir. Doğum sayısı arttıkça kadınlarda pelvik kaslarda gevşemeler olmakta ve bunun sonucunda da AAM görülme sıklığı ve üriner inkontinans görülme oranı artmaktadır. Bunun yanında paritenin, pelvik organ prolapsusu açısından da önemli ölçüde risk faktörü olduğu bilinmektedir (Wein ve Rackley 2006). Çalışmamızda doğum sayısı ve AAM görülme sıklığı arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($p=0,000$). Çalışmamızda bir doğum yapanlarda AAM semptomları görülmezken iki doğum yapanlarda AAM görülme sıklığı %8,2, üç doğum yapan kişilerde bu oran %16,5'e, dört ve üzeri doğum yapan kişilerde bu oran %49,3'e yükselmektedir (Tablo 10).

Bizim çalışmamıza paralel olarak Tükel (2005) çalışmasında multiparlarda AAM prevalansını yüksek saptamıştır. Buna benzer şekilde Zhang ve ark. (2006) ikiden fazla doğumun AAM görülme sıklığını arttırdığını belirtmiştir. Ham ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada iki ve üzeri vajinal doğum sayısının AÜSS riskini arttırdığını bildirmişlerdir. Yine yapılan birçok çalışmada paritenin Üİ görülme sıklığını artırdığı, multiparlarda Üİ prevalansının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Tükel 2005, Kim ve ark. 2006, Hermann ve ark. 2008)

Bizim çalışmamızdan farklı olarak, Nadeem ve ark. (2017) çalışmasında nullipar ve multiparlarda AAM görülme sıklığı açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Bebek Kilosu

Bebeğin doğum ağırlığının pelvik taban disfonksiyonu üzerine önemli etkileri bulunduğu bildirilmektedir (Torrise 2012). İri bebek doğurmak pelvik taban kaslarının zayıflamasına ve kadınlarda pelvik sinirlerin hasar görmesine neden olması nedeniyle Üİ görülme riskini artırmaktadır (Dinç 2016). Çalışmamızda bebek kilosu ile AAM görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmamıştır ($p=0,072$) (Tablo 10). Bizim çalışmamızdan farklı olarak, Zhang ve ark. (2006) yaptığı çalışmada fetal doğum ağırlığı arttıkça AAM görülme sıklığının arttığını bildirmiştir. Çalışmamızla uyumlu olarak, Bilgili ve ark. (2008) çalışmasında iri bebek doğurma ile Üİ arasında bir ilişki saptanmamıştır. Buna benzer şekilde, Sever'in (2010) çalışmasında AÜSS ve 4 kg ve üzeri bebek doğurma arasında ilişki bulunmamıştır.

Epizyotomi

Epizyotomi ile AAM ve Üİ arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı görüşler mevcuttur. Epizyotomi üretra ve mesaneyi destekleyici yapılara ve pelvik sinire hasar verebileceğinden dolayı AAM semptomları için risk faktörü olarak düşünülmektedir (Zhang ve ark. 2006). Bazı çalışmalarda ise epizyotominin perineyi hasardan koruyarak Üİ ve AAM oluşumunu engellediği bildirilmiştir (Bertozzi ve ark. 2011).

Çalışmamızda epizyotomi uygulanması ve AAM görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,087$) (Tablo 10). Bizim bulgularımıza paralel olarak Sever'in (2010) çalışmasında AÜSS ve epizyotomi uygulanması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bizim çalışmamızın aksine, AAM görülme sıklığı ve epizyotomi arasında anlamlı ilişki bulan çalışmalar da mevcuttur (Parazzini ve ark. 2003, Zhang ve ark. 2006,)

Menopoz

Kadınların hayatındaki en önemli biyolojik değişim menopoz döneminde olmaktadır. Hem yaşlanma süreci hem de hormonlardaki değişimler özellikle pelvik taban fonksiyonlarını olumsuz etkilemektedir. Menopoz döneminde östrojenin etkisinin azalmasına bağlı olarak dizüri, sık idrara çıkma, Üİ ve üriner sistem enfeksiyonları sık görülmekte ve yaş ilerledikçe prevalansı da artmaktadır (Elder ve ark. 2004, Bruce ve Rymer, 2009). Çalışmamızda menopoz ile AAM görülme oranı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,000$) (Tablo 10). Menopozda olmayan kadınlarda AAM prevalansı %8,6 iken, menopozda olan kadınlarda %25,9'a yükselmektedir (Tablo). Bizim çalışmamızla uyumlu olarak; Tükel (2005), Zhang ve ark. (2006) ve Ahmad ve ark. (2015) çalışmalarında da AAM prevalansının menopoz döneminde arttığı bildirilmiştir. AÜSS'lerinin menopoz döneminde arttığını gösteren birçok çalışmada mevcuttur (Sever 2010, Baykuş 2016, Özer 2017)

Jinekolojik Ameliyat Geçirme Durumu

Jinekolojik operasyonların üretral doku hasarına yol açarak stres üriner inkontinansı ve diğer AÜSS'lerinin gelişme riskini arttırdığı düşünülmektedir (Kızılkaya ve ark. 1999). Çalışmamızda jinekolojik ameliyat geçirme durumu ve AAM görülme oranı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,000$) (Tablo 10). Jinekoloji ameliyat geçirmeyen kadınlarda AAM görülme sıklığı %13,5 iken, jinekoloji ameliyat geçiren kadınlarda %34,7'ye yükselmektedir (Tablo 10). Yapılan bazı çalışmalarda jinekolojik operasyon ile Üİ arasında ilişki bildirilmiştir (Parazzini ve ark. 2003; Hsieh ve ark. 2008). Çalışmamızın aksine, Tükel (2005)'in yaptığı çalışmada pelvik organ cerrahisi geçirmenin AAM görülme sıklığı ile ilişkisi incelendiğinde, pelvik organ cerrahisi geçirenlerde AAM görülme sıklığı, pelvik cerrahi geçirmeyenlerden düşük bulunmuştur.

Sigara Kullanımı

Sigaranın, intraabdominal basıncı arttırarak idrar kaçırma ve sıkışma hissine neden olduğu bildirilmektedir (Bump 1994). Aynı zamanda nikotinin destrüsör kas aktivitesini de arttırdığı düşünülmektedir (Martins ve ark. 2010, Kızılyel 2011).

Çalışmamızda sigara kullanımı ve AAM görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sigara kullanan kişilerin %22'sinde AAM görülürken, sigara kullanmayan kişilerde bu oran %13,3'tür ($p=0,030$) (Tablo 11). Song ve ark. (2003)'ün çalışmasında sigara içenlerin AÜSS'lerinin sigara içmeyenlere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak Van Geelen ve ark. (2000) ve Jo ve ark. (2012) yaptıkları çalışmalarda sigara kullanımı ile AAM görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır.

Konstipasyon

Kronik kabızlık ve defekasyon sırasında oluşan zorlanma, intraabdominal basıncı arttırarak AAM gelişmesine ve pelvik organ prolapsusuna neden olmaktadır (Zhang ve ark. 2006). Ayrıca defekasyon sırasında zorlanma mesane basıncında ve üretral mobilitede artışa sebep olmaktadır. Çalışmamızda konstipasyon ve AAM görülme sıklığı arasında anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p=0,000$) (Tablo 11). Konstipasyonu olan kadınlarda AAM prevalansının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo). Bizim çalışmamızla uyumlu birçok çalışma mevcuttur (Zhang ve ark. 2006, Jo ve ark. 2012, Ninomiya ve ark.2018)

Kronik Hastalık Durumu

Hipertansiyon ve KOAH gibi kronik hastalıkların üriner sistemin fonksiyonlarında bozulmalara yol açtığı düşünülmektedir. (Santos ve ark. 2006). Çalışmamızda hipertansiyon ile AAM görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup ($p=0,000$) hipertansiyonu olan kişilerde AAM prevalansı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 11). KOAH ve AAM görülme sıklığı arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,384$) (Tablo 11). Bizim çalışmamızın aksine Jo ve ark. (2012) yaptığı çalışmada astımın AAM görülme sıklığı için risk faktörü

olduğu saptanmış olup hipertansiyon ve AAM arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Psikolojik Bozukluklar

AAM'si olan hastaların distres ve anksiyete dereceleri mesane semptomlarından bağımsız olarak yüksek bulunmuştur. Bazı çalışmalar emosyonel rahatsızlıkların AAM görülme sıklığını arttırdığını bildirmektedir (Quinn ve ark. 2003, Tarcan 2005, Çankaya 2008). AAM semptomları; anksiyete, panik atak gibi psikiyatrik rahatsızlık yaşayan kişilerde daha sık olarak görülmektedir (Arıkan ve Ergen 2007). Çalışmamızda psikolojik bozukluk yaşayan kişilerde AAM görülme sıklığı herhangi bir psikolojik bozukluk yaşamayan kişilere göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,000$) (Tablo 11).

Diüretik Etkisi Olan İçecek Alımı

Bazı yiyecek, içecek ve ilaçların içeriğinde bulunan kafein, detrüör kasın basıncını artırarak AÜSS'nin gelişmesine neden olmaktadır. Kafeine ek olarak alkolün de diüretik etkiye sahip olduğu ve sık idrar yapmaya yol açabileceği düşünülmektedir (Dalosso ve ark. 2003, Kızılyel 2011). Bizim çalışmamızda kafeinli içecek tüketimi ve AAM görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,005$). Kafeinli içecek tüketen kişilerde AAM prevalansı %21,4 iken tüketmeyen kişilerde %10,6'dır (Tablo 11). Bizim çalışmamıza paralel olarak, Tükel (2005) çalışmasında diüretik etkisi olan içecekleri (çay, kahve, kola) tüketen kişilerde AAM prevalansının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Jo ve ark. (2012)'nin çalışmasında ise AAM görülme sıklığı ve içecek tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda diüretik etkisi olan alkol ile AAM görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 11). Bu çalışmanın aksine Özer (2017)'in çalışmasında alkol kullanımının AÜSS'lerinden olan Üİ gelişme riskini arttırdığı bulunmuştur. Akgün (2009)'ün çalışmasında ise alkol kullanma ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

5.4. AAM'ye Etki Eden Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyonla İncelenmesi

Çalışmamızda kadınlarda AAM'ye etki eden risk faktörleri lojistik regresyonla incelendiğinde; AAM'nin 40-49 yaş grubunda 2,45 kat (OR=2,456; %95 GA 1,109-4,281), 50-59 yaş grubunda 3,17 kat (OR=3,179; %95 GA 1,004-7,987), 60 yaş ve üzerinde 4,25 kat (OR=4,253; %95 GA 2,295-6,036) fazla olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızla uyumlu olarak; Ninomiya ve ark. (2018) 4804 Japon kadınlarla yaptığı çalışmada; 40-49 yaş grubunda AAM görülme oranının 2 kat (OR=1.78; %95 GA 1.18–2.70), 50-59 yaş grubunda 2,5 kat (OR=2.41; %95 GA 1.55–3.74), 60-69 yaş grubunda 3,5 kat (OR=3.68; %95 GA 2.15–6.30), 70-79 yaş grubunda 5,5 kat (OR=5.33; %95 GA 2.05–13.84) daha fazla olduğu saptanmıştır. Altınöz'ün (2014) çalışmasında yaşın AAM semptomlarının gelişme riskini artırdığı, 65 yaş ve üstü kadınlarda AAM'nin 2 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (OR=2,005 %95 GA 1,044-3,849). Bizim çalışmamızdan farklı olarak; Zhang ve ark.'nın (2006) çalışmasında yaş risk faktörü olarak saptanmamıştır.

Çalışmamızda yüksek BKİ'nin AAM görülme oranını arttırdığı, AAM'nin obez kadınlarda 3,34 kat (OR=3,345; %95 GA 1,288-8,691), aşırı obez kadınlarda 6,25 kat (OR=6,253; %95 GA 2,261-12,536) daha fazla olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızla uyumlu olarak; Zhang ve ark.'nın (2006) yaptığı çalışmada; yüksek BKİ'nin AAM görülme oranını 1,5 kat (OR=1.40; %95 GA 1.06-1.84) arttırdığı saptanmıştır. Ninomiya ve ark.'nın (2018) yaptığı çalışmada BKİ \geq 25 kg/m²'nin üzerinde olmasının AAM görülme oranını 2 kat (OR=2.30; %95 GA 1.63–3) ve Teleman ve ark.'nın (2004) yaptığı çalışmada BKİ \geq 30 kg/m²'nin üzerinde olmasının AAM görülme oranını 1,5 kat arttırdığı saptanmıştır (OR=1,5 %95 GA 1.1– 2.1). Oskay ve ark.'nın (2005) yaptığı çalışmada; AÜSS'lerinin görülme oranını BKİ \geq 25 kg/m²'nin üzerinde olmasının 2 kat arttırdığı görülmüştür (OR=1,87; %95 GA 1.07– 3,24).

Çalışmamızda doğum sayısı üç olan kadınlarda AAM görülme sıklığı 3,31 kat (OR=3,319; %95 GA 1,765-6,204), doğum sayısı dört ve üzeri olan kadınlarda 4,62 kat (OR=4,620; %95 GA 1,432-9,366) daha fazla olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamıza paralel olarak; Zhang ve ark.'nın (2006) yaptığı çalışmada; doğum sayısının 2'nin üzerinde olmasının AAM görülme sıklığını 4 kat arttırdığı görülmüştür (OR= 3.72; %95 GA 2.50-5.52).

Çalışmamızda konstipasyon sorunu olan kadınlarda AAM görülme sıklığının 3 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (OR=3,106; %95 GA 1,402-6,882). Bizim çalışmamıza paralel olarak; Ninomiya ve ark.'nın (2018) çalışmasında AAM görülme oranını konstipasyonun 1,5 kat arttırdığı saptanmıştır (OR=1.61; %95 GA 1.28–2.02). Benzer şekilde; Zhang ve ark.'nın (2006) yaptığı çalışmada; AAM görülme oranını konstipasyonun 2 kat arttırdığı saptanmıştır (OR= 1.99; %95 GA 1.20-3.31). Oskay ve ark.'nın (2005) yaptığı çalışmada; AÜSS'lerinin görülme oranını konstipasyonun 1,75 kat arttırdığı görülmüştür (OR=1,75; %95 GA 1.17–2.65).

Menopozda olan kadınlarda AAM görülme sıklığı 2,4 kat fazla görülürken (OR=2,406; %95 GA 1,403-3,346), çalışmamıza paralel olarak Zhang ve ark. (2006) yaptığı çalışmada; menopozun AAM görülme sıklığı için potansiyel risk faktörü olduğu saptanmıştır (OR=1.61; %95 GA 1.02-2.66). Benzer şekilde; Oskay ve ark.'nın (2005) yaptığı çalışmada; AÜSS'lerinin görülme oranını menopozun 2 kat arttırdığı saptanmıştır (OR=1,84; %95 GA 1.18–2.89).

Çalışmamızda sigara içen kadınlarda AAM görülme sıklığı 2,27 kat fazla olduğu görülmüştür (OR=2,27; %95 GA 1,036-4,998).

Çalışmamızda çalışma durumu ve gelir durumu AAM için risk faktörü olarak saptanmamıştır. Altınöz'ün (2014) çalışmasında AAM prevalansının eğitim düzeyi, çalışma durumu ile ilişkili olduğu saptanmış ancak lojistik regresyon analizinde risk faktörü olarak saptanmamıştır.

Çalışmamızda HT, AAM görülme sıklığı için risk faktörü olarak saptanmamıştır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak; Oskay ve ark.'nın (2005) yaptığı çalışmada; AÜSS'lerinin görülme oranını kronik hastalıkların 2 kat arttırdığı saptanmıştır (OR=1,95; %95 GA 1.31–2.91).

Çalışmamızda kafeinli içecek tüketiminin AAM için risk faktörü olmadığı görülmüştür. Martins ve ark. (2010) yaptığı çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak kafein tüketiminin Üİ şikayetini 1,7 kat arttırdığı bildirilmiştir.

Zhang ve ark.'nın (2006) yaptığı çalışmada; AAM görülme oranını epizyotominin 1,5 kat arttırdığı saptanmış olup bu bulguların tersine bizim çalışmamızda epizyotomi AAM ile ilişkili bulunmamıştır (OR= 1.60; %95 GA 1.23-2.08). Bizim çalışmamızla paralel olarak; Sever'in (2010) çalışmasında doğum

şeklinin ve epizyotomi uygulanmasının AÜSS'lerinin gelişimi için risk faktörü olmadığı görülmüştür.

5.5. AAM'si Olan Kadınların Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi

AAM semptomları kadınların fiziksel, sosyal, eğitim durumlarını etkileyerek yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir sağlık sorunudur.

Çalışmamızda, AAM'si olan kadınlardan Üİ şikayeti olanlara yaşam kalitesi ölçeği (IIQ-7) uygulandı. IIQ-7 ölçeğine göre, alınan puanlar arttıkça kadınların yaşam kalitesi etkilenmektedir. Bizim çalışmamızda IIQ-7 ölçeği toplam puanı 32,50 olarak bulunmuştur. Buna göre çalışmadaki kadınların yaşam kalitesinin hafif düzeyde etkilendiği görülmektedir. Alt boyutların ortalamaları ise; IIQ-7 ölçeği fiziksel aktivite alt ölçeği puanı ortalaması 35,50±21,42, IIQ-7 ölçeği sosyal aktivite/yolculuk alt ölçeği puanı ortalaması 28,60±13,77, IIQ-7 ölçeği sosyal ilişkiler alt ölçeği puanı ortalaması 32,40±14,71 ve IIQ-7 ölçeği emosyonel sağlık alt ölçeği puanı ortalaması 29,60±11,62'dir. Kadınların yaşam kalitelerini etkileyen aktiviteler incelendiğinde; en sık ev işlerini yapabilme, daha sonra yürüme, yüzme, egzersiz aktiviteleri ve ev dışı sosyal aktivitelere katılım olduğu olduğu gözlemlendi (Tablo 21).

Beji ve Demir (2015) tarafından IIQ-7 ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada Üİ olan kişilerin en fazla 30 dakikadan uzun süren yolculuklarda, daha sonra ufak tefek ev işlerini yapabilmeme, eğlence amaçlı etkinliklere katılabilmeme, ve ev dışındaki sosyal etkinliklere (arkadaş toplantısı, alışveriş ve benzeri) katılabilmeme gibi durumlarda sosyal yaşantılarının olumsuz etkilendiği bulunmuştur. IIQ-7 ölçeği altboyutlarından fiziksel aktivite puanı ortalaması 29,19±21,46, sosyal aktivite/ilişkiler puanı ortalaması 18,57±10,08 olduğu saptandı. Toplam puan ortalaması ise; 24,816±15,615 olarak bulunmuştur. Aynı zamanda kadınların, Üİ şikayetinden dolayı; ev dışındaki sosyal etkinliklerine katılmadıkları ve buna bağlı olarak hüsrans duygusunu yoğun yaşadıkları saptanmıştır. IIQ-7 emosyonel sağlık puanı ortalaması 29,19 ±21,46 olduğu bulunmuştur.

Altınöz'ün (2014) çalışmasında IIQ-7 ölçeği ile yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; hastalarda inkontinansın en sık 30dk'dan fazla yolculuk yapmayı etkilediği saptandı. Diğer iki en sık etkilenen alanın da ev dışı sosyal

aktivitelere katılım ve eğlence aktiviteleri olduğu gözlemlendi.

Teloken ve ark. (2006) çalışmasında AAM'si olan bireylerde ev işlerini yapma, fiziksel aktiviteleri yerine getirme, uyku, iş, sosyal ve cinsel yaşam gibi alanların etkilendiği bildirilmiştir. Ayrıca AAM'li bireylerde depresyon sıklığı, anksiyete, utanç, yorgunluk ve cinsel yaşam bozukluğu ile AAM görülme sıklığı arasında ilişki saptanmıştır.

Temml ve ark. (2005) AAM'si olan kadınların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini saptamışlardır. AAM'nin cinsellik üzerindeki olumsuz etkisi kadınların % 31'i tarafından bildirilmiştir.

Güler'in (2006), çalışmasında kadınların yaşadığı Üİ sıklığı ve şiddetine bağlı olarak yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmamızda AAM prevalansı %16,3 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınlardaki (n=375) AÜSS'ları sırasıyla; sık idrara çıkma (%59,5), sıkışma (%47,5), noktüri (%33,3) ve Üİ (%7,7) olarak bulunmuştur.

AAM görülme sıklığına etki eden ilişkili faktörler incelendiğinde; yaş, BKI, çalışma durumu, gelir durumu, doğum şekli, çocuk sayısı, menopoz, jinekolojik ameliyat geçirme, bebek kilosu, konstipasyon, hipertansiyon, sigara, kafeinli içecek kullanımı ve depresyon ile AAM arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eğitim durumu, medeni durum, epizyotomi, KOAH, alkol kullanımı ve günlük uyku saati ile AAM görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda AAM risk faktörleri lojistik regresyonla incelendiğinde ise; 41-50 yaş grubunda AAM görülme oranı 2,45 kat fazla, 51-60 yaş grubunda 3,17 kat fazla ve 61 yaş ve üzerinde 4,25 kat fazla olup bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır. Obez olan kadınlarda AAM görülme oranı 3,34 kat fazla ve aşırı obez kadınlarda 6,25 kat fazla olduğu görülmüştür. Doğum sayısı üç olan kadınlarda AAM görülme oranı 3,31 kat fazla, doğum sayısı dört ve üzeri olan kadınlarda 4,62 kat fazla olduğu görülmüştür. Konstipasyon sorunu olan kadınlarda AAM görülme oranı 3 kat daha fazla iken, menopozda olan kadınlarda 2,4 kat fazla olduğu saptanmıştır. Sigara içen kadınlarda AAM görülme oranı 2,27 kat fazla olduğu görülmüştür. Doğum şekli, çalışma durumu, gelir durumu, kafein tüketimi, hipertansiyon ve depresyon öyküsü kadınlarda AAM görülmesi için risk faktörü olarak bulunmadı.

Çalışmamızda IIQ-7 ölçeği toplam puanı 32,50 olarak bulunmuştur. Buna göre çalışmadaki kadınların yaşam kalitesinin hafif düzeyde etkilendiği görülmektedir. Ölçeğin alt boyutların ortalamaları ise; IIQ-7 ölçeği fiziksel aktivite alt ölçeği puanı ortalaması 35,50±21,42, IIQ-7 ölçeği sosyal aktivite/yolculuk alt ölçeği puanı ortalaması 28,60±13,77, IIQ-7 ölçeği sosyal ilişkiler alt ölçeği puanı ortalaması 32,40±14,71 ve IIQ-7 ölçeği emosyonel sağlık alt ölçeği puanı ortalaması 29,60±11,62'dir. Kadınların yaşam kalitelerini etkileyen aktiviteler incelendiğinde; en sık ev işlerini yapabilme, daha sonra yürüme, yüzme, egzersiz aktiviteleri ve ev dışı sosyal aktivitelere katılım olduğu olduğu gözlemlendi.

6.2. Öneriler

- Dünya’da ve ülkemizde prevalansı yüksek olan AAM’nin varlığı hem kişilerin yaşam kalitesini etkilemekte hem de toplum için tedavi maliyeti yüksek olmaktadır. Yaşlanan nüfusla birlikte AAM prevalansı artacağı ve daha büyük bir sorun haline geleceği için toplumun bu konuda bilinçlendirilmesi gerekmektedir.
- AAM semptomlarının erken dönemde saptanıp bu konuda yeterli danışmanlık sağlanmasının kadın sağlığının geliştirilmesine büyük katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle hemşirelerin AAM semptomları konusunda yeterli eğitim almış olması ve konuya daha duyarlı olması gerekmektedir.
- AMM’nin tanı ve tedavisine katkı sağlaması açısından ürojinekoloji alanında profesyonel hemşirelerin yetiştirilmesi için sertifika programlarının yapılması gerekmektedir.
- Ülkemizde sayıları oldukça az olan ürojinekoloji merkezlerinin artırılması ve bu merkezlerde çalışanlarda ekip çalışmasının sağlanması gerekmektedir.
- Hastanelerde ve aile hekimliklerinde AAM semptomlarının önlenmesine yönelik eğitim broşürleri ve kitapları bulundurulmalıdır.
- Çalışmada AAM görülme oranını paritenin artırdığı görülmektedir. Bu nedenle kadınlara aile planlaması konusunda danışmanlık sağlanmalıdır.
- Çalışmada kadınlarda kilo artışının AAM görülme sıklığı için risk faktörü olarak belirlenmesi nedeni ile sağlık profesyonelleri tarafından kadınlara spor yapmanın önemi, dengeli ve yeterli beslenme konusunda eğitim verilmelidir.
- Çalışmada sigara ve kafeinli içecek kullanan kişilerde AAM görülme oranı daha fazla olduğu için bunları bıraktırmaya veya azaltmaya yönelik eğitim verilmelidir.
- Ülkemizde AAM sıklığı ve semptomları ile ilgili yeterli çalışma olmadığı için bu konuda daha fazla çalışma yapılmalıdır.

7.KAYNAKLAR

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: 167-178.

Ahmad SM, Aznal SS, Tham SW. Prevalence of overactive bladder syndrome among women with gynecological problems and its risk factors in a tertiary hospital, Negeri Sembilan, Malaysia: Implication for primary health care providers. *Malays Fam Physician*, 2015; 10(2): 2-8.

Akgün G. 40 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinansın görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi. 2009, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 96 sayfa, Edirne, (Doç. Dr. Petek Balkanlı Kaplan)

Akın Y, Gülmez H, Sonbahar EA, İpekçi T, Yılmaz OM, Ateş E. Obezite ve kadınlarda stres üriner inkontinans. *Ankara Med J.* 2015. 15(4);226-230.

Aksu Sucuoğlu Ş. Genç kızlarda üriner inkontinans, risk faktörleri ve yaşam kaliteleri. 2014, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 101 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Hatice Yıldız).

Al Shaiji TF, Radomski SB. Relationship between body mass index and over active bladder in women and correlations with urodynamic evaluation. *Int Neurol J.* 2012; 16(3): 126-31.

Altınöz E. İstanbul ili Pendik ilçesinde aile sağlığı birimlerine kayıtlı 18 yaş ve üzeri bireylerde aşırı aktif mesane ve üriner inkontinans prevalansı. 2014, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 68 sayfa, İstanbul (Doç. Dr. Mehmet Akman)

Arıkan N, Ergen A. Temel Üroloji. N. Arıkan (Ed.) *Jinekolojik Üroloji, Aşırı Aktif Mesane.* Ankara; Güneş Kitabevi, Öncü Basımevi, 2007: s.497-503

Arıncı K, Elhan A. *Anatomi.* Ankara: Güneş Kitapevi,1995

- Aslan E. Üriner İnkontinans Tanı, Değerlendirme ve Tedavi Aşamalarında Hemşirelik Yaklaşımı. III. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi Özet Kitabı. İstanbul; 2005, 3145:33-34
- Baykuş N. 18 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinansın görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. 2016. Şifa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 93 sayfa, İzmir, (Doç. Dr. Kerziban Yenal).
- Bertozzi S, Londero AP, Fruscalzo A, Driul L, et al. Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the sixth month postpartum: a retrospective study 2011(4); 11: 12.
- Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Prevalence of urinary incontinence and affecting risk factors in women. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 2008; 28(4): 487 – 93.
- Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi göstergeleri, Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi Cilt: 8, Sayı: 15, Yıl: 2016
- Brown JS, McGhan WF, Chokroverty S. Comorbidities associated with overactive bladder. Am J Manag Care 2000; 6 (11 Suppl):S574-S579.
- Brown JS, Vittinghoff E, Wyman JF, et al. Urinary incontinence: does it increase risk for falls and fractures? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. J Am
- Bruce D, Rymer J. Symptoms of the menopause. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2009;23(1):25-32
- Bump RC, McClish DM. Cigarette smoking and pure genuine stress incontinence of Butterworth-Heinemann, 1999: 19-32.
- Castro D, Espuna M, Prieto M, Badia X. Prevalence of overactive bladder in Spain: a population-based study. 2005 Mar; 58(2):131-8.
- Chen Overactive bladder syndrome among community-dwelling adults in Taiwan: prevalence, correlates, perception, and treatment seeking. Urologia internationalis 2006;77(4):327-33.
- Christian T, Stefan H, Anton P, et al. Prevalence of the overactive bladder syndrome by applying the international continence society definition. EurUrol, 2005;48:6227

Corcos J, Schick E. Prevalence of overactive bladder and incontinence in Canada. *Can J Urol*. 2004 Jun;11(3):2278-84.

Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, Kopp ZS, Kelleher ZS, Milsom I .The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from EPIC study. *BJU Int* 2008; 101(11):1388-1395

Çam C, Karateke A, Sakallı M: Validation of the short forms of Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) and Urogenital Distress Inventory (UDI-6) in a Turkish Population. *Neurourol Urodyn*. 2006; 26: 129-133.

Çankaya A. Aşırı aktif mesane tanısı almış kadınlarda mesane günlüklerinin incelenmesi. 2008, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Yard. Doç. Dr. Ümran Yeşiltepe Oskay)

Çetinel B, Demirkesen O, Tarcan T, et al. Hidden female urinary incontinence in urology and obstetrics and gynecology outpatient clinics in Turkey: what are the determinants of bothersome urinary incontinence and help-seeking behavior, *International Urogynecology Journal*, June 2007, Volume 18,6, 659–664

Çetinel B. İdrar kaçırma. tanılama Sınıflandırma, değerlendirme ve tipleri. *Türkiye Üroloji Dergisi*, 2005, 2 (31), 246-252.

Dai Ö. Pelvik organ prolapsuslu olgularda prolapsus onarım cerrahisinin aşırı aktif mesane üzerine etkisinin klinik testler, semptom sorgulama yaşam kalite anketleri ve klinik ambulatuvar ürodinami testi ile incelenmesi. 2014, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, (Prof. Dr. Fulya Dökmeçi)

Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MM. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. *BJU international*, 2003 Jul 1; 92(1): 69-77.

Demir S, Beji NK. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışları. *F.N. Hem. Derg* (2015) Cilt 23 - Sayı 1: 23-31 ISSN 2147-4923

Diez-Itza I, Ibanez L, Arrue M, Paredes J, Murgiondo A, Sarasqueta c. Influence Of Maternal Weight On The New Onset Of Stress Urinary Incontinence In Pregnant Women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009; 20(10):1259-63

Dinç A. Epidemiology of urinary incontinence and risk factors. *Recent Advances in Health Sciences*. 2016; 459-471.

Drake MJ, Harvey IJ, Gillespie JI, Van Duyl WA. Localised modular contractions in the normal human bladder and in urinary urgency. *BJU Int* 2005; 95:1002-1005

Elder JA, Messinger-Rapport BJ, Thacker HL. Special issues in women's health: hormonal healthy issues of early&late postmenopausal women. In: Landefeld CS, Palmer RM, Johnson Ma, Johnston CB, Lyons WL (eds). *Current Geriatric Diagnosis & Treatment*, New York: McGraw Hill Co. Inc. 2004; 359-367.

Freeman RM, Adekanmi OA. Overactive bladder. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2005 Dec;19(6):829-41.

Fry CH. Obesity and the overactive bladder. *Current bladder dysfunction report*, 2013; (8): 62-68..

Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline. *American Urological Association (AUA)*; 2012 May www.auanet.org/content/clinical-practiceguidelines/clinical-guidelines.cfm#2

Grodstein F, Fretts R, Lifford K, Resnick N, Curhan G. Association of age, race, and obstetric history with urinary symptoms among women in the Nurses' Health Study. *Am J Obstet Gynecol*. 2003 Aug;189(2):428-34.

Guyton & Hall. *Textbook of Medical Physiology*. ; 9th.ed. 1996; 405-408.

Güler TC. Doğurgan çağda kadınlarda görülen üriner inkontinansın sağlık, sosyal, seksüel ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. 2006, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 143 sayfa, Denizli, (Yrd.Doç. Dr. Nesrin YAĞCI).

Güner H, Yazıcı FG, Ürojinekoloji, Güner H, (Ed) Kadın Genital Sistemi ve Pelvik Taban Anatomisi, 1. Baskı, Ankara; Atlas Kitapçılık, 2001: 1-27

Ham E, Choi H, Seo Jt, Kim Hg, Palmer Mh, Kim I. Risk factors for female urinary incontinence among middle-aged Korean women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009; 18:181-6.

Hannestad Y, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S, Nord-Trøndelag NESoLitCo. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. J Clin Epidemiol*. 2000 Nov; 53(11): 1150-7.

Hashim H, Abrams P. Aşırı aktif mesane: bir güncelleme. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, Cilt 1, Sayı 3, 2007.

Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM et al: An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2010; 29: 4, 2-12.

Herrmann V, Scarpa K, Palma PCR, Riccetto CZ. Stress urinary incontinence 3 years after pregnancy: correlation to mode of delivery and parity. *Int Urogynecol J* 2008; 20(3): 281-8.

Homma Y, Yamaguchi O, Hayashi K: An epidemiological survey of overactive bladder symptoms in Japan. *BJU Int*. 2005 Dec; 96(9): 1314-18.

Hsieh CH, Lee MS, Lee MC, Kuo TC, Hsu CS, Chang ST. Taiwan J. Risk factors for urinary incontinence in Taiwanese women aged 20-59 years. *Obstet Gynecol*, 2008; 47: 197-202.

Hu TW, Wagner TH, Bentkover JD, et al. Estimated economic costs of overactive bladder in the United States. *Urology* 2003; 61: 1123-1128.

Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B, Milsom I, Abrams P. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction *BJU Int*. 2011 Oct; 108(7): 1132-8 25.

Irwin DE, Milsom I, Hunskar S, et al. Populationbased survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. Eur Urol 2006; 50: 1306- 1314

Irwin DE, Milsom I, Kopp Z, Abrams P. Symptom bother and health care seeking behavior among individuals with overactive bladder. Eur Urol. 2008;53(5):1029- 1039

Jo JK, Lee S, Kim YT, et al. Analysis of the risk factors for over active bladder on the basis of a survey in the community. Korean J Urol, 2012; 53(8): 541-6.

Kara M, Şentürk Ş. Menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. Van Tıp Dergisi. 2010; 17 (1):7-11.

Kızılcı S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1999; (2):18-26.

Kızılkaya BN. Ürojinekolojide Hemşirelik Yaklaşımı. Dahili Tıp Bilimleri. Fiziksel Tıp Rehabilitasyon. Ürojinekolojik Rehabilitasyon Özel Sayısı. Türkiye Klinikleri J Med. Sci.1 (45). ISSN:1035-385.

Kızılyel S. Aşırı aktif mesaneli hastaların tedavisinde, tek başına ve antikolinergik ajanla kombine edilerek kullanılan perkütan posterior tibial sinir uyarımının (PTSS) rolü. 2011, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, 74 sayfa, Elazığ, (Doç. Dr. A. Rahmi ONUR)

Kim N, Danforth MPH, Mary K, Townsend BA, Karen Lifford, MD, Gary C, Curhan MD, Neil M, Resnick MD, Francine Grodstein ScD. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2006; 339-345.

Kobelt G, Borgstrom F, Mattiasson A. Productivity, vitality and utility in a group of healthy professionally active individuals with nocturia. BJU Int 2003; 91:190-195.

Kocaöz S, Eroğlu K. Gebelik ve vajinal doğum sonrası dönemde stres üriner inkontinansın önlenmesinde konservatif tedavi yöntemleri ve hemşirenin rolleri, Türkiye Klinikleri J Nurse 2009; 1(2):94-102

- Lee YS, Lee KS, Jung JH, et al. Prevalence of overactive bladder, urinary incontinence, and lower urinary tract symptoms; results of Korean EPIC study. *World J Urol.* 2011; 29:185–190
- Markland AD, Richter HE, Fwu CW, Eggers P, Kusek JW. Prevalence and trends of urinary incontinence in adults in the United States, 2001 to 2008. *J Urol* 2011; 186:589-93.
- Martins G, Soler Z, Cordeiro J, Amaro J, Moore K. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in healthy pregnant Brazilian women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2010 Oct;21(10):1271-7.
- Memon H, Handa LV. Pelvic floor disorders following vaginal or cesarean delivery. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2012 Oct; 24(5): 349–354.
- Milsom I, Abrams P, Cardozo L, et al. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int.* 2001;87(9):760–6.
- Milsom I, Chris C Sexton, Karin S Coyne, Steven A Kaplan, Zoe Kopp. Effect of bothersome overactive bladder symptoms on health-related quality of life, anxiety, depression, and treatment seeking in the United States: results from EpiLUTS. *Urology* 2012;80(1):90-6
- Nadeem S, Hussain HF, Hussain DF, Munim TF, Feroz R, Ali N, Gul M. Prevalance of overactive bladder among females of Karachi, Pakistan. *European Journal of Pharmaceutical and Medical Research,* 2017,4(12), 77-83
- Ninomiya S, Naito K, Nakanishi K, Okayama H. Prevalence and risk factors of urinary incontinence and overactive bladder in Japanese women. *LUTS* (2018) 10, 308–314
- Nuotio M, Jylha M, Koivisto AM, Tammela TL. Association of smoking with urgency in older people. *Eur Urol.* 2001 Aug;40(2):206-12.
- Oskay ÜY, Beji NK, Yalçın Ö. A study on urogenital complaints of postmenopausal women aged 50 and over. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005; 84:72-8.

- Özer NE. Menapoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. 2017, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 90 sayfa, Çanakkale, (Yard. Doç. Dr. Ayten Dinç)
- Özerdoğan N, Kızılkaya Beji N, Yalçın O, "Urinary incontinence: its prevalence risk factors and effects on the QOL of women living in a region of Turkey" Gynecologic and Obstetric Investigation (Gynecol Obstet Invest) Vol: 58, Sayı: 3, p:145-150, 2004
- Özgür Yeniel A, Mete Ergenoglu A, Meseri R, Hadimli A, Askar N, Mete Itil I. The prevalence of probable overactive bladder, associated risk factors and its effect on quality of life among Turkish midwifery students. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2012 Sep;164(1):105-9
- Öztürk GZ, Toprak D, Basa E. 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2012; 46:170-176
- Parazzini F, Chiaffarino F, Lavezzari M, Giambanco V. VIVA Study Group. Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy. BJOG. 2003; 110(10):927-
- Qu HC, Yan S, Zhang XL, Zhu XW, Liu YL, Wang P. Urinary nerve growth factor levels could be a biomarker for overactive bladder symptom: a metaanalysis. Genet Mol Res. 2014 Apr 14; 13(4):8609-19.
- Quinn P, Goka J, Richardson H. Assessment of an electronic daily diary in patient with overactive bladder. BJU International, 2003, 91(7): 647-652
- Reeves P, Irwin D, Kelleher C, et al. The current and future burden and cost of overactive bladder in five European countries. Eur Urol 2006; 50:1050-1057
- Richter H, Kenton K, Huang L, Nygaard I, Kraus S, Whitcomb E, et al. The impact of obesity on urinary incontinence symptoms, severity, urodynamic characteristics and quality of life. J Urol. 2010 Feb;183(2):622-8
- Salcedo LF, et al. 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 Sep;24(9):1559-66

- Santos PC, Mendonca D, Alves O, Barbosa AM. Prevalence and impact of stress urinary incontinence before and during pregnancy. *Acta Med Port* 2006;19(5): 349
- Sarıcı H, Ozgur BC, Telli O, et al: The prevalence of overactive bladder syndrome and urinary incontinence in a Turkish women population: associated risk factors and effect on Quality of life. *Urologia*, 2016 May 24;83(2):93-8
- Sever N. Menopozal dönemde kadınlar da alt üriner sistem semptomlarının belirlenmesi. 2010, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, 101 sayfa, İstanbul, (Yard. Doç. Dr. Ümran Yeşiltepe Oskay)
- Snooks SJ, Barnes PRH, Setchell M, Henry MM. Damage to the innervation of pelvic floor musculature in chronic constipation. *Gastroenterology* 1985; 89: 977- 98
- Song YF, Lin J, Li YQ, He XY, Xu B, Hao L, Song, J. Analysis of risk factors about stress urinary incontinence in femalezhonghua fu chan ke za zhi. 2003, Dec, 38(12), 737-40.
- Steers, WD. Pathophysiology of overactive bladder and urge urinary incontinence. *Reviews in Urology*, 2002; 4 (suppl 4), 7-8.
- Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, Abrams P, Herzog AR, Corey R, et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol* 2003; 20: 327-337.
- Tanagho EA, McAninch JW. Smith Genel Üroloji. Editör: Kazancı G, 17.Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2009
- Tarcan T, Mangır N, Özgür MÖ, Akbal C. OAB-V8 AAM Sorgulama Formu Validasyon Çalışması Üroloji Bülteni (2012), 21, 113-116
- Tarcan T. Aşırı aktif mesane sendromu. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2005, 1(5): 49-55.
- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Akademisyen Kitapevi. XIII. Baskı, Ankara, 2016.
- Telekon C, Caraver F, Weber FA, Telekon PE, Moraes JF, Sogari PR, Graziottin TM. Overactive bladder: prevalence and implications in Brazil. *Eur. Urol.* 2006 49 (6), 1087–1092

- Teleman PM, Lidfeldt J, Nerbrand C, Samsioe G, Mattiasson A. Overactive bladder: prevalence, risk factors and relation to stress incontinence in middle-aged women, BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology June 2004, Vol. 111, pp. 600–604
- Temml C, Heidler S, Ponholzer A, et al. Prevalence of the overactive bladder syndrome by applying the International Continence Society definition, Eur Urol, 2005;48:622–7
- Tikkinen KAO, Tammela TLJ, Rissanen AM, Valpas A, Huhtala H, Auvinen A. Is the prevalence of overactive bladder overestimated? A population-based study in Finland. PLoS One 2007;2:195
- Torrise G, Minini G, Bernasconi F, Perrone A, Trezza G, Guardabasso V, et al. A Prospective Study Of Pelvic Floor Dysfunctions Related To Delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2012; 160(1):110-5.
- TÜİK, http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2015_58_20151008.pdf Erişim Tarihi:15.06.2017
- Tükel O. Aşırı aktif mesane prevalansı. 2005, Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 68 Sayfa, Isparta, (Doç. Dr. Tekin Ahmet Serel)
- Van Geelen JM, Van de Weijer PH, Arnolds HT. Urogenital symptoms and resulting urine. A comparison of risk factors and determinants between smokers and nonsmokers. Am J Obstet Gynecol 1994; 170: 579-582.
- Walsh PC, Retik AB, Kavoussi LR, Vaughan ED, Novick AC, Wein AJ et al. Campbell-Walsh Urology, 10th edition 2012
- Wein AJ, Rackley RR. Overactive bladder: A better understanding of pathophysiology, diagnosis and management. J Urol. 2006; 175(3): 5-10.
- World Health Organization (WHO). Obesity and overweight, 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Erişim tarihi: 06/07/2018
- World Health Organization. Measuring quality of life: the development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). Geneva: WHO, 1993.

Yaman S, Göğüş O, Anafarta K. Ürogenital organların anatomik ve histolojik yapısı. Ankara: Güneş Kitapevi, 1990.

Zhang W, Song Y, He X. et al. Prevalence and risk factors of overactive bladder syndrome in Fuzhou Chinese women. Neurourology and Urodynamics, 2006, 25:717-721.

Zümrütbaş AE, Bozkurt AI, Tas E, et al:Prevalance of lower urinary tract symptoms, overactive bladder and urinary incontinence in western Turkey: Results of a population-based survey. Int J Urol 2014 21, 1027–1033.



8. EKLER

EK 1. Anket Formu

ÇANAKKALE İLİ GELİBOLU İLÇESİNDE 20 YAŞ ÜSTÜ KADINLARDA AŞIRI AKTİF MESANE PREVALANSI VE RİSK FAKTÖRLERİ

Sevgili katılımcı,

Bu çalışma toplumdaki 20 yaş üstü kadınlarda aşırı aktif mesane görülme sıklığını ve aşırı aktif mesaneye neden olan faktörleri saptamak amacıyla yapılacaktır. Verilerden elde edilen sonuçlar Yüksek Lisans tezinde kullanılacak olup, sadece bilimsel amaçlıdır. Anket sorularında kimliğinizi ortaya çıkaracak bilgiler olmamakla birlikte, vereceğiniz bilgiler gizli tutulacaktır.

Katkınız için teşekkür ederim.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi
Burçin Yılmaz

1. Yaş..

2. Boy...

3. Kilo...

4. BKL..

5. Eğitim durumunuz nedir?

1- Okur-yazar değil

2- Okur yazar

3-İlkokul mezunu

4- Ortaokul mezunu

5- Lise mezunu

6. Üniversite mezunu

7-Yüksek lisans mezunu 8-Doktora mezunu

6.Mesleğiniz...

7.Çalışma Durumu

1-Çalışıyor 2.Çalışmıyor

8.Medeni durumunuz

1-Evli 2-Bekar 3-Boşanmış

9.Gelir durumunuz

1-Gelir giderden fazla

2-Gelir gidere eşit

3-Gelir giderden az

10.Bilinen kronik bir hastalığınız var mı?

Kişisel alışkanlıklar

11.Sigara içme

1-Evet(miktarı....) 2-Hayır

12.Alkol alma

1-Evet(miktarı....) 2-Hayır

13-Kafeinli içecek alımı

1-Evet(Miktarı....) 2-Hayır

14.Kabızlık şikayeti

1.Evet(Miktarı...) 2-Hayır

15.Kabızlık sıklığı

1-Sık sık 2-Ara ara 3-Nadiren

16.Sürekli kullandığınız ilaç var mı?

1-Evet(adımı belirtiniz.....)

2-Hayır

17.Uyku problemi yaşıyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır

18.Günde kaç saat uyuyorsunuz?

1.6 saatten az 2-6-8 saat 3-8 saatten fazla

19.Depresyon öykünüz var mı?

1-Evet 2-Hayır

Obstetrik-Jinekolojik Öykü

20.Çocuk sayınız...

21.Doğum şekliniz.

1-sezaryen doğum 2.Normal doğum

22.Doğumda en ağır bebek kilosu.....

23.Doğumda epizyotomi uygulandı mı?

1-Evet 2-Hayır

24.Menapoza girdiniz mi?

1-Evet 2-Hayır

25.Menopaza girdiyseniz; kaç yaşında girdiniz?

26. Jinekolojik ameliyat geçirme durumu

1-Evet 2-Hayır

27. Gün içinde kaç kez ieme ihtiyaı ile tuvalete gidersiniz?

1-6 kez 7-8 kez 8 den fazla

28. Gece idrara kalkıyor musunuz?

Hiç 1 kez 2den fazla

29. Aniden idrar yapma hissi oluyor ve tuvalete koşuyor musunuz?

Asla Nadiren Bazen oğu Zaman Her Zaman

30. Ani idrar yapma hissi geldiğinde idrar kaçırıyor musunuz?

Asla Nadiren Bazen oğu Zaman Her Zaman

31. Hangi durumlarda idrar kaırılıyorsunuz? (lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz)

- Hiçbir zaman-idrar kaırmıyorum.
- Tuvalete yetişemededen idrar kaçırıyorum.
- ksrrken veya hapşırırken kaçırıyorum.
- Hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçırıyorum.
- İşemeyi bitirip giyinirken idrar kaçırıyorum.
- Belirgin bir neden olmadan kaçırıyorum.
- Her zaman kaçırıyorum.

EK 2. OAB-V8 Formu (Overactive Bladder-Validated-8)

OAB-V8	Hiç	Çok az	Biraz	Epey	Çok	Çok Fazla
Gündüz sık idrara çıkma	0	1	2	3	4	5
Rahatsız edici bir idrar sıkışması	0	1	2	3	4	5
Ani, beklenmedik bir idrar sıkışması	0	1	2	3	4	5
Kazara az miktarda idrar sıkışması	0	1	2	3	4	5
Gece idrara gitme	0	1	2	3	4	5
Gece idrar yapma ihtiyacı ile uyanma	0	1	2	3	4	5
Kontrol edilemez bir idrar sıkışması	0	1	2	3	4	5
Aşırı idrar yapma isteği ile birlikte idrar kaçırma	0	1	2	3	4	5

EK 3. UDI-6 Formu (Urinary Distress Inventory-6)

UDI-6	Hiçbir Zaman	Hafif	Orta	Şiddetli
Sık olarak idrara çıkıyor musunuz?	0	1	2	3
Birden tuvaletinizin geldiğini hissedip idrar kaçırdığınız oluyor mu?	0	1	2	3
Fizik aktivite, hapşırma veya öksürme ile birlikte idrar kaçırıyor musunuz?	0	1	2	3
İdrar kaçırdığınız az miktarda mı? (damla damla gibi..)	0	1	2	3
İdrar torbanızı tamamen boşaltmada zorluk çekiyor musunuz?	0	1	2	3
Kasıklarınızda veya genital (cinsel) bölgenizde ağrı veya rahatsızlık hissi oluyor mu?	0	1	2	3

EK 4. IIQ-7 Formu (Incontinence Impact Questionnaire-7)

Geçtiğimiz ay boyunca, idrar kaçırmamızın aşağıdaki işleri yapmanıza etkisi oldu mu?

IIQ-7	Hiçbir Zaman	Yarisından Azında	Yaklaşık Yarisında	Yarisından Daha Fazlasında	Her zaman
Günlük ev işlerinizi yapmanızda problem yaratıyor mu? (Yemek pişirme, çamaşır, bulaşık, ev temizliği gibi)	0	1	2	3	4
Yürüme, yüzme veya diğer egzersizler gibi fiziksel aktivitelere engel oluyor mu?	0	1	2	3	4
Eğlence aktivitelerine (sinema, konser, ev oturması, akraba ziyareti) katılmanızda problem yaratıyor mu?	0	1	2	3	4
Araba veya otobüsle 30 dakikadan daha fazla yolculuk yapmanıza engel oluyor mu?	0	1	2	3	4
Ev dışında sosyal aktivitelere katılmanıza engel oluyor mu?	0	1	2	3	4
Duygusal sağlığınızda (sinirlilik, depresyon vb.) problem yaratıyor mu?	0	1	2	3	4
Hayal kırıklığına uğramanıza neden oluyor mu?	0	1	2	3	4

EK 5. Etik Kurul Karar Formu

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 18920478-050.01.04-E.84883
Konu : Başvuru İncelemesi

29.07.2016


Sayın Yrd.Doç.Dr. Ayten DİNÇ

Yürütücülüğünü yapmış olduğunuz "Çanakkale İli Gelibolu İlçesinde 20 Yaş Üstü Kadınlarda Aşırı Aktif Mesane Prevalansı ve Risk Faktörleri" başlıklı 2011-KAEK-27/2016-E.77716 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 27/07/2016 tarih ve 14-03 nolu kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Karar Tarihi :27.07.2016 14:00
Karar No :2016-14

Karar-03)2011-KAEK-27/2016-E.77716 no'lu araştırma ile ilgili olarak, proje yürütücüsü Yrd. Doç. Dr. Ayten DİNÇ'in sunumunun dinlenmesinin ve raportörün hazırladığı değerlendirilmenin okunması sonrasında yapılan oylamada "**ETİK KURUL ONAYINI ALIR.**" kararı verilmiştir.

 e-imzalıdır

Prof. Dr. Öztürk ÖZDEMİR
Başkan

Not: 5970 sayılı elektronik imza kanuna gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Faize OTURAN
Sekreter

EK 6. Gelibolu Devlet Hastanesi'nde Çalışma Yapılmasına Dair İzin Onay Formu



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Çanakkale İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 33598204/774.01.99
Konu : Araştırma Çalışması

Sayın BURÇİN YILMAZ

İlgi: 01/07/2017 tarihli yazınız;

Çanakkale Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğimize bağlı Gelibolu Devlet Hastanesinde 01.09.2016 - 30.06.2017 tarihleri arasında 10 (on) ay süre ile " Çanakkale İli Gelibolu İlçesinde 20 Yaş Üstü Kadınlarda Aşırı Aktif Mesane Prevelansı ve Risk Faktörleri" konulu anket çalışmanızı Hasta ve Çalışan Güvenliği kriterleri ile Gönüllülük esasları kapsamında yapmanız Genel Sekreterliğimizce uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Op. Dr. Tezcan SEZGİN
Genel Sekreter

TOKİ 960 Konutları Hamidiye Mah. Rauf Denktaş Cad. No: 3 Kepez/ÇANAKKALE

Faks No:0 286 217 63 63

e-Posta:sakibe.karaturna@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Sakibe KARATURNA Eğitim
AR-GE Birimi Tel:0 (286) 262 00 10 Dahili 1201 Faks: 0 (286) 217 63 63 E-posta :
sakibe.karaturna@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden fc088a5b-0556-4eb9-b71d-8e63676cc034 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Sakibe KARATURNA

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:02862620010

EK 7. Bilgilendirmiş Onam Formu



ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU					
Doküman:	Form- 11	Revizyon No:	02	Revizyon Tarihi:	23 / 01 / 2012

Çalışmanın adı: 'Çanakkale İli Gelibolu İlçesinde 20 Yaş Üstü Kadınlarda Aşırı Aktif Mesane Prevalansı ve Risk Faktörleri

1. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.

Yrd. Doç. Dr. Ayten Dinç, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı , 02862181397/2619

Burçin YILMAZ, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi, 05433116842

2. Araştırmanın amacı ve kısa özeti:

Aşırı aktif mesane sık idrara çıkma, gece idrara çıkma, idrar kaçırma şikayeti olsun veya olmasın, sıkışma hissi olarak tanımlanır.

Genellikle ilerleyen yaşın normal bir sonucu olarak görülmekte veya utanma, çekinme gibi nedenlerle doktora gidilmemektedir. Aşırı aktif mesane yaşamı tehdit edici bir durum olmamasına rağmen bireylerde yarattığı sosyal, ekonomik, hijyenik ve duygusal baskılar nedeni ile yaşam kalitesini de anlamlı ölçüde azalttığı düşünülmektedir.

Biz bu araştırmada; 20 yaş üstü kadınlarda aşırı aktif mesane sıklığını ve nedenlerini ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemeyi amaçladık.

3. Bu araştırma için neden siz seçildiniz?

20 yaş ve üstü olduğunuz için siz seçildiniz.

4. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Araştırmaya katılma zorunluluğunuz yoktur ve araştırmanın herhangi bir aşamasında bildirmeden araştırmadan ayrılma hakkınız vardır.

5. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Size bazı anketler verilerek cevaplamanız istenecektir.

6. Araştırmaya katılmak size bir zarar verecek mi? Sizin için olumsuz yönleri/riskleri olacak mı?

Araştırmaya katılmanız halinde herhangi ekstra bir risk bulunmamaktadır.

7. Araştırmaya katılmanın size olası yararları nelerdir? Araştırmaya katılmak size bir fayda/üstünlük sağlayacak mı?

Çalışmaya katılmanız halinde herhangi bir maddi kazancınız olmayacaktır.

8. Araştırma için masrafım olacak mı? Araştırmanın benim için maddi bedeli var mı?

Araştırmaya katılmanız halinde herhangi bir ücret ödemeyeceksiniz

9. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Anketler isimsiz olarak doldurulacaktır.

10. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

İsterseniz araştırma sonunda size araştırmanın sonucu ile ilgili bilgi verilecektir.

11. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Araştırmanın sonuçları yüksek lisans tezi olarak yayınlanacaktır.

12. Daha ayrıntılı bilgi için

Yrd. Doç. Dr. Ayten DİNÇ'e başvurabilirsiniz. Tel. 02862181397/2619

13. Teşekkür: Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

BU BİLGİLENDİRME FORMU SİZDE KALACAKTIR. ARAŞTIRMAYA KATILMAK İSTERSENİZ AŞAĞIDA YER ALAN ONAM FORMUNU İMZALAMANIZ GEREKMEKTEDİR.

ONAM FORMU (D²)

'Çanakkale İli Gelibolu İlçesinde 20 Yaş Üstü Kadınlarda Aşırı Aktif Mesane Prevalansı ve Risk Faktörleri		
	Evet	Hayır
Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız.</i>		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

EK 8. Özgeçmiş
Kişisel Bilgiler

Adı	BURÇİN	Soyadı	KARAKAŞ
Doğum Yeri	GELİBOLU	Doğum Tarihi	15.06.1991
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	
E-mail	brcnylmz@windowlive.com	Tel	05433116842

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	2019
Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi	2014

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Lapseki Devlet Hastanesi	2018-Halen
2.	Hemşire	Gelibolu Devlet Hastanesi	2015-2018
3.	Hemşire	Acıbadem International Hospital	2014-2015

Yabancı Dil Sınav Notu#

KPDS	ÜDS	YDS	IELTS	TOEFL L IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır# KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; YDS: Yabancı Dil Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

A-Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Diğer:

1. Burçin Karakaş, Ayten Dinç, Çanakkale İli Gelibolu İlçesinde 20 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Risk Faktörleri, Trakya Üniversiteler Birliği III. Lisansüstü Öğrenci Kongresi, Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ, 3 Mayıs 2018

B-Katıldığı Uluslararası ve ulusal konferans ve kongreler:

- 1.Trakya Üniversiteler Birliği III. Lisansüstü Öğrenci Kongresi, Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ, 3 Mayıs 2018

C-Sertifikalar:

-

D-Ödüller:

-

**EK 9. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Spiralli/Ciltli Tez Yazım Kontrol Listesi**

KONTROL BAŞLIĞI	ÖĞRENCİ	DANIŞMAN
Tez yazımında kullanılan yazı tipi	✓UYGUN	✓UYGUN
Sayfa kenar boşlukları	✓UYGUN	✓UYGUN
Kapak sayfası düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
İç kapak sayfası düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
Onay sayfası düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
Beyan sayfası içeriği ve düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
İçindekiler sayfası düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
Teşekkür sayfası	✓UYGUN	✓UYGUN
Türkçe özet	✓UYGUN	✓UYGUN
İngilizce özet	✓UYGUN	✓UYGUN
Simgeler ve kısaltmalar dizini	✓UYGUN	✓UYGUN
Şekiller dizini	✓UYGUN	✓UYGUN
Tablolar dizini	✓UYGUN	✓UYGUN
Tezin ön sayfalarının sıralaması	✓UYGUN	✓UYGUN
Ön sayfaların numaralandırılması	✓UYGUN	✓UYGUN
Sayfalarının numaralandırılması	✓UYGUN	✓UYGUN
Başlıklarının numaralandırılması	✓UYGUN	✓UYGUN
Şekil, resim ve tablo numaralandırması	✓UYGUN	✓UYGUN
Yöntem ve Gereç	✓UYGUN	✓UYGUN
Bulgular	✓UYGUN	✓UYGUN
Tartışma	✓UYGUN	✓UYGUN
Sonuç ve Öneriler	✓UYGUN	✓UYGUN
Kaynaklar	✓UYGUN	✓UYGUN
Atıflar (alıntı ve göndermeler)	✓UYGUN	✓UYGUN
Ekler (etik kurul onayı, vs)	✓UYGUN	✓UYGUN
Tez planı	✓UYGUN	✓UYGUN
Dil (anlatım, yazım –imla)	✓UYGUN	✓UYGUN
Kâğıt ve baskı özelliği	✓UYGUN	✓UYGUN
Tezin son şeklinin elektronik kopyası	✓UYGUN	✓UYGUN
Tarih: 10/07/2019 Öğrenci Burçin KARAKAŞ İmza	Tarih: 10/07/2019 Danışman Doc. Dr. Ayten DİNÇ İmza	

EK 10. Spiralli Tez Kontrol Formu

	Evet	Hayır
1) Amblem renkli ve 2x2 cm boyutunda olmalıdır.	✓	
2) Kapakta sadece başlık bold ve 14 punto, diğer yazılar normal renkte ve 12 punto yazılmalıdır.	✓	
3) Tez savunma sınavında kabul edilmiş tezler için, tezin sırtı tez yazım kılavuzuna uygun olarak düzenlenmiş olmalıdır.	✓	
4) Kabul edilmiş tez konusu ile tezin baş sayfasındaki tez konusu aynı olmalıdır.	✓	
5) Beyan eksiksiz ve imzalı olarak Tez Yazım Kılavuzundaki gibi konmalıdır.	✓	
6) Özet ve Summary 250'şer kelimeyi aşmamalıdır. (1 sayfa)	✓	
7) Anahtar kelimeler (en fazla) 5 adet olmalıdır.	✓	
8) İngilizce özetin başında konu başlığı yazılmalıdır.	✓	
9) Metin ve kaynakların tümü 1,5 aralıklı olmalıdır.	✓	
10) Tezde yazım karakteri olarak "Times New Roman" kullanılmalıdır.	✓	
11) Web sayfa kaynakları metin içinde de geçmelidir (parantez içinde güncelleme tarihi ile birlikte). Kaynaklar bölümünde de cümlelerin sonunda Erişim adresi ve Erişim tarihi sırasıyla verilmelidir.	✓	
12) Çalışmanın Etik Kurul onayı, varsa kurum onayı tezin en arkasına konmalıdır.	✓	

Tarih: 10 / 07 / 2019 Öğrenci Burçin KARAKAŞ İmza	Tarih: 10 / 07 / 2019 Danışmanın Doç. Dr. Ayten DİNÇ İmza
--	--