



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AŞIRI AKTİF MESANELİ KADINLARDA SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞ EĞİTİMİNİN TEDAVİ ÜZERİNE ETKİSİ**

GÜLSEN ÇAYIR
DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN
Prof. Dr. NEZİHE KIZILKAYA BEJİ

İSTANBUL-2017



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AŞIRI AKTİF MESANELİ KADINLARDA SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞ EĞİTİMİNİN TEDAVİ ÜZERİNE ETKİSİ**

GÜLSEN ÇAYIR
DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN
Prof. Dr. NEZİHE KIZILKAYA BEJİ

İSTANBUL-2017

BİTİRME SINAV SONUCU

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik programı Doktora Öğrencisi Gülşen ÇAYIR tarafından hazırlanan "*Ayrı Aktif Mesaneî Kadınlarca Sağlıkla Yaşam Biçimi Davranış Eğitiminin Tedavi Üzerine Etkisi*" konulu çalışması jürimizde Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savınma Tarihi : 16.02.2017

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi Prof. Dr. Nezibe KIZILKAYA BEJİ
(BİRÜNİ Üniversitesi SBF)
Tez Danışmanı

Jüri Üyesi Prof. Dr. Önay YALÇIN
(Serbest)

Jüri Üyesi Prof. Dr. Anayit COŞKUN
(Bezmialem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Jüri Üyesi Prof. Dr. Necmiye SABUNCU
(Halîç Üniversitesi İHYO)

Jüri Üyesi Yrd. Doç. Dr. Malhule BATMAZ
(Halîç Üniversitesi İHYO)

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr. M. Güneş YAVUZER
Sağlık Bilimleri Ens. Vekil Müdürü

İNTİHAL RAPORU

Turnitin Orijinallik Raporu

AŞIRI AKTİF MESANELİ KADINLARDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞ EĞİTİMİNİN TEDAVİ ÜZERİNE ETKİSİ Gülsen Çayır tarafından



ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN YAŞADIKLARI SORUNLAR (Hemşirelik Lisansüstü) den

- 25-Oca-2017 15:46 EET' de işleme konu
- NUMARA: 762523209
- Kelime Sayısı: 36074

Benzerlik Endeksi

%10

Kaynağa göre Benzerlik

İnternet Sources:

%9

Yayımlar:

%6

Öğrenci Ödevleri:

%2

I) TEŞEKKÜR

Doktora öğrenimim ve tez çalışmam sırasında bana, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyerek yol gösteren, akademik ve bireysel gelişimim için imkânlar sağlayan ve bilimsel destek veren çok değerli hocam ve tez danışmanım Sn. Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji'ye,

Tez çalışmam için gerekli uygulama iznini veren, tez izleme dönemimde değerli katkılarını ve desteklerini esirgemeyen değerli hocam Sn. Prof. Dr. Önay Yalçın'a ve Ürojinekoloji Bilim Dalında çalışan doktor, hemşire, sekreter, temizlik personellerine ve hastalara,

Doktora öğrenimim sırasında ders aldığım başta Sn. Prof. Dr. Anayit Margirit Coşkun olmak üzere tüm hocalarıma ve ayrıca eğitim kitapçığının hazırlanması sırasında desteğini esirgemeyen hocam Sn. Prof. Dr. Merdiye Şendir'e, tez izleme dönemimde değerli katkılarını ve desteklerini esirgemeyen hocam Sn. Yrd. Doç. Dr. Makbule Batmaz'a,

Öğrenimim süresince benden manevi yardımını esirgemeyen, yaşantımı kolaylaştıran ablama ve tüm arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

Doktora öğrenimimi bitirdiğimi göremeyen annemin ışıklar içinde yatması dileğimle.

Gülşen Çayır

II) İÇİNDEKİLER

	Sayfa
I. TEŞEKKÜR	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. KISALTMALAR VE SİMGELER	VI
IV. ŞEKİL, RESİM VE TABLOLAR LİSTESİ	VII
i. Şekillerin Listesi	
ii. Tabloların Listesi	
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	4
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Aşırı Aktif Mesane Fizyopatolojisi	8
4.2. Aşırı Aktif Mesane Epidemiyolojisi	8
4.3. Aşırı Aktif Mesane Risk Faktörleri	9
4.3.1. Yaşlanma	9
4.3.2. Kadın olmak	10
4.3.3. Obezite	10
4.3.4. Sigara	11
4.3.5. Üreme faktörleri	11
4.3.6. Psikolojik bozukluklar	11
4.3.7. İdrar Yolu Enfeksiyonu	11
4.3.8. Jinekolojik Operasyonlar	11
4.3.9. Komorbid hastalıklar	12
4.4. Aşırı Aktif Mesanede Kadının Değerlendirmesi	12
4.4.1. Anamnez	12
4.4.2. Fiziksel muayene	12
4.4.3. İdrar analizi	13
4.4.4. Üriner günlük	13
4.4.5. Ped testi	13
4.4.6. Rezidüel idrar	13
4.4.7. Yaşam kalitesi	13
4.4.8. Aşırı Aktif Mesanede ileri tetkikler	14
	II

4.5. Aşırı Aktif Mesane Tedavi Yöntemleri	15
4.5.1. Aşırı Aktif Mesane Semptomlarını Önlemek ve Yönetmek için Uygulanan Davranışsal Girişimler	17
4.5.1.1. Sıvı alımı	17
4.5.1.2. Diyet	17
4.5.1.3. Defekasyon	18
4.5.1.4. Kilo kontrolü	19
4.5.1.5. Sigara	20
4.5.1.6. Kronik hastalıklar	20
4.5.1.7. Kullanılan ilaçlar	20
4.5.1.8. İdrar Yol Enfeksiyonu	21
4.5.1.9. Stres Yönetimi	22
4.5.2. Aşırı Aktif Mesane Semptomlarını Önlemek ve Yönetmek için Uygulanan Teknikler	22
4.5.2.1. İşeme aralığı	23
4.5.2.2. Tuvalete gitme programı oluşturma	23
4.5.2.3. Mesane eğitimi	23
4.5.2.4. Zihinsel konsantrasyon	24
4.5.2.5. Pelvik taban kas kontraksiyonu	25
4.5.2.6. Pelvik taban kas egzersizleri	25
4.5.2.7. Biofeedback	27
4.5.2.8. Fonksiyonel elektriksel stimülasyon (FES)	27
4.5.2.9. Nöromodülasyon	28
4.5.2.10. Ekstrakorporal Manyetik stimülasyon (EMS)	28
4.5.3. Aşırı Aktif Mesane Semptomlarını Önlemek ve Yönetmek için Uygulanan Oral Medikal Tedaviler	28
4.6. Aşırı Aktif Mesaneli Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	29
4.7. Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM)'Ne Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	30
4.7.1. Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Temel Kavram ve Tanımları	32
4.7.1.1. Bireysel özellikler ve deneyimler	32
4.7.1.1.A. Önceki ilgili davranış	32

4.7.1.1.B. Bireysel faktörler	32
4.7.1.2. Davranışa özgü biliş ve duygu durum	32
4.7.1.2.A. Eylemin algılanan yararları	32
4.7.1.2.B. Eylemin algılanan engelleri	33
4.7.1.2.C. Algılanan öz-etkililik	33
4.7.1.2.D. Aktivite ile ilgili etki	33
4.7.1.2.E. Kişilerarası etkiler	33
4.7.1.2.F. Durumsal etkiler	34
4.7.1.3. Davranış Sonucu	34
4.7.1.3.A. Bir eylem planına bağlılık	34
4.7.1.3.B. Acil, öncelikli istekler ve hedefler	34
4.7.1.3.C. Sağlık geliştirme davranışı	34
4.8. Aşırı Aktif Mesaneli Kadınlarda Sağlık Çalışanının Rolü	35
5. GEREÇ VE YÖNTEM	40
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	40
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	40
5.3. Araştırmanın Örneklem Seçimi	41
5.4. Veri Toplama Araçları	43
5.5. Veri Toplama Yöntemi	50
5.6. Araştırmanın Etik Yönü	54
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi	54
5.8. Araştırma Yapılırken Yaşanan Güçlükler	54
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	54
6. BULGULAR	55
6.1. AAM’li Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	55
6.2. AAM’li Kadınların Tedavi Öncesi ve Sonrası Tanıtıcı ve Üriner Şikâyetlerine Yönelik Bulgular	63
6.3. Girişim Grubu AAM’li Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Ölçeklerin Toplam Puanına İlişkin Bulgular	102

7. TARTIŞMA	108
7.1. AAM'li Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	108
7.2. AAM'Lİ Kadınların Tedavi Öncesi ve Sonrası Tanıtıcı ve Üriner Şikâyetlerine Yönelik Bulguların Tartışılması	115
7.3. Girişim Grubu AAM'li Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Ölçeklerin Toplam Puanına İlişkin Bulguların Tartışılması	129
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	132
9. KAYNAKLAR	138
10. EKLER	152
EK: 1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	152
EK: 2 Tanıtıcı Bilgi Formu	153
EK: 3A Üriner Günlük Açıklama	156
EK: 3B Üriner Günlük	157
EK: 4 Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu (OAB V8)	158
EK: 5 KSA Sağlık Anketi	159
EK: 6 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	160
EK: 7 Kısa Semptom Envanteri	163
EK: 8 Uygulama Kayıt Formu	165
EK: 9 İzlem Formu	166
EK: 10 Aşırı Aktif Mesaneli Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Eğitimi Sunumu	168
EK: 11 Aşırı Aktif Mesaneli Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Eğitimi El Kitabı	184
11. ETİK KURUL ONAYI	178
12. ARAŞTIRMA UYGULAMA ONAYI	179
13. ÖZGEÇMİŞ	180

III. KISALTMALAR VE SİMGELER

- AAM** - Aşırı Aktif Mesane
BKİ - Beden Kitle İndeksi
DM - Diabetes Mellitus
DSÖ - Dünya Sağlık Örgütü
EMS - Ekstrakorporal Manyetik stimülasyon
FES - Fonksiyonel Elektriksel Stimülasyon
ICS - International Continence Society (Uluslararası Kontinans Derneği)
İYE - İdrar Yolu Enfeksiyonu
KSE - Kısa Semptom Envanteri
KSA - King Sağlık Anketi
MÜİ - Miks Üriner İnkontinans
OAB-V8- Aşırı Aktif Mesane Değerlendirme Formu
PTKE - Pelvik Taban Kas Egzersizleri
SGM - Sağlığı Geliştirme Modeli
SÜİ - Stres Üriner İnkontinans
SYBD - Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı
TNSA - Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÖ - Tedavi Öncesi
TS - Tedavi Sonrası
TÜİK - Türkiye İstatistik Kurumu
USG - Ultrasonografi
UÜİ - Urge Üriner İnkontinans
Üİ - Üriner İnkontinans

IV. ŞEKİL, RESİM VE TABLOLAR LİSTESİ

i. Şekillerin listesi

Sayfa

Şekil 4.1: Her iki cinste popülasyon temelli çalışmalardan AAM prevelansının değerlendirilmesi	9
Şekil 4.2: Modifiye Oxford Sınıflaması	15
Şekil 4.3: Beden kitle indeksi (BKİ) değerlendirmesi	19
Şekil 4.4: Egzersiz Programı Örneği	27
Şekil 4.5: AAM tedavisinde SYBD Geliştirme (Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline göre uyarlanması)	31

ii. Tabloların listesi

6.1. AAM'Lİ KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

52

Tablo 6.1.1: AAM'li kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	54
Tablo 6.1.2: AAM'li kadınların ailevi özelliklerinin dağılımı	55
Tablo 6.1.3: AAM'li kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı	56
Tablo 6.1.4: AAM'li kadınların kronik hastalık ve diğer sağlık sorunlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı	58
Tablo 6.1.5: AAM'li kadınların tanılarına göre dağılımı	59
Tablo 6.1.6: AAM'li kadınların uygulanan tedavi yöntemlerine göre dağılımı	60

6.2. AAM'Lİ KADINLARIN TEDAVİ ÖNCESİ VE SONRASI TANITICI VE ÜRİNER ŞİKÂYETLERİNE YÖNELİK BULGULAR

61

Tablo 6.2.1: AAM'li kadınların kilo, BKİ ve defekasyon durumuna ilişkin tedavi öncesi ve sonrası verilerinin dağılımı	62
Tablo 6.2.2: AAM'li kadınların sigara içme ve mesane iritasyonu yapan yiyecek tüketimine ilişkin verilerin tedavi önce ve sonrasına göre dağılımı	64
Tablo 6.2.3: AAM'li kadınların idrar sorununa ilişkin verilerin tedavi önce ve sonrasına göre dağılımı	66
Tablo 6.2.4: AAM'li kadınların idrar kaçırma nedeniyle aldıkları önlemlere ilişkin verilerin dağılımı	69

Tablo 6.2.5: AAM’li kadınlarda üriner inkontinans belirlenmesine ilişkin verilerin dağılımı	73
Tablo 6.2.6: AAM’li kadınların kronik hastalık durumlarına ilişkin verilerin tedavi önce ve sonrasına göre dağılımı	75
Tablo 6.2.7: AAM’li kadınların üriner günlük verilerinin tedavi önce ve sonrasına göre dağılımı	76
Tablo 6.2.8: AAM’li kadınların “Aşırı Aktif Mesane Değerlendirme Formu (OAB-V8)” toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin verilerin dağılımı	80
Tablo 6.2.9: AAM’li kadınların “King Sağlık Anketi” puan ortalamalarının, tedavi önce ve sonrasına göre dağılımı	85
Tablo 6.2.10: AAM’li kadınların “King Sağlık Anketi” mesane problemlerine ilişkin verilerin dağılımı	88
Tablo 6.2.11: Girişim ve Kontrol grubunda yer alan AAM’li kadınların “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin verilerin dağılımı	92
Tablo 6.2.12: Girişim ve kontrol grubunda olan AAM’li kadınların “Kısa Semptom Envanteri” alt boyut puanlarının tedavi önce ve sonrasına göre dağılımı	95

6.3. GİRİŞİM GRUBU AAM’Lİ KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE ÖLÇEKLERİN TOPLAM PUANINA İLİŞKİN BULGULAR

100

Tablo 6.3.1: Girişim grubu AAM’li kadınların bazı özelliklerine göre OAB-V8 ölçeği toplam puana ilişkin dağılımı	100
Tablo 6.3.2: Girişim grubu AAM’li kadınların bazı özelliklerine göre KSA ölçeği toplam puana ilişkin dağılımı	104
Tablo 6.3.3: Girişim grubu AAM’li kadınların bazı özelliklerine göre SYBD ölçeği toplam puana ilişkin dağılımı	108
Tablo 6.3.4: Girişim grubu AAM’li kadınların bazı özelliklerine göre KSE ölçeği toplam puana ilişkin dağılımı	112
Tablo 6.3.5: Girişim grubu AAM’li kadınların OAB-V8, KSA, SYBD ve KSE ölçeği toplam puanlarının ilişki dağılımı	116



1. ÖZET

Araştırma Aşırı Aktif Mesaneli (AAM) kadınlarda Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM) doğrultusunda yapılan sağlıklı yaşam biçimi davranış (SYBD) eğitiminin tedavi üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü prospektif ve deneysel biçimde yapıldı. Örneklemi, üniversite hastanesinin Ürojinekoloji Bilim Dalı polikliniğinde AAM tanısı konan, farmakolojik tedavi başlanması planlanan, çalışmaya katılmayı kabul eden 50 “girişim”, 50 “kontrol” olmak üzere toplam 100 kadın oluşturdu. Verilerin toplanmasında “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Üriner Günlük”, “Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu-OAB-V8”, “King Sağlık Anketi (KSA)”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II”, “Kısa Semptom Envanteri (KSE)” ile “24 Saatlik Standart Ped Testi” kullanıldı. Girişim grubuna Pender’in SGM temel alınarak 45 dakikalık eğitim programı uygulandı. Haftalık olarak planlanan mesane eğitim programının takibi için ilk 6 hafta boyunca her hafta, sonra her ay telefonla aranarak toplam 8-10 kez görüşme yapıldı. Verilerin analizinde ortalama, yüzde, standart sapma kullanıldı ve karşılaştırmalar t testi, Pearson ki-kare, Fisher’s exact, Mann-Whitney U, Wilcoxon signed ranks, Marginal homogeneity test kullanılarak yapıldı. Girişim grubu kadınların kontrol grubuna göre tedavi sonrası “OAB-V8” ölçeği ($t = -6,955$; $p < 0,001$), “KSA” ölçeği ($t = -5,354$; $p < 0,001$), “KSE” ölçeği ($t = -6,463$; $p < 0,001$) toplam puanlarında anlamlı derecede azalma; “SYBD” ölçeği ($t = 9,139$; $p < 0,001$) toplam puanında ise istatistiksel olarak anlamlı derecede artış belirlendi. Kadınların OAB-V8 ile KSA ölçeği toplam puanları arasında (tedavi öncesi $r = 0,325$; $p = 0,021$, tedavi sonrası $r = 0,525$; $p < 0,001$), KSA ile KSE toplam puanları arasında (tedavi öncesi $r = 0,293$; $p = 0,039$, tedavi sonrası $r = 0,393$; $p = 0,005$) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptandı. Araştırmada SGM doğrultusunda hazırlanan SYBD eğitiminin kadınlarda AAM semptomlarını azalttığı; yaşam kalitelerini artırdığı; SYBD’ni olumlu yönde değiştirdiği; ruhsal durumları pozitif etkilediği; böylece AAM’li kadınların tedavisinde bütüncü yaklaşım ve SYBD eğitiminin tedavi başarısını artırdığı sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Aşırı Aktif Mesane; Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı; Yaşam Kalitesi

2. SUMMARY

THE EFFECT OF HEALTHY LIFE STYLE BEHAVIOR EDUCATION ON THE TREATMENT OF WOMEN WITH OVERACTIVE BLADDERS

This randomized controlled prospective and experimental study aims to determine the effect of healthy life style behavior education based on Pender's Health Promotion Model (HPM) on the treatment of women with overactive bladders (OAB). The sample includes a total of 100 women, 50 of whom were in the treatment group and 50 were in the control group. The subjects had been diagnosed with OAB and were scheduled to receive pharmacological treatment at the department of urogynecology in a university hospital. To collect data, subjects were asked to complete the Introductory Identification Form, the Urinary Diary, the Overactive Bladder Questionnaire-OAB-V8, King's Health Questionnaire (KHQ), the Healthy Life Style Behavior Scale II, the Brief Symptom Inventory (BSI) and the 24-hour Standard Pad Test. A 45-minute education program based on Pender's Health Promotion Model (HPM) was administered to the treatment group. To monitor the weekly bladder education program, experiment subjects were called every week during the first six weeks and then every month, resulting in 8 to 10 phone calls per subject. Data is then analyzed using means, medians, and standard deviations and comparisons were made using the t-test, Pearson's chi-square, Fisher's exact test, Mann-Whitney U, the Wilcoxon signed ranks test and the marginal homogeneity test. Subjects in the treatment group saw a statistically significant decrease in total scores using the OAB-V8 scale ($t=-6.955$; $p<0.001$), the KHQ scale ($t=-5.354$; $p<0.001$), and the BSI scale ($t=-6.463$; $p<0.001$), and a statistically significant increase in their total scores using the HLSBS scale ($t=9.139$; $p<0.001$). There was also a **positive** and statistically significant relationship between women's total scores on OAB-V8 and KHQ scales (before treatment $r=0.325$; $p=0.021$, after treatment $r=0.525$; $p<0.001$), and between their KHQ and BSI total scores (before treatment $r=0.293$; $p=0.039$, after treatment $r=0.393$; $p=0.005$). In conclusion, HPM based HLSB education decreased OAB symptoms in women, improved their quality of life, helped them acquire healthy life style behaviors, and positively affected their

mental state. These results suggest that a holistic approach which includes HLSB education increases the success rate in OAB treatment.

Key words: Overactive Bladder, Healthy lifestyle behaviors, Quality of Life



3. GİRİŞ VE AMAÇ

Uluslararası Kontinans Derneği (ICS), üriner inkontinansı (Üİ) her türlü idrar kaçırma şikâyeti olarak tanımlamaktadır (Abrams et al., 2002). Üİ gelişiminde yaş, parite, doğumda yaşanan travmalar, obezite, sigara kullanımı, kronik öksürük, kabızlık, prolapsus, menopoz, ilaç kullanımı, tuvalet alışkanlıkları gibi pek çok risk faktörü belirtilmiştir (Demirci ve ark., 2012).

Üİ, kadınlarda erkeklere oranla 3-4 kat daha fazla olan, tüm yaş gruplarındaki kadınlarda görülebilen ve prevalansı yaş ile doğru orantılı olarak artan, kadının psikososyal sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, ciddi bir sağlık sorunudur (Balcı ve Akçetin, 2009; Çetinel, 2008; Ege ve ark., 2007). Üİ, farklı çalışmalara göre görülme sıklığı, kadında %4,5-53 olarak bildirilmektedir. Yakınması olan kadınların %11'inde urge üriner inkontinans (UÜİ-acil idrar kaçırma), %36'sında miks üriner inkontinans (MÜİ) mevcut olduğu belirtilmektedir (Balcı ve Akçetin, 2009; Çetinel, 2008). Basak et al., (2012) üroloji polikliniğine gelen kadınların (n=55) özelliklerini, risk faktörlerini ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, kadınların %23,6'sında UÜİ, %45,5'inde MÜİ belirtilerinin görüldüğünü bulmuşlardır. Önemli bir problem olan Üİ prevalansı 15-64 yaş arası kadınlarda %10-30, daha yaşlılarda ise %17-55 arasında değişmesine rağmen hastaların ancak ¼'ü bu sorununa çözüm aramaktadır (İlgün, 2011).

Üİ, hayatı tehdit eden bir sorun olmasa da devamlı ıslaklık ve tahriş rahatsızlık yaratmakta, depresyona kadar varan duygusal sorunlara neden olabilmektedir (Kurul, 2013; Mehdiyev ve ark., 2010). İdrar deri ile temas ettiği zaman idrar kaçağıyla ilişkili dermatit meydana gelebilir. Deri bütünlüğünün kaybı ve enfeksiyon, kabuklanma ve pullanma, şişme, sızıntı, kızarıklıklar olabilir. Kandida ile ilgili ikincil enfeksiyon da sıkça görülür (Cameron et al., 2013). İdrar kaçırma ve beraberinde frequency (sık idrar yapma), urgency (ani sıkışma hissi), noktüri (gece idrar yapma), dizüri (ağrılı işeme), subrapubik rahatsızlık gibi belirtiler yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Sosyal yaşamda kısıtlanma, psikolojik morbidite (depresyon, anksiyete, kendini gerçekleştirmede başarısızlık), ilişkilerden kaçınma, günlük aktivitelerde kısıtlanma,

günlük alınan sıvı miktarının azaltılması idrar kaçırmanın etkilediği sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi alanlarıdır (Chancellor et al., 2008; Demirci ve ark., 2012; Kurul, 2013).

Aşırı aktif mesane (AAM), mesane depolama fonksiyonundaki bir bozukluk (Akman, 2013) nedeniyle; urgency, sık idrar yapma, noktüri ve bazen UUI eşlik etmesi durumudur (Burgio, 2009; Tarcan, 2008; Yüce, 2010). AAM, idrar yolu enfeksiyonları (İYE), taş ve yabancı cisim, kullanılan bazı ilaçlar, alkol ve kafeinli gıdalar gibi mesanede irritasyon yapan nedenler sonucu lokal duyu artımı, fekal bası veya obstrüksiyon ile psikosomatik faktörler sonucunda gelişebilmektedir. Ayrıca UÜİ, ısı değişmesi, su sesi duyma, kapı çalması, bazen cinsel ilişki ve orgazm ile ortaya çıkabilir (Akgün, 2009; Çiftçi, 2009; Kurul, 2013).

AAM belirtileri rahatsız edicidir ve bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini önemli ölçüde azalttığından çok can sıkıcı bir problem olabilmektedir (Banakhar, 2012; Wyman et al., 2009). AAM, bireylerin iş verimliliğini ve duygusal sağlığını azaltmakta, aktivitelerini kısıtlamakta, sürekli tuvalet, ped, yedek kıyafet ihtiyacı olmakta, artmış komorbid hastalıklarla ilişkilendirilmekte ve rahatsız edici olabilmektedir. Gece idrar yapma sıklığı nedeniyle uykudan kalkma sık olduğundan düşmeler ve kırıklar daha fazla görülmektedir. Ayrıca hastalar tuvalete gitmemek için sıvı alımlarını kısıtladıklarından böbrekler üzerine negatif bir etki oluşmaktadır (Milsom et al., 2013; Yüce, 2010). AAM'nin erkek ve kadının yaşamı süresince sosyal, mesleki ve eğlendirici aktiviteleri; cinsel sağlık ve cinsel fonksiyonları; aile üyeleri ile ilişkileri üzerine zarar verici etkisi büyüktür (Wyman et al., 2009). AAM nedeniyle bireyler kendilerini izole ettiklerinden sosyal aktivitelere katılma eğilimi azalmakta ve depresyona yatkınlıkları artmaktadır (Banakhar, 2012). Yapılan çalışmalarda, aynı yaş kontrol grubuyla karşılaştırıldığında AAM'li bireylerde, depresyon [%11,4 (deney)-%3,6 (kontrol)], cinsel sorunlar ve işle ilgili sorunlar [%24,7 (deney)-%12,2 (kontrol)] ve işsizlik [%42,0 (deney)-%33,6 (kontrol)] daha fazla belirlenmiştir (Osman and Chapple, 2013).

Kurul (2013)'un, Üİ'nin yaşam kalitesine ve dini yaşama etkisini belirlemek amacıyla, tedavi öncesi-sonrası dönemde objektif ve subjektif parametreleri karşılaştırarak yaptığı çalışmada, kadınların %50,8'inde Üİ'nin günlük yaşam aktivitelerini ciddi ölçüde etkilediği görülmüştür. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-

QOL)'ne göre, detrüsor overaktivitesi tanısı alan kadınların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması $65,54 \pm 20,89$ olarak, en olumsuz etkilendiği alt boyut psikososyal etkilenme ($32,73 \pm 10,63$), ikinci sırada davranışların sınırlanması ($24,50 \pm 7,97$), daha sonra ise sosyal izolasyon ($14,86 \pm 6,45$) olarak belirlenmiştir.

AAM ve UÜİ tedavisinde antikolinerjik ilaç tedavileri ve davranışsal girişimler tedavide etkili olmaktadır. Sağlıklı mesane alışkanlıkları için; yaşam tarzı değişiklikleri, mesane irritasyonuna neden olan yiyeceklerin diyetten çıkarılması, sıvı alımının düzenlenmesi, kilo kontrolü, konstipasyonun önlenmesi, sigarayı bırakma gibi SYBD, AAM tedavisinde etkili yöntemlerdendir (Akman, 2013; Gungor and Kizilkaya Beji, 2011; Wyman et al., 2009). Ayrıca, davranışsal tedavilerde; mesane eğitimi, pelvik tabanı güçlendirici uygulamalar, elektriksel uyarılar veya bunların kombinasyonları da önerilmektedir (Beytur ve Yalçinkaya, 2010).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD), bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünü olarak tanımlanmaktadır. SYBD'nı geliştirmeye ilk olarak aile ve toplumda başlanır, eğitimle gelişir ve değişir. Bireyler kendi sorumluluklarını alarak sağlıklı davranışlarını yaşamlarında alışkanlık olacak şekilde geliştirmelidirler (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2005 Avrupa Sağlık Raporuna göre; dört büyük davranışsal risk faktörü (sigara kullanımı, fiziksel hareketsizlik, aşırı alkol tüketimi ve kötü beslenme) önlenabilir hastalık nedenlerindedir. Bu önlenebilir hastalık davranışları, ölümlerin %42'sinden ve hastalıkların yaklaşık %31'nden sorumlu olarak belirtilmektedir (Bernstein et al., 2010; Davies, 2011). Düşük fiziksel aktivite, yaşamın ilerleyen dönemlerinde uygulanmayan en yaygın risk faktörüdür. Yetişkin nüfusun %95'inin, haftada 5 ya da daha fazla gün olarak önerilen minimum 30 dakikalık orta yoğunlukta fiziksel aktiviteyi yapmadığı vurgulanmaktadır (Davies, 2011).

Yapılan çalışmalarda, AAM tedavisinde ilk basamak olarak SYBD tedavileri veya SYBD'nın farmakolojik tedavi ile kombine edilmesi önerilmektedir. Ancak yapılan literatür taramasında bu konuda yapılan uluslararası çalışmaların sınırlı sayıda olduğu, ülkemizde de yapılmadığı görüldü. Bu nedenle araştırma, aşırı aktif mesaneli kadınlarda Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda yapılan sağlıklı yaşam biçimi davranış eğitiminin tedavi üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlandı.

4. GENEL BİLGİLER

Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından Aşırı Aktif Mesane (AAM); “urgency (ani sıkışma hissi), urge üriner inkontinans (UÜİ-acil idrar kaçırma) veya idrar kaçırma olmaksızın genellikle gündüz ve gece idrara çıkma sayısında artma” olarak tanımlanmıştır (Cardozo et al., 2010; Chancellor et al., 2008; Gormley et al., 2014; Tarcan, 2008; Wyman et al., 2009). AAM, mesanenin dolum fazında istemsiz gelişen ve inhibe edilemeyen kontraksiyonlar ve bunun sonucunda gelişen üriner yakınmalarla ilgili bir durumdur (Özdemir, 2009). Urgency; ertelenmesi zor olan işeme ihtiyacının, ani ve zorlayıcı olmasıdır (Cardozo et al., 2010; Çetinel, 2008; Gormley et al., 2014; Rosenberg et al., 2014) ve AAM tanısı için gerekli temel bir belirtidir (Yamaguchi et al., 2009). Sıkışma, ertelenebilen işeme zamanında azalma, dolayısı ile işeme sıklığında artma ve idrar volümünde azalma olmasıdır, bazen Üİ nokturi (gece idrar yapma) ile ilişkili olabilir (Cardozo et al., 2010). ICS tarafından 2002 yılında yayınlanan rapora göre UÜİ; “sıkışma hissinden hemen önce veya sıkışma hissi ile birlikte oluşan idrar kaybı” olarak tanımlanmıştır (Abrams et al., 2002; Çetinel, 2008; Güler, 2006). UÜİ, mesane kası (detrusor) mesane dolum fazında, beyinden iletilen boşalt mesajını beklemeksizin istemsiz olarak kasılmakta ve bu durum detrusor instabilitesi olarak da adlandırılmaktadır. İstem dışı mesane kontraksiyonu yanı sıra idrar kaçırma yanında sık idrar yapma (frequency) ve urgency şikâyetleri de görülmektedir (Akgün, 2009; Çiftçi, 2009; Kurul, 2013).

AAM’de, ani sıkışma hissi vardır. UÜİ, bazen stres üriner inkontinans (SÜİ) ile birlikte görülebilir ve “karışık tipte idrar kaçırma (MÜİ-miks üriner inkontinans)” olarak adlandırılır. Nokturi, iki veya daha fazla sayıda uykudan uyanarak idrar yapmadır. Sık idrar yapma ise günde 8 veya daha fazla idrara çıkmayı tanımlamaktadır (Burgio, 2009; Tarcan, 2008). Nokturi, fiziksel ve ruhsal sağlığı bozmakta, düşme ve kırık riskini artırmakta, uyku bozukluğunun yaygın bir nedeni olmaktadır (Milsom et al., 2013).

Uluslararası toplum tabanlı çalışmalara göre 40 yaş ve üzeri bireylerde AAM prevalans oranları %12 ile %17 arasında rapor edilmiştir (Bunn et al., 2015).

4.1. Aşırı Aktif Mesane Fizyopatolojisi

Normal Üİ mekanizmasında, santral ve periferik sinir sistemi fonksiyonu, mesane duvarı, detrusor kası, üretra, pelvis tabanı ve bağ dokusunun normal olması gerekmektedir (Karasaç, 2011). İç ve dış uyaranlara karşın, işeme başlayana kadar idrarı depolayan mesane, komplike bir organdır (Banakhar, 2012). AAM'nin patofizyolojisi tam olarak açıklanamamaktadır (Bunn et al., 2015). AAM semptomlarının temelinde engellenemeyen detrusor kasılmalarının rol oynadığı düşünülmektedir (Tarcan, 2008).

AAM, genellikle ileri yaş, diyabet, İYE, sigara kullanımı, menopozda artmaktadır. Pelvik organ prolapsusu ile AAM sendromu arasında ilişki görülmüştür (Yüce, 2010). Östrojen ve progesteron gibi kadınlık hormonlarının, mesane kontraksiyonları ve idrar yapma sıklığına etkisi olduğu görülmüştür (Banakhar, 2012).

Çeşitli metabolik anomalilerin bir arada toplandığı metabolik sendrom (obezite, dislipidemi, hipertansiyon, insülin direnci, glukoz intoleransı) ile kadındaki AAM arasında ilişki varlığı belirlenmiştir. Metabolik sendrom, kötü beslenme alışkanlıkları, obezite, sedanter yaşam biçimi gibi alışkanlıklar nedeniyle gelişebilmektedir. AAM, ateroskleroz nedeniyle pelvik iskemi gelişmesi ve diyabetin tetiklemesi ya da direk etkisi ile gelişebileceği ileri sürülmektedir (Bunn et al., 2015).

4.2. Aşırı Aktif Mesane Epidemiyolojisi

Sağlık durumlarıyla ilgili herhangi bir sorunun prevalansına ait epidemiyolojik çalışmalar, tıbbi ve mali önlemleri belirlemek, tedavi ve bakım gibi sağlık hizmetlerini planlamak ve sunmak için önemlidir (Sarı, 2007). Filiz et al. (2006)'nın yaş ortalaması 33,2 olan 17-65 yaş arası 650 kadında yaptıkları çalışmada, tipine bakılmaksızın Üİ prevalansı %16,4; UÜİ %17,9; MÜİ %61,3 olduğu ve yaş artıkça prevalansın arttığı görülmüştür.

AAM, ABD'de 18 yaş ve üzeri kadınlarda yaklaşık %17 olarak bulunmuştur. AAM, ICS tarafından yapılan çalışmalarda, dört Avrupa ülkesi ve Kanada'da, yaklaşık olarak kadınlarda %13, erkeklerde %11 olarak gözlenmiştir (Wyman et al., 2009).

Avrupa’da yapılan bir çalışmada AAM’nin genel prevalansı %16,6 saptanmış olup, kadınlarda (%17,4) erkeklere (%15,6) göre biraz daha sık görülmektedir. Yaş artıkça her iki cinste de AAM sıklığının arttığı gözlenmiştir (Buldu, 2010).

5. Uluslararası İnkontinans Konsültasyonu’nun (5th International Consultation on Incontinence) yaptığı çalışmaya göre AAM %2 ile %53 arasında bildirilmektedir. (Milsom et al., 2013).

Ahmed et al. (2013) Irak’ta, 1107 Uİ’lı kadınların özelliklerini, prevalansını, inkontinans tipini, risk faktörlerini belirlemek için yürüttükleri çalışmada, Uİ %51,7; UUI %25,7; MÜİ %63,8 olarak bulunmuştur.

Şekil 4.1’de farklı popülasyon temelli çalışmalardan yapılan değerlendirmeler verilmiştir.

Ülke	N (yanıt veren %)	Yaş	AAM Prevalans, % Erkek / kadın
Avrupa	16.776 (--)	40-75+	16 / 17
ABD	5.204 (44,5)	18-75+	16 / 17
Kanada	3.249 (43,4)	35-75+	15 / 21
Japonya	4.570 (45,3)	40-100	14 / 11
Brezilya	913 (--)	15-55	14 / 23
Kore	2.005 (13,9)	40-89	21 / 31
Portekiz	1.934 (59,6)	40-80+	35 / 29

Şekil 4.1: Her iki cinste popülasyon temelli çalışmalardan AAM prevalansının değerlendirilmesi (Milsom et al., 2013, p: 49).

ABD’de 40 yaş üstü yetişkin kadınlar arasında AAM %33-%43 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Cardozo et al., 2014).

4.3. Aşırı Aktif Mesane Risk Faktörleri

4.3.1. Yaşlanma: Yaşlanma nedeniyle AAM görülme sıklığının arttığı belirtilmektedir. Ayrıca, yaşlanma ile sıklığı artan ateroskleroza bağlı pelvik iskemi, hiperlipidemi, serebrovasküler ya da diğer nörolojik hastalıklar gibi sistemik bazı hastalıkların rolü olabilmektedir (Tarcan, 2008; Wyman et al., 2009). Bununla birlikte AAM belirtileri ve UUI genç popülasyonda da önemli oranda görülmektedir (Wyman et al., 2009). Çocukluk döneminde urgency sorunu olanlarda, yaşamının ileri döneminde de ortaya çıkabileceği tahmin edilmektedir (Milsom et al., 2013).

Prevalans yaşla birlikte arttığından birçok kadın idrar kaçırmayı bir hastalık olarak değil, yaşlılığın doğal bir parçası olarak kabul eder. Yaşlanmayla birlikte mesane kapasitesinde, idrar akım hızında ve idrar yapmayı erteleme yeteneğinde azalma olur (Çetin, 2010). Çetin (2010), Edirne şehir merkezindeki 20 yaş üzeri popülasyonda Üİ prevalansı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada (n=1810; 901 kadın-909 erkek), kadın katılımcılar (n=901) arasında idrar kaçıran katılımcıların yaş ortalaması 51,58; idrar kaçırmayan kadın katılımcıların yaş ortalaması 39,80 olarak saptamıştır. 20-29 yaş arası kadınların %10,9'u idrar kaçıırken (en fazla SÜİ), 70 yaş ve üzeri kadınların %64,7'sinin idrar kaçırdığı (en fazla UUI ve MÜİ tipi) ve idrar kaçırmaya sıklığının, ileri yaşa bağlı olarak artış gösterdiği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Üİ tipi ile yaşın ilgisi araştırılmış, UUI'nin 54 yaştan sonra arttığı görüldüğü belirtilmiştir (Özdurak, 2009).

4.3.2. Kadın olmak: Kadın ve erkeklerde alt üriner sistem sorunları, her iki cinsten de artmakta ancak Üİ tek başına ele alındığında kadınlarda erkeklere oranla 2 kat fazla görülmektedir. Kadında üetrovezikal ve sfinkterik anatomi farklılığı, vajinal doğum, pelvik taban bozukluğu veya hormonal farklılıktan kaynaklanabilir (Tarcan, 2008).

Toplum tabanlı yapılan çalışmaların çoğunda, AAM kadınlarda daha yaygın olarak bildirilmektedir (Milsom et al., 2013). Üİ'nin görülme sıklığı çeşitli çalışmalarda kadında %4,5-53, erkekte %1,6-24 gibi geniş bir aralıkta verilmektedir (Çetinel, 2008).

Üİ kadınlarda erkeklerden 2-3 kat fazla görülmekte fakat cinsiyet ile ilgili bu fark özellikle 60 yaşından sonra yavaş yavaş ortadan kalkmaktadır (Çetin, 2010; Özdurak, 2009). Çetin (2010)'in yaptığı çalışmada, kadın katılımcıların %25,2'sinin idrar kaçırmaya problemi olduğu; erkek katılımcıların ise %13,5'inde idrar kaçırmaya problemi olduğu tespit edilmiştir.

4.3.3. Obezite: İngiltere'de yapılan prospektif bir çalışmada, obezitenin kadınlarda AAM'nin başlamasında risk faktörü olduğu bulunmuştur. 25-84 yaş arasındaki kadınlarda yapılan bir çalışmada obezitenin AAM riskini 3 kat artırdığı bulunmuştur (Milsom et al., 2013).

4.3.4. Sigara: Fin’li 18-79 yaş kadınlar arasında yapılan toplum tabanlı bir çalışmada, urgency şikayetinin hiç sigara içmeyenlere göre daha önce içenler arasında iki kat daha yaygın olduğu, halen içenler arasında yaklaşık üç kat daha yaygın olduğu görülmüştür (Milsom et al., 2013).

4.3.5. Üreme faktörleri: İdrar sıklığı gebelik sırasında yaygın görülmektedir. Tayvan’da yapılan bir çalışmada urgency, gebelik öncesi %1, ilk trimesterde %16, ikinci trimesterde %25, üçüncü trimesterde ise %31 oranında bulunmuştur. İsveç’te prospektif bir çalışmada son gebeliklerinde haftalık sıklık görülme oranı, vajinal doğum yapan kadınlarda %2,6 ve sezaryen doğum yapanlarda %2,7 olarak bulunmuştur (Milsom et al., 2013).

4.3.6. Psikolojik bozukluklar: Yapılan çalışmalarda, AAM ile distres, anksiyete ve depresyon arasında kuvvetli ilişki varlığı belirtilmektedir (Tarcan, 2008). İran’da yapılan bir çalışmada, AAM’li bireylerde anksiyete ve depresyon prevalansının yüksek olduğu bulunmuştur (Milsom et al., 2013).

4.3.7. İdrar yolu enfeksiyonu: Kronik veya subakut enfeksiyonları urgency ve idrar yapma sıklığı, UUI neden olabilir (Yalçın, 2000). Çetin (2010)’in yaptığı çalışmada tekrarlayan İYE öyküsü bulunan grupta idrar kaçırma sıklığı (%77,2) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Demirci ve ark. (2012)’nin yaptığı 18 yaş üstü kadınlarda sosyal, emosyonel ve hijyenik bir problem haline gelen inkontinansın prevalansını, risk faktörlerini ve bu durumun yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla 259 hasta ile yaptıkları çalışmada, kadınların Üİ prevalansının %26,6 olduğu, %21,2’sinde İYE öyküsü olduğu bulunmuştur. İdrar yolu enfeksiyonu olan kadınların %46,4’ünde üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir.

4.3.8. Jinekolojik operasyonlar: Jinekolojik ve pelvik operasyonlar, kas ve fasya hasarlarına, pelvik taban kaslarında yaralanmalara yol açmakta, cerrahi menoz ya da östrojen eksikliği sonucu Üİ gelişebilmektedir (Akgün 2009; Can Güler ve Yağcı, 2006). Histerektomi sonrası UUI gelişme riskinin normale göre fazla olduğu belirtilmiştir (Özdurak, 2009). Kuliyeva (2007) postmenopozal dönemdeki kadınlarda

hormon tedavisi ve antimuskarinik ilaçların üriner inkontinans üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla (n=124) yaptığı çalışmada, kadınların %23,4'ünün histerektomi operasyonu geçirmiş olduğunu ve %18,6'sının Üİ'nin geçirilmiş jinekolojik operasyonlarla beraber başladığını belirtmiştir.

4.3.9. Komorbid hastalıklar: Hipertansiyon ve kalp hastalığı olan kadınlarla urgency arasındaki ilişki riskinin iki kat olduğu bulunmuştur. Çalışmalarda, AAM/urgency şikâyetlerinin diyabet, inme ve astımlı hastalarda yaygın olduğu rapor edilmiştir. Ancak, Japonya'da yaşlı kadınlar arasında yapılan bir çalışmada, AAM ile diyabet ya da böbrek hastalığı arasında ilişki bulunmazken depresyon, alkol kullanımı ve BKİ artışı arasında ilişki olduğu bulunmuştur (Milsom et al., 2013).

4.4. Aşırı Aktif Mesanede Kadının Değerlendirmesi

4.4.1. Anamnez: Tanılamada, demografik bilgiler, Üİ şikâyetinin başlangıcı, şiddeti ve yaşam şekline olan etkisi araştırılır. Şikâyetlerle ilgili obstetrik, jinekolojik ve ürolojik öykü, medikal, cerrahi ve nörolojik hastalıkları, tedavileri ve ilaç kullanımı ile ilgili özgeçmişi değerlendirilir (Afşin, 2008; Akgün, 2009; Can Güler ve Yağcı, 2006). Kronik konstipasyon, obezite, tekrarlayan İYE, KOAH, diabetes mellitus (DM), serebrovasküler hastalık, Parkinson, disk hernisi, multipl skleroz gibi hastalıklar, prolapsus durumu da AAM'li hastalarda dikkatli değerlendirilmelidir (Can Güler ve Yağcı, 2006; Gormley et al., 2014). Ayrıca, AAM sorunlarının cinsel yaşamı üzerine olan etkileri detaylı olarak sorulmalıdır (Yüce, 2010).

4.4.2. Fiziksel muayene: Kadınlarda, rektal/genitoüriner muayenede pelvik taban bozuklukları; uterus, mesane, üretra ve adneksiyal bölgenin durumu, pelvik dokularda relaksasyon varlığı ve derecesi, pelvik organ prolapsusu belirlenmeye çalışılır (Akgün, 2009; Gormley et al., 2014). Batın muayenesinde, kitle, herni, idrar retansiyonu, suprapubik şişkinlik, hassasiyet gösteren alanlar değerlendirilir (Gormley et al., 2014). Nörolojik muayenede refleksler (anal ve bulbokavernoz refleks), duyu ve kasların motor gücü araştırılır (Can Güler ve Yağcı, 2006; Yüce, 2010).

4.4.3. İdrar analizi: İdrar analizi ile İYE ve hematüri varlığı araştırılır. İdrar kültüründe; nitrit/lökosit, mikroskopik muayenede bakteriüri/piyüri bakılabilir (Gormley et al., 2014).

4.4.4. Üriner günlük: Herhangi bir davranışsal programda hem hastanın kendini izlemesinde hem klinisyen için ilk adım olarak ve tedavinin takibinde (ortalama 3-7 gün arasında) yaygın kullanılan faydalı bir araçtır. AAM semptomlarını değerlendirme aşamasında urgency, idrar yapma, gece idrar yapma, inkontinans epizotları, ped kullanımı, alınan sıvı 24 saat süresince kayıt edilir. İstemsiz idrar kaybının hemen öncesi veya aktivite sırasında oluşan urgency epizotların nedeninin kayıt edilmesi ile uygun davranışsal girişimlerin planlaması için bilgi sağlar (Burgio, 2009; Çankaya, 2008; Gormley et al., 2014; Haylen et al., 2010). Mesane eğitim programında, işeme aralıklarını belirleme ve kayıt etmede de kullanılır (Burgio, 2009).

4.4.5. Ped testi: AAM'si olan hastalarda özellikle 24 saatlik ped ağırlığı Üİ belirtilerinin şiddetini belirlemede önerilmektedir (Gormley et al., 2014). Pedler duyarlı terazi ile tartılır. Pedin idrar ağırlığı 1,3-20 gr/24 saat hafif, 21-74 gr/24 saat orta ve ≥ 75 gr/24 saat ise şiddetli inkontinans olarak tanımlanır (O'Sullivan et al., 2004; Yüce, 2010).

4.4.6. Rezidüel idrar: İşeme sonrası rezidüel idrar değerlendirilmesinde, Ultrasonografi (USG) veya üretral kateterizasyon kullanılabilir. Antimuskarinik ilaçlar, hastanın rezidüel idrarı $>250-300$ ml'den fazla olduğunda dikkatli kullanılmalıdır (Gormley et al., 2014).

4.4.7. Yaşam kalitesi: AAM'li hastalarda, yaşam kalitesi ölçek puanları, normal kişilere göre düşük bulunmuştur. Sıkışarak idrar kaçırma olsun veya olmasın AAM şikayeti, yaşam kalitesiyle ilişkili sağlığı azaltmakta ve rahatsız edici olmakta, iyi hissetmeyi engellemekte, utanç duyulmasına neden olmakta, cinsel yaşamı, aile hayatını, sosyal ve mesleki aktiviteleri kısıtlamaktadır (Cardozo et al., 2010; Tarcan, 2008; Wyman et al., 2009). AAM, depresyon, İYE, deri enfeksiyonları, düşme ve kırıklar, vulvovajinit gibi çeşitli komorbid hastalık riskinin artışı ile de ilişkilidir (Wyman et al., 2009).

Abreu et al. (2007), Brezilya'da idrar kaçıran hastalarda konservatif tedavinin yaşam kalitesine etkisini belirlemek için 50 yaş ve üzeri 37 kadınla bir çalışma yürütmüşlerdir. Niteliksel olarak yapılan çalışmada kadınlar sosyal ilişkilerinde kısıtlamalar olduğunu belirtmişlerdir. Dışarıya çıkmak istemediklerini, işe gitmeye korktuklarını, diğer insanların idrar kaçağını ve kokusunu fark edecekleri korkusu yaşadıklarını, giysilerinin sürekli idrar koktuğunu, idrar ıslaklığı görülmesin diye koyu renk giysi giydiklerini, kendilerine güvenlerini kaybettiklerini belirtmişlerdir.

Sarıcı (2009), Üİ'nin günlük ve sosyal yaşam üzerine etkilerini belirlemek için yürüttüğü araştırmada (n=30), günlük işlere engel olduğunu belirtenlerin oranı %63; işte rahatsızlık verdiği belirtenlerin oranı %73,3; cinsel yaşama etkisi olduğunu belirtenler %73,3; cinsel ilişki sırasında idrar kaçıranların oranı %86,7; başkalarının fark etmesinden korkanların oranı %80; genital tahriş olduğunu belirtenler %80; bez-ped kullanma sıklığı %100 olarak bulunmuştur.

Anger et al. (2011) kadın hastalarda odak grup görüşmeleri ile AAM belirtileri, tedavi deneyimleri ve sonuçları hakkındaki düşüncelerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları niteliksel çalışmada, tuvalet için pantolon düğmesini açarken, kapıyı anahtarla açarken Üİ olduğunu belirtmişlerdir. Sinema veya diğer aktivitelerden, sık tuvalete gitme ihtiyacı nedeniyle kesintiye uğradığı için kaçındıklarını bildirmişlerdir. Gece sık idrara gittikleri için kronik uykusuzluk ve gün boyunca yorgunluk şikâyeti belirtmişlerdir.

4.4.8. Aşırı Aktif Mesanede ileri tetkikler: Komplike olmayan hastanın ilk aşama değerlendirmesinde ürodinami, sistoskopi, böbrek ve mesane USG yapılması önerilmemektedir. Davranışsal tedavilerin başarısız olduğu komplike hastalarda, farklı tedavi planlamaları için ek testlerin seçimi hastanın öyküsüne ve klinisyenin yargısına göre yapılmaktadır. Hematürisi olan hastalar ürolojiye sevk edilmelidir (Gormley et al., 2014).

Dijital palpasyon; pelvik taban kaslarının gücünü, dayanıklılığını (kontraksiyonların maksimum süresi) değerlendiren, vajinal tuşe ile uygulanan subjektif bir yöntemdir. Digital palpasyonla değerlendirmenin Modifiye Oxford Sınıflaması (Şekil 4.2) kullanılarak yapılması önerilmektedir (Burgio, 2009; Cangöl ve ark., 2013).

PUAN	KONTRAKSİYON	PARMAKLARI ELEVE ETME	KONTRAKSİYONU TEKRAR ETME
0/5	Yok	Yok	Yok
1/5	1 sn'den az	Yok	Yok
2/5	1-3 sn	Yok	Yok
3/5	4-6 sn	Var	3 tekrar
4/5	7-9 sn	Var	3 tekrar
5/5	9 sn (hızlı kontraksiyon yapma)	Var	4 tekrar

Şekil 4.2: Modifiye Oxford Sınıflaması (Cangöl ve ark., 2013).

Perineometre; pelvik taban kas gücünü objektif olarak değerlendiren dinamometredir. Perineometre sonucu, 30-60 cmH₂O aralığı normal basınç olarak değerlendirilir (Burgio, 2009; Cangöl ve ark., 2013; Yüce, 2010).

Stres testi; litotomi pozisyonunda mesane dolu halde ıkındırılan hastada kaçak olup olmadığının gözlenmesidir. Detrusor instabilitesi varlığında stresle detrusor kontraksiyonu olup tüm mesane boşalmaktadır. Q tip testi; paraüretal dokuların anatomik desteğinin etkinliğini ve mesane boynu ile proksimal üretranın mobilitesinin derecesini değerlendirmek için yapılır (İlgün, 2011; Özduvak, 2009).

Ürodinamik incelemelerden sistometri, mesanenin doldurulması sırasında depolama işlevindeki yetersizliği ve etkinliği gösteren yöntemdir. Üroflowmetri, idrar akımının ml/sn olarak ölçüldüğü noninvazif bir yöntemdir ve miksiyonda detrusör kasılması ile üretral direnç arasındaki ilişki belirlenir. Üretral basınç profili (UPP) ile fonksiyonel üretra uzunluğu, mesane içi basınç ve üretra içi basınç değerlendirilir (Can Güler ve Yağcı, 2006; İlgün, 2011).

Elektromyografi; ürogenital sfinkterin elektriksel aktivitesini değerlendirme yöntemidir. Videoürodinami; alt üriner sistemin radyografik olarak görüntülenmesidir. USG ile mesane boynu ve proksimal üretra mobilitesi değerlendirilir (Can Güler ve Yağcı, 2006; İlgün, 2011).

4.5. Aşırı Aktif Mesane Tedavi Yöntemleri

AAM için semptomların fazlalığını ve sıklığını azaltmayı amaçlayan çeşitli tedavi seçenekleri mevcuttur. AAM ve UÜİ için ideal olarak ilk önerilen düşük riskli tedavidir. Ayrıca, mesane semptomlarının incelenmesi önemlidir, çünkü AAM

belirtilerinde ve UÜİ’de İYE, diyabet, obezite ve hipertansiyon gibi özelliklerin negatif etkisi olabilir. Bu nedenle, başka ilaç ilave edilmeden önce kullandığı ilaçların hastanın belirtilerine katkıda bulunmadığından emin olmak önemlidir (Wyman et al., 2009). AAM tedavisinde başlangıçta; yaşam tarzı değişiklikleri, davranışsal tedaviler, mesane eğitimi, pelvik tabanı güçlendirici uygulamalar, elektriksel uyarılar veya bunların kombinasyonları önerilir. Başlangıç tedavisi ile birlikte veya bir sonraki aşamada antimuskarinik ilaçlar kullanılmaktadır (Akgün, 2009; İlgün, 2011; Kurul, 2013; Rosenberg et al., 2014; Wyman et al., 2009).

Amerikan Üroloji Derneği (American Urological Association-AUA/Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine&Urogenital Reconstruction-SUFU Guideline) rehberine göre; AAM tedavisinde, potansiyel ters etki şiddetine, geri dönüşümüne, invazif uygulamadaki risklere göre tedavinin aşamaları belirlenmiştir. Tedavi alternatifleri beş basamak olarak belirtilmiştir. AAM’si olan tüm hastalara birinci basamak olarak davranış tedavisi önerilmektedir (örn. mesane eğitimi, mesane kontrol stratejileri, pelvik taban kas eğitimi, sıvı tedavisi vb.) (Kanıt Düzeyi B). Davranış tedavisi farmakolojik tedavi ile kombine edilebilir (Kanıt Düzeyi C). İkinci basamak tedavi olarak oral antikolinergik (antimuskarinik) ilaçlar (Kanıt Düzeyi B) verilir ve tedaviye cevap vermediği durumda ileri basamak tedaviler denenebilir (Gormley et al., 2014).

Abrams et al., (2010) göre de; SÜİ, UÜİ ya da MÜİ’si olan kadın için başlangıç tedavisi olarak yaşam biçimi değişikliği, fiziksel tedavi, programlı işeme, davranışsal kafein azaltma (Kanıt düzeyi B) ve kilo verme (Kanıt düzeyi A)

- Pelvik taban kas eğitimi (Kanıt düzeyi A), SÜİ’ı olan kadın için vajinal kon (Kanıt düzeyi B)
- AAM için mesane eğitimi (Kanıt düzeyi A)
- Eğer östrojen yetersizliği ve/veya İYE varsa ilk değerlendirmede tedavi edilmeli ve uygun bir aralıktan sonra tekrar değerlendirme (Kanıt düzeyi B)
- AAM semptomları olan veya olmayan UÜİ için antikolinergik (Kanıt düzeyi A); SÜİ için duloksetin kullanımı sayılabilir (Kanıt düzeyi B).

4.5.1. Aşırı Aktif Mesane Semptomlarını Önlemek ve Yönetmek İçin Uygulanan Davranışsal Girişimler

Davranışsal tedaviler basit, ucuz, etkili, iyi tolere edilebilen ve güvenli tedavi seçenekleridir. Üİ’da davranışsal tedavinin amacı, hastanın hastalığı hakkında eğitilmesi ile Üİ’nin azaltılması veya ortadan kaldırılmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesidir (Kurul, 2013). Kadının mesane sağlığını artırma veya semptomları hafifletme, alışkanlıklarının değiştirilmesi ile olabilmektedir. Davranışsal girişimler; sağlıklı yaşam biçimi davranış (SYBD) değişiklikleri (sıvı alımını düzenleme, diyetten mesane irritasyonuna neden olan yiyecekleri çıkarma, kilo kontrolü, defekasyonu düzenleme, sigarayı bırakma vb) kapsamaktadır (Burgio, 2013; Srikrishna et al., 2007; Wyman et al., 2009).

4.5.1.1. Sıvı alımı: Aşırı sıvı alımı, idrar kaçırma belirtilerini artırabilir. Sıvıların kısıtlanması ise idrar konsantrasyonunda bir artışa neden olabildiğinden İYE, sık idrar yapma, urgency ve mesane mukozasında irritasyonu teşvik edebilir (İlgün, 2011; Kurul, 2013; Wyman et al., 2009). Günlük sıvı alımı, 24 saatte yaklaşık 6-8 bardak (1500 ml veya 30 ml/kg vücut ağırlığı) olmalıdır. Sıcak havalarda ve egzersiz yapıldığında sıvı alımı artırılmalıdır. Gece idrara çıkmayı azaltmak için, yaklaşık olarak yatmadan 3-4 saat önce sıvı alımının azaltılması tavsiye edilir (Burgio, 2009; Lukacz et al., 2011; Yeşiltepe Oskay, 2002; Wyman et al., 2009).

Üİ sorunları, bazen doğal karşılanmakta, bazen sorunu önlemek için alışkanlıklar değiştirilmekte, sıvı alımı kısıtlanmakta, emici pedler kullanılmakta, sık sık çamaşır değiştirilmekte, tuvaletlere yakın olacak şekilde yaşam tarzı düzenlenmektedir. Belirli bir miktarda sıvı alımının sürdürülmesi, mesane kapasitesinin de sürdürülmesini sağlar. Urgency veya UÜİ korkusu nedeniyle sıvı alımı kısıtlanmamalıdır (Akgün, 2009).

4.5.1.2. Diyet: Bazı yiyecek ve içecekler, özellikle kafein diüretik etkiye sahiptir. Kafein içeren yiyecek ve içecekler detrusör kasını uyarır ve detrusör basıncının artması ile AAM semptomlarında artış olabilir (Burgio, 2009; Cameron et al., 2013; Gungor and Kizilkaya Beji, 2011; Wyman et al., 2009). SÜİ ve UÜİ’nin konservatif tedavisinde yiyecek/sıvı gibi iritanların yönetimi önerilir (kanıt düzeyi C) (Cameron et al., 2013). Kafeinli ve gazlı yiyecek ve içecekler (kola, kahve, çay, soda, çikolata,

öksürük ilaçları) alkol (likör, şarap, bira) diüzezi artırdığı için diyet menüsünden çıkarılmalıdır. Karbonatlı içecekler, süt ürünleri (süt, yoğurt, peynir, dondurma), asitli içecekler ve meyve suları (portakal, greyfurt, limon, ananas), şeker (bal, suni tatlandırıcılar), fazla baharatlı yiyecekler ve domates (domates suyu, salça, ketçap, pizza, acı biber) gibi yiyeceklerin diyetten azaltılması mesane kontrolünü artırmaya yardımcı olabilir (Akgün, 2009; Burgio, 2009; Cameron et al., 2013; İlgün, 2011; Kurul, 2013; Lukacz et al., 2011). Limonsuz bitki çayları, süt, beyaz çikolata, kavun, karpuz, elma, armut, şeftali, üzüm, sarımsak, çam fıstığı ve badem gibi gıdaların ise şikâyetleri azalttığı bilinmektedir (Gungor and Kizilkaya Beji, 2011; Yüce, 2010). Yeşil çayın koruyucu olabileceği bildirilmektedir (Cameron et al., 2013).

Urgency ve sık idrara gitmeyi azaltmak için alınan kafein oranının günde 200 mg'ın altında (2 fincan kahve) olması önerilmektedir. Mesane sorunlarına neden olabilecek yiyecek ve içecekleri sırayla 3-5 gün diyetten çıkararak azalma olup olmadığı denenebilir ve daha sonra sürekli olarak diyetten çıkarılabilir (Burgio, 2009; Gungor and Kizilkaya Beji, 2011; Wyman et al., 2009).

4.5.1.3. Defekasyon: Klinik olarak haftada 3'ten az defekasyon olması veya birey açısından defekasyon sırasında zorlanma mevcut ise konstipasyon olarak tanımlanır (Wyman et al., 2009). Defekasyonda zorluk ve kronik kabızlık perineal sinir ve pelvik tabanı travmatize ederek pelvik taban güçsüzlüğüne neden olmaktadır. Dolu ve kabız bir bağırsak, mesaneye ekstra bir basınç uygular ve kapasitesi kadar dolmasını engelleyebilir. Kronik konstipasyon, AAM ve UÜİ için olası bir risk faktörü olduğundan SYBD değişikliği tavsiye edilir. Bu tür değişiklikler, diyetten lifin, sıvı alımının artırılması, düzenli egzersiz yapma ve rutin defekasyon programının düzenlenmesi gibi uygulamalardır. Meyveler (kayısı, incir, kavun, elma vb), sebzeler (taze fasulye, lahana, mısır, brokoli, bol yeşil salata, bezelye vb), kepekli ekmek, tahıllı yiyecekler (bulgur vb) ve kabuklu yiyecekler (badem, fıstık vb) liften zengin yiyeceklerdir. Kek, bisküvi ve hamur işi gibi bağırsağın düzenli hareketlerini bozan yiyeceklerden kaçınılmalıdır (Akgün, 2009; Güler, 2006; İlgün, 2011; Wyman et al., 2009). İkinma destek dokuların zayıflamasına neden olarak Üİ'a yol açmaktadır (Çiftçi, 2009).

4.5.1.4. Kilo kontrolü: DSÖ obeziteyi, yağ dokularında anormal ve aşırı miktarda artış olarak tanımlamaktadır (Eren Fidancı, 2010). Öğün düzensizliği, gece yatmadan önce besin alımı, aşırı beslenme, ev dışı yemek yeme alışkanlığı, ayaküstü beslenme (fast food), abur-cubur yeme gibi davranışlar obezite için büyük risk faktörleridir. Hareketsiz yaşam tarzı obeziteye neden olabileceği gibi, obeziteye eşlik eden bir durum da olabilir (Karadamar, 2010). Obezite oranında fiziksel hareketsizliğin sorumluluk payı %67,5 olarak rapor edilmiştir (Arslan ve Ceviz, 2007). Şişmanlığın zararları, kalp damar hastalıkları, DM oluşumu, kanser, adet düzensizlikleri, solunum hastalıkları, psikolojik bozukluklar ve topluma uyumsuzluk olarak sıralamak mümkündür (Sevinç, 2012).

Obezite, SÜİ ve UÜİ'nin gelişiminde kendi başına bir risk faktörüdür (Cameron et al., 2013). AAM semptomlarının başlamasında, obezitenin etkisi olduğu belirtilmektedir. Çalışmalarda, Beden Kitle İndeksi (BKİ) 25'ten [kg/boy(m²)] fazla olanlarda idrar kaçırmanın daha yaygın olduğu ve 30'dan fazla olduğunda ise AAM için tek başına bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (Christofi and Hextall, 2007; Wyman et al., 2009). Obezite ile birlikte pelvik yapılarda kronik gerilme, esneme, kas ve sinir zayıflaması meydana gelebilir (Çiftçi, 2009). Obezite, kronik karın içi basınç artışına neden olmakta ve kilo verilmesi ile mesane üzerindeki basınç azaldığından idrar kaçırma azalma veya iyileşme sağlanabilmektedir (Akgün, 2009; Burgio, 2009; Kurul, 2013). Beden kitle indeksine (BKİ) [kg/boy(m²)] göre yetişkinlerin vücut ağırlıklarının değerlendirilmesi Şekil 4.3'te gösterilmiştir (İlgün, 2011).

BKİ (kg/m ²)	Vücut ağırlığının durumu
18,5'dan az	Zayıf
18,5-19,9	Normal kabul edilebilir (ince)
20-24,9	Normal
25-29,9	Toplu (Hafif şişman)
30-34,9	I. Derece şişman
35-39,9	II. Derece şişman
40 ve üzeri	III. Derece şişman

Şekil 4.3: Beden kitle indeksi (BKİ) değerlendirmesi

Obezite tedavisinin temelini 'davranış değişikliği' oluşturmaktadır. Alınan kalori kısıtlanmalı, vücudun harcadığı enerji artırılmalıdır. Davranış değişikliği tedavisinin temel ilkeleri; yemek yemeye ilgili istenmeyen davranışlardan vazgeçmek, vazgeçilemeyen davranışları baskılamak veya azaltmak, istenilen yemek yeme ve

egzersiz davranışlarını sürdürmek ve tekrarlamaktır. Önemli olan kazanılan alışkanlıkların yaşam boyu sürdürülmesidir (Eren Fidancı, 2010).

4.5.1.5. Sigara: DSÖ, günde 1 sigara içeni bile “sigara tiryakisi” kabul etmektedir. Sigarayı bırakmanın kısa dönemdeki yararları; ekonomik tasarruf olur, karbonmonoksit atılır, tat ve koku duyusu düzelir, kan basıncı normale döner, sigarayı bırakmak başarı duygusu ve özgüven verir. Uzun dönemdeki yararları; akciğer işlevi 2-3 ay içerisinde düzelmeye başlar, 1 yılın sonunda kalp-damar hastalığı riski %50 oranında azalır, inme riski 5-15 yıl içinde sigara kullanmayanlarla eşit hale gelir (Sevinç, 2012).

Araştırmalar, urgency ve Üİ ile sigara arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (Wyman et al., 2009). Sigara içenlerde, içmeyenlere göre Üİ 2-3 kat daha fazla görülmektedir (Turhan, 2010). Sigarada bulunan nikotin detrusörü irrite ederek mesane kontraksiyonlarına ve urgency’ye neden olmaktadır. Sigara, östrojen hormonunun etkisini de engeller. Kronik öksürük, mesane içi basıncını artırarak Üİ probleminin ortaya çıkmasına neden olmakta, Üİ kolaylaştırmakta ve anatomik hasarlanmaya sebep olmaktadır. Antihipertansifler de kronik öksürüğe sebep olabildiğinden gerekirse başka bir ilaçla değiştirilmelidir (Akgün, 2009; Çankaya, 2008; Güler, 2006; Kurul, 2013; Özdemir, 2009).

4.5.1.6. Kronik hastalıklar: Kronik akciğer hastalıkları (astım bronşiale, bronşit), DM ve insipitus, kas hastalıkları, omurganın kaza sonucu travması ve bazı sinir sistemi hastalıkları aşırı işeme ve Üİ’ a neden olabilmektedir. Bundan dolayı kronik hastalıkların tedavisi önemlidir (Akgün, 2009; Çiftçi, 2009).

4.5.1.7. Kullanılan ilaçlar: Diüretikler, antikolinerjikler, antidepresan, antiparkinson ve antihistaminikler, sedatif ve narkotik analjezik ilaçlar idrar yapma fonksiyonunu etkileyerek idrar kaçırmaya neden olabilmektedir (Akgün, 2009). Diürezi artıran ilaçların Üİ’ı ağırlaştırdığı bilinmektedir (Burgio, 2009). Bazı ilaçlar, idrar yapma fonksiyonunu etkileyerek Üİ’ a neden olabildiğinden ilaç tipinde, dozunda, alım saatinde değişiklikler yapılarak düzenleme yapılabilir (Akgün, 2009).

4.5.1.8. İdrar yol enfeksiyonu: İYE, özellikle genç kadınlar ve yaşlılarda en sık görülen bakteriyel enfeksiyondur. Kadınlarda daha fazla İYE gelişmesinin bir nedeni üretranın kısalığı ve anatomik olarak rektuma yakınlığıdır. Kadınların %10-35'inin yaşının belli bir döneminde İYE geçirdiği bilinmektedir (Gönen ve ark., 2004; Mody and Juthani-Mehta, 2014).

Üriner sistem yapı ve fonksiyon bozukluğu, DM gibi çeşitli hastalıklar, üriner kateterizasyon, menopoz (ürogenital flora değişir ve vaginal pH artar), az sıvı alımı ve kontraseptif amaçlı kullanılan diyaframlar ağır ve tekrarlayan İYE'na yol açmaktadır. Enfeksiyon, mukozada inflamasyon oluşturduğundan istem dışı detrusor kontraksiyonları olabilmekte, enfeksiyon ajanlarının salgıladıklarının etkisi ile de üretral sfinkterde yetmezlik gelişebilmektedir (Güler, 2006; Kulakçı, 2011).

Genital hijyenin önemsenmemesi, yanlış uygulama ve inançlar, genital organ hastalıklarının tedavi edilmemesi nedeniyle genital ve İYE'larının artmasında önemli rol oynamaktadır (Güler, 2006; Kulakçı, 2011). Genellikle ani başlayan ağrılı ve sık idrar yapma, urgency hissi ile şikayetler başlar (Gönen ve ark., 2004). İdrar yaparken yanma hissi, sık sık idrar yapma isteği, her zamankinden daha fazla Üİ, idrarda kan görme gibi belirtilerin bir kısmı daha fazla su içerek azaltılabilir. İYE'larının tekrarlamasını ve kötü sonuçlarını önlemek için erken tanı konulması ve acilen tedavi edilmesi gerekmektedir. Tekrarlayan İYE sonucunda böbrek yetmezliği, sepsis, yapışıklıklar ve tıkanıklıklar gibi kalıcı hasarlar gelişebilir (Mody and Juthani-Mehta, 2014; Tehrani et al., 2014).

İYE'nunun gelişmesini önlemek için doğru kişisel hijyen kurallarının kazanılması gerekir. Bu kurallar;

- Her tuvalete gitme önce ve sonrası eller su ve sabunla yıkanmalıdır.
- Genital bölge kuru ve temiz tutulmalıdır. Her tuvalete gittikten sonra vulva önden arkaya doğru temizlenmeli, kurulamak için mutlaka beyaz ve parfümsüz tuvalet kağıdı kullanılmalıdır.
- Pamuklu olmayan ve sıkı iç çamaşırlar, perineal havalanmayı önledikleri için giyilmemelidir.
- İç çamaşırı her gün değiştirilmelidir.
- Adet görme döneminde hijyene dikkat edilmelidir.

- Cinsel ilişki sonrası hemen idrar yapılmalı, genital bölge yıkanmalı veya banyo yapılmalıdır
- Klorlu suda, havuzda ve denizde yüzdükten sonra mutlaka duş alınmalıdır.
- Mayo ve bornozlar kuru tutulmalı ve kuru giyilmelidir.
- Halka açık yerlerde klozet tipi tuvalet tercih edilmemelidir (Coşkun, 2012; Mody and Juthani-Mehta, 2014; Şükür 2012).

4.5.1.9. Stres yönetimi: Stres, organizmanın dengesini ve fonksiyonlarını bozabilen etkenler, otonom sinir sistemi, endokrin, immün ve gastrointestinal gibi sistemleri etkileyerek zorlanma, gerilme ve baskı oluşturmaktadır. Stres yönetiminde amaç, gerilimin azaltılması veya kontrol edilmesi için fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanda başa çıkma stratejilerinin belirlenerek kullanılmasıdır. Stres yönetimi, sağlıklı yaşam tarzının önemli bir bileşenidir. Bireylerin stres yönetiminde, sağlığı geliştirme modeli kullanılarak eğitim yapılmasının faydalı olduğu belirtilmektedir (Aşçı, 2013; Bahar ve ark., 2008; Başgöl, 2016; Kızılkaya Beji ve Başgöl, 2016; Moonmuang, 2005).

Irwin et al. (2005), 40-64 yaş arası (n=11521) bireylerde sosyal etkileşim ve psikolojik duruma AAM'nin etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmada; AAM'li bireylerden depresyonda hissedenler %32, çok stresli hissedenler %28, endişe kaynağı olduğunu belirtenler %28 olarak saptanmıştır (Irwin et al., 2005). Yapılan bir çalışmada, sağlığı geliştirme modeli kullanılarak verilen eğitimin bireylerin davranış değiştirmesinde etkili olduğu ve stres yönetiminde başarılı olduğu bulunmuştur (Başgöl, 2016).

4.5.2. Aşırı Aktif Mesane Semptomlarını Önlemek ve Yönetmek İçin Uygulanan Teknikler

Davranışsal girişimlerin temeli, sabırlı olmak, bireyin normal ve anormal mesane fonksiyonunu anlamasını sağlamak, daha sonra AAM ve UÜİ'ı önleme veya yönetme stratejilerini öğretmektir (Wyman et al., 2009). AAM sorunu nedeniyle Üİ olanlarda ilaç tedavisi daha çok kullanılır. İlaç tedavisinin yanı sıra mesane kontraksiyonunun bastırılması, duyuşal uyarılmanın azaltılması ve mesane kapasitesinin artırılması kontinansın sağlanması için önemlidir (Kurul, 2013). Çalışmalar, AAM için

kullanılan ilaç tedavisi ile birlikte sıkışma (urgency) hissini baskılamayı öğrenmenin, ilaç tedavisinin etkinliğini artırdığını göstermektedir (Wyman et al., 2009).

AAM ve Üİ için davranışsal tedavinin genellikle iki temel yaklaşımı vardır. Birinci yaklaşım, mesane eğitimi ve işemenin geciktirilmesi gibi işeme alışkanlıklarını değiştirerek mesane fonksiyonunun düzenlenmesine odaklanır. Diğer yaklaşımda ise, mesane çıkış kontrolü ve sıkışma hissini baskılama davranışını geliştirmek için pelvik taban kas gücü eğitimi ve egzersiz becerilerini geliştirme hedeflenir (Burgio, 2009; Burgio, 2013).

4.5.2.1. İşeme aralığı (Timed voiding): Bireylerin, mesanelerini 3-4 saatte bir boşaltma gerekliliğini öğrenmesi amaçlanır. İdrara çıkma ihtiyacını dikkate almama alışkanlığı, mesanenin fazla gerilmesine ve mesanede boşaltım sorunlarına neden olabilir. Özellikle yaşlı, yatağa bağımlı ve Alzheimer'lı hastalarda önerilir (Christofi and Hextall, 2007; Jayarajan and Radomski, 2014; Wyman et al., 2009).

4.5.2.2. Tuvalet gitme programı oluşturma: Bu yöntemle bir işeme programı oluşturmak için düzenli aralıklarla (2-4 saat) tuvalet gidilmesi önerilir. Düzenli bir işeme programı oluşturarak, idrar kaçırmadan önce idrar yapma ve kuru kalma amaçlanır (Güler, 2006; İlgün, 2011; Kızılkaya Beji, 2009; Jayarajan and Radomski, 2014).

4.5.2.3. Mesane eğitimi (Bladder training): Mesane eğitimi, UÜİ'nin tedavisi için geliştirilmiş davranışsal bir girişimdir. Mesane eğitiminde amaç, işeme aralıklarını giderek açmak, mesane kapasitesini geliştirmek, bireyin sıkışma (urgency) hissini kontrol etmesini sağlamak, kendine güvenini artırmaktır. Ayrıca belirli zamanlarda mesaneyi boşaltarak mesane fonksiyonu üzerindeki serebral korteks otoritesini sağlayabilmektir (Burgio, 2009; Christofi and Hextall, 2007; Topuz, 2011; Yamaguchi et al., 2009).

Mesane eğitimi veya işeme zamanını düzenleme özellikle sık idrara çıkma semptomları olan hastalar için yararlı olabilir ve sıkışma hissini baskılayarak hatta bu hissi azaltarak daha normal bir idrar yapma düzeyine ulaşmayı sağlar. UÜİ'de, özellikle AAM'si olan bireylerde yarar sağlayan ve ilk basamak tedavi olarak sık uygulanan bir

davranış tedavisi şeklindedir. Yan etkileri olmaması, ucuz olmaları en büyük avantajlarıdır (Afşin, 2008; Kızılkaya Beji, 2009; Kurul, 2013; Tarcan, 2008; Wyman et al., 2009).

İlk olarak, üriner günlükten tuvalete çıkma aralıkları belirlenir. Her sabah yataktan kalkar kalkmaz tuvalete giderek mesane eğitim programına başlanır ve yatağa yatmadan önce de bitirilir. Bir hafta boyunca belirlenen aralıklarda boşaltma ihtiyacı olmasa da, bir damla bile olsa idrar yapılır (Burgio, 2009; Yalçın ve Ayyıldız Erkan, 2003). Programlanmış olan sonraki işeme zamanından önce idrar yapma ihtiyacı olur ise, belirlenen zamana kadar erteleme uygulamaları yapılır. Eğer, ayakta ve idrar yapma ihtiyacını artıracak bir iş (bulaşık yıkama, elleri yıkama vb.) yapılıyorsa bu iş bırakılır, ilgi başka yöne çekilir veya oturmuş olarak derin ve yavaş nefes alınır. Ya da 5-6 kez hızlı ve yoğun pelvik taban kas kontraksiyonu yapılır. Bütün çabaya rağmen idrar yapma ihtiyacı geçmezse veya idrar tutulamayacaksa idrar yapılır. Sonraki idrar yapma zamanında, tekrar idrarı boşaltarak programa devam edilir (Cameron et al., 2013; Yalçın ve Ayyıldız Erkan, 2003). İşeme aralığı her hafta yaklaşık olarak 30 dakika artırılır ve 6 hafta boyunca devam edilir. 3-4 saatte bir idrar yapma süresine ulaşılması sağlanır (Cameron et al., 2013; İlgün, 2011; Kurul, 2013).

Mesane disfonksiyon belirtilerini kontrol etmek için beceri tekniklerinin öğretilmesi amaçlanır. Mesane eğitiminde yer alan teknikler, idrar yapma gereksinimini bastırmak için gevşeme, oyalama tekniklerini kullanma, pelvik taban kas kontraksiyonu ve pelvik taban kas eğitimini uygulamayı öğrenme, işeme aralığını artırmayı kapsamaktadır (Srikrishna et al., 2007; Wyman et al., 2009). Yaşlı kadınlarda mesane eğitiminin etkisini belirlemek için yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, %57 oranında inkontinans sıklığında azalma olduğu bulunmuştur (Burgio, 2009).

4.5.2.4. Zihinsel konsantrasyon: Urgency hissedildiği zaman, hemen tuvalete koşmak yerine zihinsel konsantrasyon ile oyalama tekniklerinin uygulanması işemeyi geciktirme ve urgency yoğunluğunu azaltmada yararlı olabilmektedir. “Mesanemin kontrolü bende” veya “ben bekleyebilirim” gibi zihinsel konsantrasyon uygulamaları yapılabilir. Oyalama teknikleri için alışveriş listesi hazırlama, arkadaşına telefon etme, kitap okuma, yavaş ve derin nefes alma egzersizleri de uygulanabilir (Burgio, 2009; Wyman et al., 2009).

4.5.2.5. Pelvik taban kas kontraksiyonu: Detrüsör kontraksiyonu sırasında, sıkışma (urgency) şikâyetini bastırmak, Üİ'ı önlemek, üretrayı kapamak ve normal işeme aralığını düzenlemek için pelvik taban kas kontraksiyonu kullanılabilir. Sıkışma hissedildiği zaman, hareket etme yerine mümkünse oturma, tüm vücudu gevşetme, bekleme, defalarca pelvik taban kas kontraksiyonu yapma, sıkışma azaldığı zaman normal tempoda yürüyerek tuvalete gitmek kaçırmayı önleyebilir (Burgio, 2009; Burgio, 2013; Çiftçi, 2009; Wyman et al., 2009). Sıkışma şikâyeti 30 saniye engellenebilirse genellikle bireyin hissi ortadan kalkmaktadır (Yüce, 2010).

4.5.2.6. Pelvik taban kas egzersizleri (PTKE): Pelvik taban kasları, üretral kapanma basıncını sağlayan ve pelvik organlara (üretra, vagina ve rektum) yapısal ve fonksiyonel destek veren kas gruplarıdır (Cangöl ve ark., 2013). PTKE (Kegel egzersizleri) uygulanarak pelvik taban kas gücü ve motor becerisi artırılır (Burgio, 2009; Burgio, 2013; Chancellor et al., 2008; Wyman et al., 2009). Üİ/Urgency şikâyetlerini hafifletmek ve işeme aralıklarını genişletmek için kullanılır ve ilaç tedavisinin etkisini de artırmaktadır. PTKE'leri, pelvik taban kas gücü artışı yanında pelvik organ prolapsusu ihtimalini azaltır, bağırsak kontrolünü artırır, orgazm artar, seksüel problemler ve doğumda vajinal yırtık olasılığı azalır (Kurul, 2013). Yapılan araştırmalar, PTKE kullanımının idrar kaçırma %50-%80 arasında iyileşme sağladığını göstermektedir (Akgün, 2009).

Egzersiz yaparken doğru kas grubunu çalıştırmak önemlidir. Kadının doğru kasları kasmayı öğrenmesi için yapması önerilen uygulamalar:

- Sırtüstü yatılır, vaginaya bir parmak yerleştirilir, vaginal kaslarla parmak sıkılır. Kasılmanın parmağın etrafında hissedilmesi gerekir.
- İdrar yaparken pelvik taban kasları kasılarak orta akım idrar akışı yavaşlatılır veya durdurulur. Ancak bazı hastalarda idrarın yarıda durdurulması sonucu mesane tam boşalamayabilir, bu nedenle sürekli yapılması önerilmez. Sadece öğrenme aşamasında uygulanır.
- Vaginada olan bir tamponun düşeceği farz edilerek, tamponu vaginaya itmek için pelvik taban kasları sıkılır.
- İdrarı tutmak ve/veya gaz çıkışını durdurmak için de bu kaslar sıkılır (Burgio, 2009; Cangöl ve ark., 2013; Yalçın ve Ayyıldız Erkan, 2003).

PTKE'leri, kadınların yaşamları boyunca özellikle gebelik, doğum ve menopozda yapmaları gereken önemli egzersizlerdir (Akgün, 2009). Bu egzersizlere başlandığında, kasların kolayca yorulduğu, çok hafif kas ağrısı olduğu veya kasmanın sürdürülemediği görülecek ve tekrarlandıkça öğrenilecektir. PTKE sırasında dikkat edilmesi gerekenler;

- Egzersizleri uygulamaya başlamadan önce mesane boşaltılmalıdır.
- Karın ve uyluk kasları gevşek tutulmalıdır.
- Kaslar yukarı çekilmeli, karın aşağı doğru zorlanmamalı, ıkınılmalıdır.
- Pelvik taban kasları kasılırken nefes alınmalıdır.
- Farklı pozisyonlarda (otururken, sırtüstü ya da yüzüstü yatarken, diz çökmüş, ayakta vb) egzersiz yapılabilir (Cangöl ve ark., 2013; Yalçın ve Ayyıldız Erkan, 2003).

Pelvik taban kaslarını doğru olarak belirleme ve kasılma öğrenildikten sonra egzersizlerin nasıl yapılacağı öğretilir. Başlangıç öğrenme aşamasında, egzersiz programı için sırtüstü yatar pozisyonda, baş hafifçe bir yastıkla yükseltilerek (20° lik bir açı), dizler bükük şekilde uzanılır. Karın, kalça ve uyluk kasları gevşek olmalıdır. İşlem öncesi derin bir soluk alınır ve vücudu gevşetmeye odaklanılır, pelvik taban kaslarına konsantre olunur. Vajinanın etrafındaki bölge düşünölmeye başlanır. Sanki bağırsak hareketlerini (gaz çıkarmayı) veya idrarını durdurmaya çalışıyormuş gibi kaslar birlikte, çabucak gerilir. Bu kasma etkin şekilde 6-8 sn sürdürölür ve sonra tamamen gevşenir. Yeni bir kas germeye başlamadan önce yaklaşık olarak 6-8 sn gevşemiş halde beklenir. Egzersiz programı örneğine (Şekil 4.4) göre pelvik taban kas egzersizleri düzenli olarak uygulanmalıdır (Cangöl ve ark., 2013; Yalçın ve Ayyıldız Erkan, 2003).

1. Hafta:	*6 saniye pelvik taban kasları kasılır, 6 saniye dinlenilir. *25 kez tekrarlanır. *Günde 3 kez yapılır (toplam 75 kasılma).
2. Hafta:	*6 saniye pelvik taban kasları kasılır. 6 saniye dinlenilir. *50 kez tekrarlanır. *Günde 3 kez yapılır (toplam 150 kasılma).
3. Hafta:	*6 saniye pelvik taban kasları kasılır. 6 saniye dinlenilir. *75 kez tekrarlanır. *Günde 3 kez yapılır (toplam 225 kasılma).
4-24. Hafta:	*6 saniye pelvik taban kasları kasılır. 6 saniye dinlenilir *100 kez tekrarlanır. *Günde 3 kez yapılır (toplam 300 kasılma).
24. Haftadan sonra:	*6 saniye pelvik taban kasları kasılır. 6 saniye dinlenilir. *50 kez tekrarlanır. *Günde 3 kez yapılır (toplam 150 kasılma). ya da tercihen; *6 saniye pelvik taban kasları kasılır. 6 saniye dinlenilir. *75 kez tekrarlanır. *Günde 2 kez yapılır (toplam 150 kasılma).

Şekil 4.4: Egzersiz Programı Örneği (Cangöl ve ark., 2013).

PTKE programının her gün düzenli şekilde (en az haftada 3-4 kez) 15-20 hafta boyunca uygulanması ve belli bir kas tonüsüne ulaşıncaya kadar sürdürülmesi önerilir. PTKE'leri ile başarı elde edilse bile düzenli uygulanmadığında şikâyetler tekrarlayabilmektedir. Egzersizin fizyolojik etkileri, iki hafta sonra ortaya çıkmaya başlar. 6-8. haftada şikâyetler azalır ve 6. ayda da düzelmeye/iyileşme olur. Egzersiz öğrenme süreci 6 hafta ile 6 ay arasında değişebilmektedir (Burgio, 2009; Cangöl ve ark., 2013; İlgün, 2011; Topuz, 2011).

4.5.2.7. Biofeedback: Pelvik taban kas aktivitesinin bir ekran ve ses düzeni ile görsel ve işitsel sinyaller şeklinde bireye yansıtılmasıdır. Bireyin, vücut fonksiyonlarının farkına vararak, istemli olarak değiştirebilmesini sağlayan tedavi yöntemidir (Burgio, 2009; Burgio, 2013; Cangöl ve ark., 2013; Çankaya, 2008; Fırdolaş ve ark., 2010). Çeşitli çalışmalarda, biofeedback destekli davranış eğitimi ile ortalama %60-%85 arasında idrar kaçırma oranında azalma olduğu bulunmuştur (Burgio, 2009).

4.5.2.8. Fonksiyonel elektriksel stimülasyon (FES): Perineal, anal veya vajinal yolla bir cihaz kullanılarak pelvik taban kaslarına elektrik akımı verilir. Bu yöntemle, pelvik taban kaslarının uyarılarak güçlenmesi, üretral sfinkter fonksiyonunun artması ve mesane kontraktilesinin azalması sağlanmaktadır. Üİ tipine ve nedenine göre dozu ve süresi ayarlanmaktadır. Geleneksel olarak bu yöntem, SÜİ tedavisinde kullanılmaktadır.

AAM, UÜİ ve MÜİ için de uygulanmaktadır (Akgün, 2009; Yamaguchi et al., 2009). FES ile ilgili yapılan çalışmalarda subjektif başarı oranları %35-70 arasında değişmektedir. Kızılkaya ve Yalçın'ın elektriksel stimülasyon ve kegel egzersizlerinin pelvik kas gücü üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, 6 seans FES uygulanan hastaların pelvik kas gücünde anlamlı bir artış sağladığı bulunmuştur (Akgün, 2009).

4.5.2.9. Nöromodülasyon: Mesane ve üretra fonksiyonunun kontrolünü yapan periferel sinirlerin çeşitli metotlarla stimülasyonu ve modülasyonu ile mesane ve üretral fonksiyonun düzenlenmesini amaçlayan bir tedavi yöntemidir. İlaç ve davranışsal tedavi, AAM'de standart başlangıç tedavidir. Nöromodülasyonun çeşitli biçimleri tedaviye dirençli detrusör aşırı aktivite vakalarında ikincil tedavi olarak kullanılmaktadır. Transkütanöz elektriksel sinir uyarımı-TENS, nöromodülasyon olarak uygulanan yöntemlerden biridir (Çankaya, 2008; Yamaguchi et al., 2009). Ancak, elektriksel nöromodülasyonun alt üriner sistem üzerine etkileri olan nöral mekanizmalar tam olarak bilinmemektedir (Akman, 2013).

4.5.2.10. Elektromanyetik stimülasyon (Electromagnetic stimulation-EMS): EMS tedavi yönteminde, internal prop kullanılmadığı için daha çok kabul görmektedir. Tüm inkontinans tiplerinde kullanılabilir. Diğer kaslar, sinirler ve hatta uterus bile stimuluslara yanıt vermektedir (Yüce, 2010).

4.5.3. Aşırı Aktif Mesane Semptomlarını Önlemek ve Yönetmek için Uygulanan Farmakolojik Tedaviler

Farmakolojik tedavinin amacı, mesane kontraktilesinin inhibisyonu, duyuşal girişin azaltılması, mesane kapasitesinin artırılması, normal işemeyi bozmadan ve diğer organları etkilemeden AAM'yi düzeltmektir. Farmakolojik olarak en sık kullanılan ilaçlar antikolinergik (antimuskarinik) etkili ilaçlardır. Antikolinergik etkili ilaçlar; tolterodin, trospium, oksibutin, darifenasin ve solifenasin gibi etken maddeler içermekte ve en sık olarak AAM tedavisinde kullanılmaktadırlar (Afşin, 2008; Akgün, 2009; Cardozo et al., 2010; İlgün, 2011; Kurul, 2013; Rosenberg et al., 2014; Tarcan, 2008; Wyman et al., 2009; Yüce, 2010).

Antikolinergik ajanların en sık görülen iki yan etkisi ağız kuruluğu ve konstipasyondur (Cameron et al., 2013). Ayrıca, antikolinergik ajanlar baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, uyku hali veya uykusuzluk, terlemede azalma, ürtiker, taşikardi, göz kuruluğu, bulanık görme ve mental fonksiyonlarda bozulma gibi yan etkiler de oluşturabilirler. İdrar retansiyonu ya da detrusor yetmezliği, barsak obstrüksiyonu, Alzheimer hastalığı olan olgularda ve dar açılı glokomda (tedavi altında olamayan) kullanılmazlar. Antikolinergik ilaçların etkileri 1 aydan önce değerlendirilmemeli, genellikle 12 haftalık kullanım sonunda değerlendirilmektedir. Ancak ilaçların yan etkileri kullanımı kısıtlamakta, kadınların çoğu tedaviyi yarım bırakmak zorunda kalmaktadır. Antikolinergik ilaçlar kullanıldıkları süre kadar etkilidir ve ilaç kesildiğinde şikâyetler geri dönebilir (Afşin, 2008; Anger et al., 2011; Cameron et al., 2013; Güler, 2006; Jayarajan and Radomski, 2014; Kaya ve Ersöz, 2008; Kurul, 2013; Lam and Hilas, 2007; Mertoğlu, 2012; Tarcan, 2008). İlaç tedavisi uygulananlarda (örn. darifenasin, fesoterodin, solifenasin, trospium) ağız kuruluğu oranları %20-40 arasında olduğu belirtilmiştir (Gormley et al., 2014). Hastaların %35'i tedavi kesilmesinden bir ay sonra, tekrar tedavi gereksinimi duymuşlardır (Mertoğlu, 2012).

İlaçların yan etkileri nedeniyle ilaçta veya ilaç dozunda değişiklik yapılarak yan etkiler azaltılabilir. Bir ilaç etkili olmadığında başka bir ilaç veya kombinasyonu yararlı olabilir. İlaç tedavisinin başarısını artırmak için menopozda Hormon Replasman Tedavisi ile desteklenebilir. Hormon Replasman Tedavisi, östrojen hormon eksikliğine bağlı olarak gelişen sorunları önleyerek idrar kontrolünün gelişmesini sağlamaktadır (Akgün, 2009). Östrojenin, hem mesane kapasitesini artırıcı etkisi vardır, hem de sfinkter direncini artırmaktadır (Demirci, 2002; Yüce, 2010).

4.6. Aşırı Aktif Mesaneli Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı (SYBD), bireyin sağlıklı kalma ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünü olarak tanımlanmaktadır (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011). SYBD ile birey sağlığını etkileyecek davranışlarını kontrol etmekte ve kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçerek günlük aktivitelerini düzenlemektedir. Birey, bu davranışları tutum haline dönüştürerek sağlıklı olmayı sürdürebilir ve sağlık durumunu daha iyi seviyeye getirebilir (Özkan ve Yılmaz, 2008).

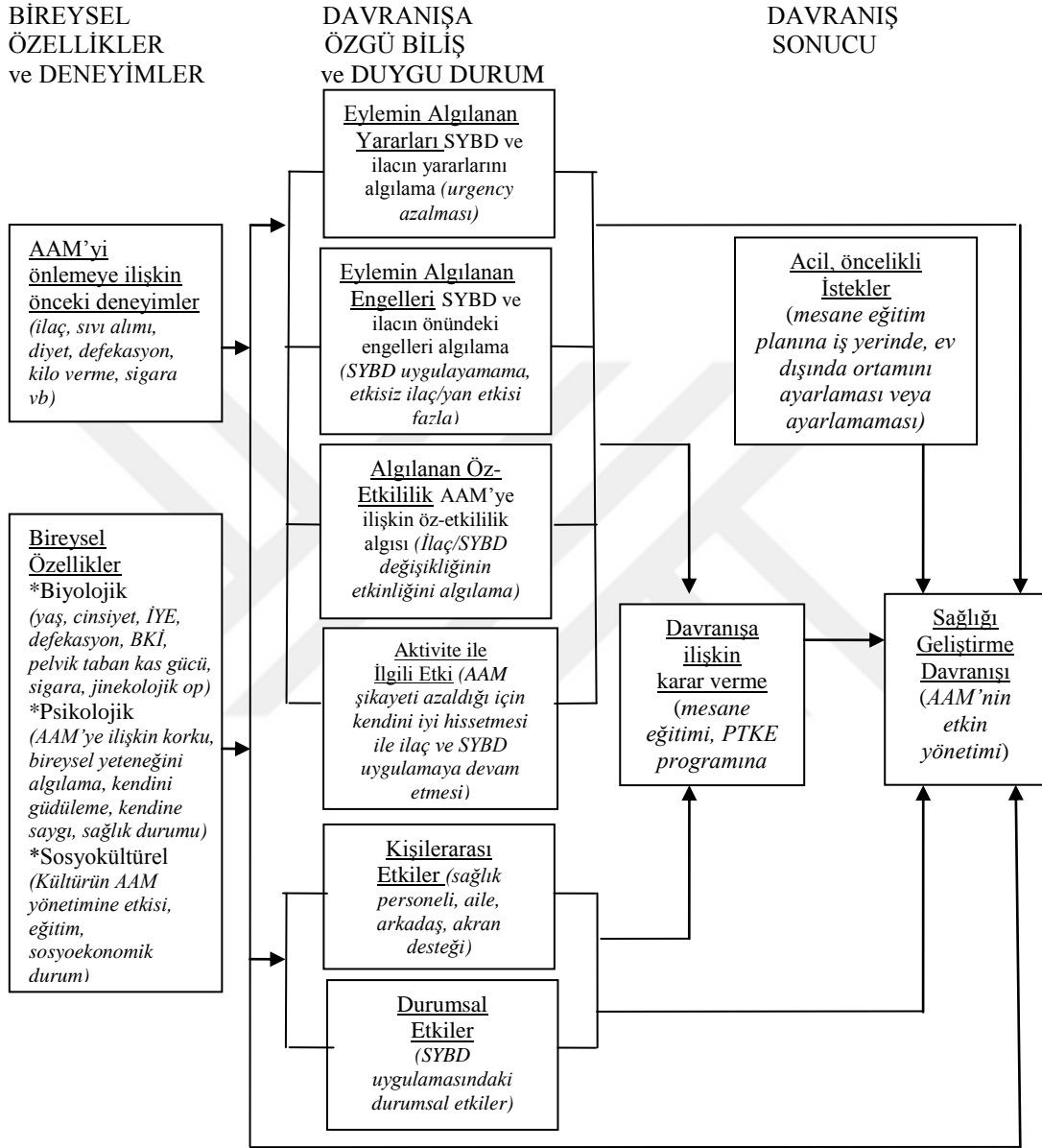
4.7. Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM)'ne Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli' ne (SGM) göre SYBD'ları sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, egzersiz ve beslenmedir (Bahar ve ark., 2008). Amerikalı bir hemşire olan Pender, SGM'nde; SYBD'nı benimseyen, koruyan ve geliştiren bir durum olarak tanımlamaktadır. Pender'e göre istenilen davranışın ortaya çıkması için bir girişim planına karar verilmesi, ortaya çıkabilecek caydırıcı faktörlerin belirlenmesi ve böyle durumlarda ne yapılacağının önceden saptanması sağlığı geliştirme davranışı kazanılmasında etkili faktörlerdir. Sağlığını kontrol etme sorumluluğu kendisinde olan bireye model, sağlığı geliştirici davranışların nasıl kazanılması/kazandırılacağı konusunda yol gösterici olmaktadır (Akça Ay, 2012; Bozhüyük, 2010; Eren Fidancı, 2010).

Pender'e göre, geçmişteki aynı veya benzer davranışın sıklığı önemlidir. nceki davranışlar sağlık davranışlarını hem doğrudan hem de dolaylı yoldan etkilemektedir. Alışkanlık oluşumu nedeniyle, Őimdiki davranışlara önceki davranışların doğrudan etkisinin olabileceği belirtilmektedir. Davranış her ortaya çıktığında alışkanlıkların gücü artmaktadır (Ersin ve Bahar, 2012; Gördes Aydoğdu ve Bahar, 2011). SGM, hastalığı nleme davranışıyla sınırlandırılmaz ve insan davranışında motivasyonun kaynağı olarak korku ve tehdidi içermemektedir. Bireyin kendisinin sağlığını kontrol etme sorumluluğu olması modelin odağı kabul edilir (Eren Fidancı, 2010; Sakraida, 2010).

SGM'nde bireyin, kronik hastalığa sahip olması, yaşının artması sağlık sorumluluğunu artırdığı, sağlığı geliştiren davranışlarının düzeyi arttığı ve sağlık davranışlarının olumlu yönde değiştiği belirtilmektedir (Güler ve ark., 2008). Modelde, bireye ait demografik özelliklerin, bilişsel-algısal faktörler aracılığı ile sağlığı geliştirici davranışlar üzerine etkili olduğu, özellikle yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum ve gelir düzeyinin SYBD ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bu model, bireyin sağlık aktivitelerinde aktif rol almasının gerektiğini belirtmekle birlikte toplumun geneli için de planlanmış ve test edilmiştir (Bozhüyük, 2010).

Pender, sağlığı geliştirme davranışını etkileyen faktörleri “Bireysel Özellikler ve Deneyimler”, “Davranışa Özgü Biliş ve Duygu Durum” ve “Davranış Sonucu” olarak üç grupta (Şekil 4.5) sınıflandırmıştır.



Şekil 4.5: AAM tedavisinde Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline göre SYBD Geliştirme (Eren Fidancı, 2010; Sakraida, 2010).

4.7.1. Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Temel Kavram ve Tanımları

4.7.1.1. Bireysel özellikler ve deneyimler

4.7.1.1.A. Önceki ilgili davranış: Aynı veya benzer davranışın geçmişte yapılma sıklığına göre doğrudan veya dolaylı sağlığı geliştirme davranışlarına katılma ihtimalini etkilemesidir (Eren Fidancı, 2010; Sakraida, 2010). Örn: AAM'yi önlemeye ilişkin önceki deneyimler olumlu ya da olumsuz olabilir. AAM tedavisi için kullandığı ilaç ve önerilen davranış değişikliklerini uygulaması (sıvı alımı, diyet, defekasyon, kilo verme, sigara vb) ile şikâyetlerinde azalma olan bir bireyin yeniden önerilen davranış değişikliklerini uygulaması ve ilaca başlamasının daha kolay olmasıdır.

4.7.1.1.B. Bireysel özellikler: Belirli bir davranışın biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel özelliklerle önceden tahmin edilmesi ve dikkate alınan hedef davranış ile şekillenmesidir. Modelde bireyin davranışlarının kişisel özelliklerden ve olumlu ya da olumsuz deneyimlerden etkilendiği belirtilmektedir (Eren Fidancı, 2010; Ersin ve Bahar, 2012; Sakraida, 2010):

- Bireysel biyolojik özellikler: Bu etkenler; yaş, kadın olmak, İYE, defekasyon, BKİ, pelvik taban kas gücü, sigara, jinekolojik operasyon gibi değişkenleri içerir.
- Bireysel psikolojik özellikler: AAM'ye ilişkin korku, bireysel yeteneğini algılama, kendini güdüleme, kendine saygı, sağlık durumu ve sağlığın ne ifade ettiği gibi değişkenleri içerir.
- Bireysel sosyokültürel özellikler: Kültürün AAM yönetimine etkisi, eğitim, sosyoekonomik durumu gibi değişkenleri içerir.

4.7.1.2. Davranışa özgü biliş ve duygu durum

Aşağıdakiler, temel motivasyonel önemdeki davranışa özgü kavrayış ve etkilerdir; bu değişkenler hemşirelik faaliyetleriyle değiştirilebilir.

4.7.1.2.A. Eylemin algılanan yararları: Birey, eğer sağlığı geliştirme davranışının/eyleminin yararlarının fazla olduğunu düşünüyorsa o davranışa başlama veya davranışı sürdürme konusunda daha istekli olabilmektedir (Eren Fidancı, 2010;

Sakraida, 2010). Örn: Önerilen SYBD/ilacın yararlarını algılama davranış değişikliklerini uygulayarak ve ilaç kullanarak AAM'nin getireceği problemlerden (urgency azalması gibi) korunmaktır.

4.7.1.2.B. Eylemin algılanan engelleri: Bireyin herhangi bir eylemi, davranışı uygulamasının zor veya imkânsız olduğuna dair inancı var ise o eyleme başlama niyeti etkilenebilir (Eren Fidancı, 2010; Sakraida, 2010). Örn: Daha önce AAM için SYBD değişikliklerini uygulayamaması, ilaç kullanımında AAM şikâyetlerinin azalmaması veya ilacın yan etkilerinin fazla olması nedeniyle yeniden bir tedaviye başlama kararını olumsuz etkileyebilir.

4.7.1.2.C. Algılanan öz-etkililik: Sağlığı geliştirme davranışı, bireyin kişisel yargısının örgütlenmesi, bir sonuca ulaşabileceğine inanması ile gerçekleştirilir ve daha etkin davranarak yaşamına kendisi yön verir (Eren Fidancı, 2010; Sakraida, 2010). Bireyde “yapabilirim” inancı, içinde bulunduğu koşulları kontrol altına alma duygusunu yansıtır. Bireyin nasıl hissedeceği, düşüneceği ve davranacağını belirleyen önemli bir özelliği öz etkililiktir. Düşük öz etkililik duygusu olan bireyler anksiyete, çaresizlik, depresyon yaşarlar, düşük öz güvene sahip olurlar ve bireysel başarıları ve gelişimleri hakkında yetersiz olduklarını düşünürler. Bir bireyin o davranışın olanaklı olduğuna olan güçlü inancı o davranışı yapmasını etkiler (Eren Fidancı, 2010). Örn: AAM için verilen ilacı düzenli kullanarak ve önerilen SYBD değişikliklerini uygulayarak şikâyetlerinin geçeceğine olan inancının olmasıdır.

4.7.1.2.D. Aktivite ile ilgili etki: Bireyin davranışı tekrarlayıp tekrarlamayacağı veya davranışı uzun süre devam ettirip ettirmeyeceğini, davranışla ilgili oluşan duyguları etkiler. Davranışa yönelik olumlu duygular tekrarlama olasılığını artırır, olumsuz duygular tekrarlanmasına engel olabilmektedir (Eren Fidancı, 2010; Ersin ve Bahar, 2012; Sakraida, 2010). Örn: AAM şikâyetleri azaldığı için kendini iyi hissetmesi ile ilaç ve SYBD davranış değişikliklerini uygulamaya devam etmesidir.

4.7.1.2.E. Kişilerarası etkiler: Sağlıklı davranışı kazanma ve devam ettirmede kişilerarası etkilerin önemli olduğu belirtilmektedir. Aile, arkadaş ve akranların düşüncesi, inancı, tutumları, beklentilerinin önemi, sosyal destek bireyi etkilemekte, sağlık personelinin ve diğerlerini gözlemleyerek model alma ve öğrenme oluşmaktadır

(Eren Fidancı, 2010; Ersin ve Bahar, 2012; Sakraida, 2010). Örn: AAM şikayetlerinin geçmesi için sağlık personelinin önerilerini uygulaması, aile, arkadaş, akran desteği olarak davranış değişikliğini yapmasıdır.

4.7.1.2.F. Durumsal etkiler: Bireysel algılar, ortamdaki herhangi bir durum veya ortamın şartları davranışı kolaylaştırır ya da engel olur. Bireyin içinde bulunduğu çevresi sağlık davranışını doğrudan etkileyebilir. SGM kullanılarak yapılan çalışmalarda durumsal etkilerin %56'sı sağlık davranışının belirleyicisi olduğu gösterilmektedir (Eren Fidancı, 2010; Ersin ve Bahar, 2012; Sakraida, 2010). Örn: Çok yoğun çalışıyor olması, WC'ye ulaşmada zorluklar yaşaması nedeniyle dış ortamda yeterli sıvı almaması veya mesane eğitimini uygulamaması, aile ve arkadaş toplantılarında ikramlarda ısrar edilmesi gibi SYBD uygulamasındaki durumsal etkilerdir.

4.7.1.3. Davranış sonucu

4.7.1.3.A. Davranışa ilişkin karar verme: Planlamayla ve belirli stratejilerle davranışla ilgili amacı gerçekleştirmeyi içermektedir. Göz ardı edilemeyen veya karşı durulamayan bir tercih ortaya çıkmadıkça davranışa ilişkin plan yapma, bu plana bağlılık bireyde davranış oluşumuna neden olmaktadır (Eren Fidancı, 2010; Ersin ve Bahar, 2012; Sakraida, 2010). Örn: Bireyin sağlık personeli ile birlikte planlanmış bir mesane eğitimi, PTKE programına başlamasıdır.

4.7.1.3.B. Acil, öncelikli istekler ve hedefler: Acil bir gereksinimin, planlanmış olan sağlığı geliştirme davranışın hemen öncesinde ortaya çıkması davranışın sonucunu etkileyecektir. Aktivite kararlaştırılmadan, öncede planlanan davranış için alternatif olarak “yarar ve engel” kavramı belirlenmelidir. Bireyin kontrollü davranışlarının sayısı artıkça, doğru davranışların da sayısı artar (Eren Fidancı, 2010; Ersin ve Bahar, 2012; Sakraida, 2010). Örn: Mesane eğitim programına başlayan bireyin işyerinde veya ev dışında planlanan zamanına uyabilmesi için ortamını ayarlamasıdır.

4.7.1.3.C. Sağlık geliştirme davranışı: Sonuç olarak, birey sağlığını geliştirmesi için gereken en uygun davranışları yaparak olumlu sonuca ulaşmasıdır (Eren Fidancı, 2010; Sakraida, 2010). Örn: Bireyin ilacı kullanması, SYBD

değişikliğini (sıvı alımı, diyet düzenleme, BKİ kontrolü, stresi yönetme, sigara bırakma, defekasyon düzenleme, komorbid hastalıkların tedavisi, mesane eğitimi, PTKE yapma vb), yaparak AAM şikâyetini etkin yönetebilmesidir.

4.8. Aşırı Aktif Mesaneli Kadınlarda Sağlık Çalışanının Rolü

Üriner şikâyetler çok farklı nedenlere bağlı olduğundan bu şikâyetlerin önlenmesinde, tanı ve tedavi sürecinde çeşitli dallardan sağlık ve sosyal yaşam profesyonelleri rol alır (Çankaya, 2008). İnkontinans sorununun önlenmesi ve tanı-tedavisi için Hemşire/Ebe, Jinekolog/Ürojinekolog, Ürolog, Gastroenterolog/Cerrah, Nörolog, Psikiyatrist, Diyetisyen, Fizik Tedavi Uzmanı gibi sağlık profesyonellerinden oluşan multidisipliner bir ekip çalışmasını gerektirmektedir (Başgöl ve Kızılkaya Beji, 2015; Can Güler ve Yağcı, 2006).

Hemşire/Ebe: Hemşire/Ebeler kontinansın sürdürülmesinde, Üİ'ı önlemede, sorunu olan hastaları tanılamada, sorunun giderilmesinde sağlık ve sosyal bakım elemanlarıyla birlikte çalışarak etkin bir rol almaktadırlar. Kontinans hemşiresinin rolleri; klinik bakım verme/uygulayıcı, danışmanlık ve araştırma, eğitim, sağlığı koruma/geliştirme, karar verme, tedavilerin yönetimi, koordinasyon, iletişim olarak sıralanabilir (Başgöl ve Kızılkaya Beji, 2015; Çankaya, 2008; Demir ve Kızılkaya Beji, 2015).

Uygulayıcı kontinans hemşireleri, mesleki otonomiye sahip olup karar vermede rol alırlar. Klinikte hemşireler, hastaları değerlendirmek amacıyla idrar tahlilleri, üriner günlüklerin incelenmesi, ürodinami, sistometri, üroflowmetre, pelvik taban kas gücü değerlendirmesi, anorektal manometri vb. testleri uygulayabilmektedirler (Başgöl ve Kızılkaya Beji, 2015; Demirci ve Coşar, 2009). Hemşire/ebeler, Üİ gelişmesini önlemek için gebelik, doğum, doğum sonu dönemlerinde pelvik taban kaslarının güçlendirilmesi ile risk faktörlerine ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde rol alırlar (Başgöl ve Kızılkaya Beji, 2015; Demir ve Kızılkaya Beji, 2015). Davranış tedavileri, sıklıkla ileri hemşirelik uygulamaları olarak (örn. Kontinans hemşiresi) hemşireler tarafından uygulanır. AAM'de, sağlıklı yaşam biçimi davranışın geliştirilmesi için hastanın sağlıklı davranışlar konusunda bilgilendirilmesini ve yönlendirilmesini sağlayacak grup, sağlık kurumlarında profesyonelce bakım veren hemşirelerdir (Gormley et al., 2014). Mesane

eğitimi, tuvalete gitme programı oluşturma, idrar yapmayı teşvik etme, sıvı ve diyetin dzenlenmesi, kilo kontrolü, sigara bırakma gibi eğitimler Üİ yönetiminde hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturmaktadır (Demirci ve Coşar, 2009). Araştırmalar yapılarak sonuçlarının uygulama alanına yansıtılması ile hemşirelik uygulamalarını geliştirmeye katkı sağlamaktadırlar (Başgöl ve Kızılkaya Beji, 2015).

Hemşireler, tanısı konulan hastaya ve bakım veren kişilere şikâyetleri ve tedavisi ile ilgili bilgi vererek tedavinin uygulanmasına yönelik bir yönetim planı sunar. Multidisipliner ekip içinde bakımın sürekliliğini ve entegrasyonunu sağlar. Hemşireler ürojinekoloji ünitelerinde görev alarak ilgili birimlerdeki sağlık profesyonelleri, hasta, hasta yakınları, bakım vericiler ile sürekli iletişim halinde olup etkili iletişim yöntemlerini kullanarak bireylerle güven ilişkisini geliştirirler (Başgöl ve Kızılkaya Beji, 2015).

Jinekolog/Ürojinekolog: Vajinal muayenede; atrofi, kızarıklık, şişlik, akıntı, operasyon izi, fistül bulgusu, pelvik organ prolapsusu, üretrosel, sistosel, enterosel ve rektosel varlığı jinekolog/ürojinekolog tarafından araştırılır. Ürodinami, üroflovmetri, sistometri, üretral basınç çalışmaları gibi üriner inkontinansı belirleme ve medikal veya cerrahi tedavi etme çalışmalarını yürütürler (Aydınoglu ve ark., 2012; Buldu, 2010).

Ürolog: Hastalarda, geçirilmiş ürolojik operasyon, enürezis nokturna, vezikouretral reflü, üriner sistem taş hastalığı, böbrek fonksiyon testleri gibi sorunlar ürologlar tarafından araştırılmaktadır. Öncelikle AAM nedenleri arasında olan tıkanıklık, enfeksiyon, taş hastalığı, mesane ca gibi nedenler araştırılarak tedavisi yapılır (Buldu, 2010).

Gastroenterolog/Cerrah: Fekal inkontinans, katı veya sıvı olarak dışkıyı kontrol edememe, anal inkontinans gaz, mukus ya da feçesin istem dışı kaçırılması olarak tanımlanmaktadır. Zayıflamış pelvik kaslar, gaz ya da feçesin kaçmasına sebep olabilir (Ersoy Cingi, 2013; Milsom et al., 2013). Ersoy Cingi (2013), postmenopozal kadınlarda anal inkontinans görölme sıklığını, oluşumundaki etiyolojik faktörleri ve tedavisinde pelvik taban kas egzersizlerinin etkinliğini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, postmenopozal kadınlardan (n=555), UI'ı olanlarda olmayanlara göre anal inkontinans görölme riskinin yaklaşık beş kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Hastalar,

anal inkontinansın ciddiyetine göre tanı ve tedavisinde gastroenterolog veya cerrahi yolla tedavi değerlendirmesi için bir cerraha yönlendirilebilir.

Nörolog: AAM patofizyolojisinin multifaktöryel etiyojolojiye sahip olduğu düşünöldüğünden nörolojik hastalıklar veya yaralanmalar bir nörolog tarafından değerlendirilir. Hastanın mental durumu, alt ekstremite motor ve duyu muayenesi, lumbosakral nörolojik fonksiyonları, anal sfinkter tonüsü, perineal duyu muayenesi yapılır (Aydınöglu ve ark., 2012; Buldu, 2010).

Psikiyatrist: İdrar kaçırma, psikolojik rahatsızlık, kaygı ve depresyon gibi psikolojik sorunlara neden olduğundan hastanın bir psikiyatrist tarafından değerlendirilerek tedavisi yapılır. Wong et al. (2006), Üİ'ı olan Çin'li kadınların tedavi arama davranışı, prevelans ve bilgi düzeylerini değerlendirmek için yaptıkları çalışmada, Üİ olan kadınların %15,2'sinde sinirlilik ve anksiyete problemleri saptamışlardır (Bilgiç Çelik ve Kızılkaya Beji, 2012; Wong et al., 2006).

Diyetisyen: Hem stres hem de urgency inkontinansın gelişiminde obezite risk faktörüdür (Cameron et al., 2013). BKİ ile inkontinans arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan çalışmalarda, BKİ'nin her 5 birimlik artışında günlük inkontinans risk artışının yaklaşık olarak %60 olduğu rapor edilmiştir. Ciddi vakalarda konstipasyon, normal işemeye ve mesanenin boşalmasına engel olabilir, AAM'yi tetikleyebilir (Burgio, 2009). Bunlardan dolayı AAM'si olan kadınların diyetlerin düzenlenmesi ve takibi için bir diyetisyene yönlendirilmektedirler.

Fizik Tedavi Uzmanı: Fizyoterapinin amacı, pelvik taban kas gücünü artırmak, üriner semptomları gidermek, hastalığın sosyal ve emosyonel duruma olumsuz etkilerini en aza indirmektir. Fizyoterapist, değerlendirmeleri doğrultusunda hastaya uygun tedavi yöntemi uygulamasını yapar, pelvik taban kaslarını güçlendirmeyi, inkontinansı önleme yöntemlerini, öksürme ve hapşırma gibi durumlarda pevik taban kaslarını kullanmasını öğretir. Pelvik taban tedavileri fizyoterapistler tarafından uygulanmaktadır (Can Güler ve Yağcı, 2006).

Kontinans Bakım ve Hizmet Sunum Modelleri

Kontinans bakım ve hizmetlerinin sağlanması her ülkenin sağlık hizmetlerinin altyapısı ve organizasyonuna bağlıdır. Hizmet sunum modelleri kanıt düzeylerine göre, 4 seviye olarak belirtilmiştir (Newman et al., 2013).

• **Özel uzmanlık** (Single specialist); bu bir konsültan veya uzman hekim (ürolog, jinekolog, ürojinekolog) tarafından, sıklıkla ürodinami ünitesi etrafında odaklanılmış tıbbi ve cerrahi tedavi uygulama hizmetinin sürdürülmesidir. En yaygın olarak gelişmiş ülkelerde uygulanan bu modelde hizmetin ayrılmaz bir parçası olan kontinans danışman hemşire/kontinans uzman hemşireler (nurse continence advisor / continence nurse specialist) ekip içinde yer almakta bu hizmetin sürdürülmesine katkı sağlamaktadırlar (Newman et al., 2013).

• **Uzman/Danışman hemşire** (Nurse specialist or advisor); bazı sağlık sistemlerinde, hem Üİ hem de fekal inkontinans geleneksel olarak sadece bir hemşirelik sorunu olarak görüldüğünden multidisipliner tıp ekibinin diğer üyeleri çok az ilgilenebilirler. Bazı ülkelerde hemşirelerin, kapsamlı değerlendirmelerle Üİ ve pelvik taban disfonksiyonu altında yatan nedeni tedavi etme yerine semptomlarla baş etmesi için bireylere yardım etme, konservatif tedaviye uygun hastaları belirleme ve ilaç/konservatif tedavi uygulama, araştırma ve eğitim yapma görevleri bulunmaktadır. Böylece hastaların, ürodinami ve uzman değerlendirmesi için bekleme sürelerinin kısaltıldığı belirtilmiştir. Kontinans danışman hemşireleri serbest olarak, bölge sağlık merkezleri/toplumla ilişkili alanlarda, pratisyen/aile hekimleri ile birlikte, hastanelerde çalışabilirler (Newman et al., 2013).

• **Multidisipliner başvuru merkezi**; multidisipliner klinikler kapsamlı kontinans bakımı sağlamaktadırlar. Pelvik taban kliniği içinde, jinekolog, ürolog, kolorektal cerrah ve kontinans hemşiresi birlikte çalışmaktadırlar. Bazı kliniklerde Fizik Tedavi uzmanları ve lisanslı diyetisyenler de bulunmaktadır. Avustralya'da multidisipliner bir kontinans kliniğinde inkontinansı olan hastalar, konservatif tedavi ve kontrol grubu olarak randomize edilerek yapılan bir çalışmada (n=78), hastalara tüm çalışanlar tarafından tedavi yönlendirmesi yapılmış ve 12 ay izlenmiştir. Konservatif tedavi grubunda tedavi ile iyileşme %87 (kontrol grubu %41) olduğu; tedavi başında

orta ve ciddi utanma yaşıyanlar %52 iken 4. ayda sadece %17 olduğu; depresyon %49'dan %22'ye; izolasyon %28'den %12'ye azaldığı bulunmuştur (Newman et al., 2013).

• **Birinci basamak tedavi merkezleri;** birinci basamakta çalışan hekimlerin inkontinansa yönelik, uygun şekilde birinci basamak tedavi uygulama ve etkili kontinans bakım sunmada yetersiz kaldığı belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda, birinci basamak hekimleri UI'n yaygın olduğunu bilmelerine rağmen UI ile ilgili kayıt, değerlendirme, yönetim planı organizasyonunu çok az bir grubun yürüttüğü belirtilmiştir (Newman et al., 2013).



5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma, Aşırı Aktif Mesaneli kadınlarda Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda yapılan sağlıklı yaşam biçimi davranış eğitiminin tedavi üzerine etkisini belirlemek amacıyla, randomize kontrollü, prospektif ve deneysel araştırma özelliğinde yapıldı.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Bilim Dalında, Ocak 2015-Ekim 2016 tarihleri arasında AAM tanısı konan kadınlar ile gerçekleştirildi.

Araştırma Hipotezleri

H0: "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Eğitimi"nin Aşırı Aktif Mesanesi olan kadınların sık idrara çıkma sayısının azalmasına etkisi yoktur.

H1: "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Eğitimi"nin Aşırı Aktif Mesanesi olan kadınların sık idrara çıkma sayısının azalmasına etkisi vardır.

H0: "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Eğitimi"nin Aşırı Aktif Mesanesi olan kadınların sıkılaşarak idrara gitmenin azalmasına etkisi yoktur.

H1: "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Eğitimi"nin Aşırı Aktif Mesanesi olan kadınların sıkılaşarak idrara gitmenin azalmasına etkisi vardır.

H0: "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Eğitimi"nin Aşırı Aktif Mesanesi olan kadınların noktüri azalmasına etkisi yoktur.

H1: "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Eğitimi"nin Aşırı Aktif Mesanesi olan kadınların noktüri azalmasına etkisi vardır.

H0: "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Eğitimi"nin Aşırı Aktif Mesanesi olan kadınların yaşam kalitesinin artmasına etkisi yoktur.

H1: "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Eğitimi"nin Aşırı Aktif Mesanesi olan kadınların yaşam kalitesinin artmasına etkisi vardır.

H0: "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Eğitimi" yapılan kronik hastalığı olmayan Aşırı Aktif Mesaneli kadınların kronik hastalığı olanlara kıyasla yaşam kalitesi daha fazla artar.

H1: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Eğitimi" yapılan kronik hastalığı olmayan Aşırı Aktif Mesaneli kadınların kronik hastalığı olanlara kıyasla yaşam kalitesi daha fazla azalır.

5.3. Araştırmanın Örneklem Seçimi

Çalışmanın Evreni ve Örneklemi: Çalışmanın evrenini, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ürojinekoloji Bilim Dalı polikliniğinde tedavi gören tüm kadınlar oluşturdu. Örneklem kapsamına, AAM sendromu tanısı konan çalışmaya katılmayı kabul eden girişim grubu 50 kadın ve kontrol grubu 50 kadın olmak üzere toplam 100 kadın oluşturdu.

Planlama aşamasında; örneklem seçimi için güç analizi yapıldı. İki grup arasında AAM skorlarında bir birimlik azalma tahmini ile 2,56'lık Standart Sapması olan bir çalışmada Tip I hata %5, Tip II hata %20, gücü %80 olacak şekilde planlandığında minimal örneklem büyüklüğü bir grup için 105 olarak hesaplandı. Bu çalışmada girişim grubu için 105 kadın, kontrol grubu için 105 kadın alınması planlandı. Ancak 14 aylık dönemde alınan kadın sayısına (n=81) göre, planlanan zamanda planlanan kadın sayısına ulaşamayacağı görüldü. Kontrolleri tamamlanan kadınların verileri bilgisayar istatistik paket programına girilerek örneklem sayısını hesaplamak üzere ön analiz yapıldı. Çalışmada kullanılan ölçeklerden olan "King Sağlık Anketi"ne göre kadınların yaşam kalitelerindeki artışın girişim ve kontrol grubundaki kadınların puanları arasında farka bakılarak örneklem kapsamına alınacak kadın sayısı tekrar belirlendi. Hesaplama yöntemi, aşağıdaki örneklem büyüklüğü formülüne göre yapıldı.

Örneklem Büyüklüğü: Bağımsız örneklem t testi kullanılarak gerçekleştirilecek olan analizlerde belirli Tip 1 hata ve Tip 2 hata düzeylerinde gerekli olan minimum örneklem büyüklüğünü hesaplamak için kullanılan formül aşağıdaki şekildedir;

$$N = \frac{(r + 1)^2 * (z_{\alpha} + z_{\beta})^2}{r(d)^2}$$

N = Örneklem büyüklüğü = n₁ + n₂

δ : Delta değeri

d: Etki büyüklüğü = $\frac{\Delta}{S}$

Δ : Fark ortalaması

S: Farkın standart sapması

r: n_2/n_1 (gruplardaki örnek sayısı oranı)

Tip 1 hata olasılığı (α) 0,05 (%95 güven düzeyinde), Tip 2 hata olasılığı (β) 0,20 (%80 güç düzeyinde) olarak kabul edildiğinde $z_\alpha=1,96$, $z_\beta=0,85$ 'dir. İki grupta eş sayıda örnek olacağı varsayıldı, bu nedenle $r=1$ 'dir. Gruplarda 10'ar kişi alınarak gerçekleştirilen pilot çalışmada elde edilen tedavi öncesi ve tedavi sonrası KSA Sağlık Anketi skoru yüzde değişim ortalama ve standart sapma değerleri (Girişim grubu: $51,16 \pm 16,24$; kontrol grubu: $18,34 \pm 70,70$) göz önüne alındığında etki büyüklüğünün (d) 0,640 olduğu hesaplandı. Yukarıda belirtilen formül kullanılarak hesaplama yapıldığında; minimum örneklem büyüklüğünün toplamda 50 kişi olması gerektiği saptandı. Örneklem büyüklüğü, ön analiz ile yapılan hesaplama göre girişim grubu 25 kadın + kontrol grubu 25 kadın olarak belirlendi. Komorbid faktörlerin etkisini de belirlemek amacıyla vaka sayısının 100 olmasına karar verildi.

Tedaviye başlanan ilaçların yan etkileri/yararsız olduğunu düşünmeleri nedeniyle ilaçlarını kullanmayan veya ilacı kesilen kadınlar çalışma kapsamından çıkarıldı. En sık görülen yan etkiler; görme bozukluğu, rezidüel idrar miktarında artma nedeniyle girişim grubunda 1 kadın, kontrol grubunda 2 kadın çalışmadan çıkarıldı. Girişim grubunda 1 kadın, mesane eğitimi uygulama döneminde beyin tümörü tanısı konulması ve ilacı kesilmesi nedeniyle çalışmadan çıkarıldı. Girişim grubunda 3 kadın da mesane eğitimi uygulamak istemedikleri için çalışma grubundan çıkarıldı.

Araştırmaya Alınma Ölçütleri:

- 18 yaş üstü olması
- Okuryazar olması
- Aşırı Aktif Mesane tanısının yeni konulması
- Aşırı Aktif Mesane için ilaç tedavisine başlanacak olması
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması

Dışlanma Ölçütleri:

- İletişim kurmayı engelleyen algılama bozukluğu ve psikiyatrik rahatsızlığın bulunması
- Nörolojik hastalığın olması
- Diyabetes Mellitus nedeniyle nörolojik nöropati olması
- Pelvik organ prolapsusu Evre 2 ve üzeri olması
- Anti inkontinans operasyonu geçirmiş olması
- Gebeliğin olması

5.4. Veri Toplama Araçları

5.4.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu: Kadının, bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğinin onaylanması için hazırlandı (EK: 1).

5.4.2. Tanıtıcı Bilgi Formu: Bu form araştırmacı tarafından kadınların demografik özelliklerini, obstetrik özelliklerini, alışkanlıklarını ve sağlık durumunu belirlemek amacıyla hazırlandı (EK: 2).

5.4.3. Üriner Günlük: Ürojinekoloji Bilim Dalında sürekli kullanılan bu form kadınların aldığı yiyecek ve içecekleri, sıkışıklık, idrar yapma ve idrar kaçırma ile ilgili sorunlarını belirlemek amacıyla uygulandı (EK: 3A-3B).

5.4.4. Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu (OAB-V8): İlk kez 2002 yılında Coyne ve arkadaşları tarafından (Overactive bladder questionnaire-OAB-q) iki bölüm şeklinde AAM semptom (8 soruluk) ve yaşam kalitesi (25 soruluk) sorgulama formu olarak geliştirilmiş ve toplam 33 sorudan oluşmuştur. OAB-q'nun ilk 8 sorusundan oluşan OAB-V8 sorgulama formunu, ülkemizde 2012 yılında Tarcan ve arkadaşları geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır. OAB-V8 sorgulama formu hastaların şikâyet şiddetini, hiç (0); çok az (1); biraz (2); epeyce (3); çok (4); ve çok fazla (5) şeklinde derecelendirebildiği 8 adet sorudan oluşmaktadır. Toplam skor 0 ile 40 arasında değişebilmektedir. Toplam skor için kesme değeri 11 olarak hesaplanmıştır. Bu değer üstü, hasta ile sağlıklıyı ayırmada en yüksek sensitivite (%80) ve spesifisiteye (%78) sahip değerdir ve AAMS tanısı konabilir. OAB-V8 sorgulama formunun iç tutarlılığının bir ölçüsü olan Cronbach Alfa değeri 0,92 olarak hesaplanmıştır (Tarcan

ve ark., 2012; Yüce, 2010). Bu çalışmada OAB-V8 sorgulama formu Cronbach Alfa değeri, tedavi öncesi 0,81, tedavi sonrası ise 0,92 olarak bulunmuştur (EK: 4).

5.4.5. King Sağlık Anketi (KSA): Kelleher ve arkadaşları tarafından 1997'de İngiliz Kraliyet Üniversitesi Hastanesi'nde (King's College Hospital, Londra) King Sağlık Anketi (King's Health Questionnaire, KHQ) olarak geliştirilmiştir (Gökkaya ve ark., 2011). Ölçek, Aslan ve ark. (2009) tarafından Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu anket, üriner inkontinans semptomuna spesifik 21 maddelik sorularla 9 kategoride yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılacaktır. Bu kategoriler genel sağlığı algılama, inkontinans etkisi, rol kısıtlamaları, fiziksel kısıtlamalar, sosyal kısıtlamalar, kişilerarası ilişkiler, duygular, uyku/enerji ve şiddet ölçümleridir. Her kategori için puanlama yapılmaktadır, skorlar 0-100 arasındadır ve skorların yüksekliği hastanın üriner inkontinans etkilenme durumunu, hastanın yaşam kalitesinin bozulduğunu göstermektedir (Gökkaya ve ark., 2011; Turhan, 2010). Ölçeğin alt boyutlarında Cronbach Alfa katsayısının 0,63 ile 0,90 arasında değiştiği ve ölçeğin toplam iç tutarlılığı 0,92 olduğu belirlenmiştir (Aslan ve ark., 2009). Bu çalışmada KSA ölçeği Cronbach Alfa değeri, tedavi öncesi 0,84, tedavi sonrası ise 0,86 olarak bulunmuştur. Hastaların, mesane problemlerinin etkisi ve şiddeti alt başlıklarda sorgulanmaktadır. Bunlar; pollaküri, noktüri, ani sıkışma, ani sıkışma tipi inkontinans, stres inkontinans, noktürnal enürezis, cinsel ilişki sırasında inkontinans, sık İYE ve mesanede ağrıdır (Gökkaya ve ark., 2011).

KSA Sağlık Anketi'nde skor hesaplamaları:

1. Bölüm

1. Genel Sağlık Algılama: Skor: $[(1.soru\ skoru-1)/4] \times 100$

2. İnkontinans Etkisi: Skor: $[(2. soru\ skoru-1)/3] \times 100$

2. Bölüm

3. Rol Kısıtlamaları: Skor: $[(3a+3b\ soru\ skorları)-2]/6 \times 100$

4. Fiziksel Kısıtlamalar: Skor: $[(4a+4b\ soru\ skorları)-2]/6 \times 100$

5. Sosyal Kısıtlamalar: Skor: $[(4c+4d+5c\ soru\ skorları)-3]/9 \times 100$

Eğer 5c nin skoru ≥ 1 ise yukarıdaki formül, kullanılır.

6. Kişilerarası İlişkiler: Skor: $[((5a+5b \text{ soru skorları})-2)/6] \times 100$

Eğer $5a+5b$ skoru ≥ 2 yukarıdaki formül,

Eğer $5a+5b=1$ ise $[((5a+5b \text{ soru skorları})-1)/3] \times 100$ kullanılır iken,

Eğer $5a+5b=0$ ise bu formül uygulanamaz.

7. Duygular: Skor: $[((6a+6b+6c \text{ soru skorları})-3)/9] \times 100$

8. Uyku Enerji: Skor: $[((7a+7b \text{ soru skorları})-2)/6] \times 100$

9. Semptom Şiddeti: Skor: $[((8a+8b+8c+8d+8e \text{ soru skorları})-5)/15] \times 100$

3. Bölüm

Biraz-----1

Orta-----2

Çok-----3

İhmal edilebilecek kadar az--0 (EK: 5).

5.4.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD): Ankette, kadınların şu anki yaşam tarzı ve alışkanlıkları ile ilgili sorular yer almaktadır. Walker et al. (1987) tarafından; Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak bireylerin, sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek için "Sağlığı Geliştirme Yaşam Stili" ölçüm aracı geliştirilmiş, 1996 yılında revize edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır. Ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği, Türkiye'de Esin (1997) ve Akça (1998) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin 48 maddelik olan ilk versiyonu Esin'in çalışmasında, 52 maddelik olan ikinci versiyonu Akça'nın çalışmasında kullanılmıştır. Son olarak 2008 yılında; "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II, Türkçeye uyarlanmanın yenilenmesi amacıyla Bahar ve ark. tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Revize edilen ölçek sağlığı geliştirme davranışlarını belirlemede ve planlanacak programların etkinliğini değerlendirmede kullanılacağı belirtilmiştir. Derecelendirme 4'lü likert şeklinde olup değerlendirilmesi; hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olacak şekilde olan ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan ise 208'dir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını, ölçeğin genel puanı vermektedir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması belirtilen sağlık davranışlarının yüksek düzeyde uygulandığını göstermektedir.

Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve manevi gelişimdir. Ölçeğin güvenirlik katsayısı olan toplam ölçek için Cronbach Alpha değeri 0,92 olup, ölçeğin alt boyutlarının güvenirlik katsayıları olan Cronbach Alpha değeri; Kişilerarası İlişkiler 0,80, Beslenme 0,68, Sağlık Sorumluluğu 0,77, Fiziksel Aktivite 0,79, Stres Yönetimi 0,64, Manevi Gelişim 0,79 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada SYBD ölçeği toplam ölçek için Cronbach Alpha değeri, tedavi öncesi 0,88, tedavi sonrası ise 0,92 olarak bulunmuştur.

“Kişilerarası ilişkiler (alt ölçeğin madde numaraları; 1,7,13,19,25,31,37,43,49)”: bireyin başkaları ile iletişimi ve ilişkilerinin sürekliliğini gösterir.

“Beslenme (alt ölçeğin madde numaraları; 2,8,14,20,26,32,38,44,50)”: Bireyin yiyecek seçimindeki değerleri ile öğünlerini düzenlemesini belirler.

“Sağlık sorumluluğu (alt ölçeğin madde numaraları; 3,9,15,21,27,33,39,45,51)”: Bireyin kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk hissetmesi, sağlığına özen göstermesi, gerektiğinde profesyonel bilgi ve yardım almasıdır.

“Fiziksel aktivite (alt ölçeğin madde numaraları; 4,10,16,22,28,34,40,46)”: Günlük yaşamın bir parçası olarak egzersizleri düzenli olarak uygulamasıdır.

“Stres yönetimi (alt ölçeğin madde numaraları; 5,11,17,23,29,35,41,47)”: Bireyin stres kaynaklarını belirleyebilmesi ve etkin bir şekilde kontrol edebilmesidir.

“Manevi gelişim (alt ölçeğin madde numaraları; 6,12,18,24,30,36,42,48,52)”: Bireyin kendini tanıması, geliştirmesi, yaşamındaki amaçları için çalışması, evrenle ilişkili ve uyum içinde olduğunu hissetmesidir (Bahar ve ark., 2008; Bozhüyük, 2010; Karadamar, 2010; Kulakçı, 2011; Özkan ve Yılmaz, 2008) (EK: 6).

5.4.7. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Bu ölçek, Aşırı Aktif Mesaneli kadınların ruhsal durumlarını belirlemek için kullanılacaktır. 1992 yılında L. R. Derogatis tarafından geliştirilen KSE ölçeği 1994 yılında da Nesrin Hisli Şahin ve Ayşegül Durak tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği yapılmıştır. Her sorudan alınabilecek puan; hiç yok (0); biraz var (1); orta derecede var (2); epey var (3); çok fazla var (4) olarak, “0” ile “4” değerleri arasında derecelenmiş ve ölçeğin tamamı için en düşük puan 0, en yüksek puan ise 212’dir. Bireyin belirtilerinin sıklığını, ölçekten

alınan toplam puanların yüksekliği gösterir. KSE ölçeği 53 soru, 9 alt ölçek, ek maddeler ve 3 global indeksten oluşmaktadır. Alt ölçek ve ek maddelerin dağılımı aşağıdaki gibidir (Şahin ve ark., 2002; Ünsal Barlas ve ark., 2010; Yıldırım, 2008):

Kısa Semptom Envanteri'nin alt boyutlarının taşıdığı anlamlar özetle şöyledir:

• **Anksiyete Bozukluğu** (alt ölçeğin madde numaraları; 1,12,19,38,45,49): Somatik fizyolojik (boğulma hissi, hızlı nefes alma, zor nefes alma, çarpıntı, taşikardi, el ve ayaklarda titreme, aşırı terleme) ve psikolojik (heyecan, sıkıntı, kötü bir şeyler olacak korkusu gibi) belirtileri olan bir bozukluktur.

• **Somatizasyon** (alt ölçeğin madde numaraları; 2,7,23,29,30,33,37): Bedenselleştirme anlamında da kullanılmaktadır. Laboratuvar incelemelerinde ve fiziksel olarak organik bir bozukluk olmayan ancak birçok somatik belirtinin bir arada olması durumu somatizasyon bozukluğudur.

• **Psikotizm** (alt ölçeğin madde numaraları; 3,14,34,44,53): Sosyal çekilme, sosyal ve kişisel işlevlerde ileri düzeyde bozulma, olağan ev ve mesleki rollerini yerine getirememesi durumudur.

• **Paranoid Düşünceler** (alt ölçeğin madde numaraları; 4,10,24,48,51): Kişide sanrı derecesinde olmayacak şekilde kendisinin rahatsız edildiği, haksızlığa maruz kaldığı, kötülük gördüğü inançlarının olmasıdır.

• **Obsesif-Kompulsif Bozukluk** (alt ölçeğin madde numaraları; 5,15,26,27,32,36): Obsesyon (saplantı) ve/veya kompulsiyonların (zorlantı) olduğu, bireyin kişiler arası ilişkileri, günlük yaşamı, mesleği ve sosyal faaliyetlerinin etkilendiği bir anksiyete bozukluğudur.

• **Hostilite** (alt ölçeğin madde numaraları; 6,13,40,41,46): Bireyin öfke duygusuyla başkalarına zarar vermek için saldırgan davranışlarda bulunmasıdır.

• **Fobik Anksiyete** (alt ölçeğin madde numaraları; 8,28,31,43,47): Panik bozuklukla birlikte veya tek olarak agorafobi, özgül ve sosyal fobiden oluşan bir anksiyete bozukluğudur.

• **Depresyon** (alt ölçeğin madde numaraları; 9,16,17,18,35,50): Duygu durumundaki çöküntü/depresyon, bir mizacı tanımlamada kullanıldığında cesaretsizlik, keder, ümitsizlik gibi hislerin olmasıdır.

• **Kişiler Arası Duyarlılık** (alt ölçeğin madde numaraları; 20,21,22,42):
Kişilerarası ilişkilerinde duyarlı olan bireylerin, kolay incinme, başkasının yanında yanlış yapmamaya özen gösterme, önemsenmediğini düşünme ve kötü davranıldığına inanması sonucu sorunlar yaşanması durumudur.

• **Ek Maddeler** (alt ölçeğin madde numaraları; 11,25,39,52):

○ **Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi:** Alt ölçeklerin toplanarak 53'e bölünmesi ile elde edilen indeks puanının yükselmesi bir psikopatolojik durumun olduğunu göstermektedir.

○ **Belirti Toplamı İndeksi:** "0" olarak işaretlenen maddeler haricinde olan tüm maddelerin "1" olarak kabul edilmesi ile elde edilen toplam puandır.

○ **Semptom Rahatsızlık İndeksi:** Alt ölçeklerin toplamları belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir.

• Ayaktan tedavi gören 719 psikiyatrik, 626 erkek hipertansiyon hastası ve 25 hasta olmayan kişi ile yapılmış üç farklı araştırmada Kısa Semptom Envanteri'nin 9 alt ölçeği için elde edilen Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayılarının 0,71 ve 0,85 arasında değiştiği belirtilmektedir. Bu çalışmada KSE ölçeği Cronbach's Alpha değeri, hem tedavi öncesi hem de tedavi sonrası 0,94 olarak bulunmuştur.

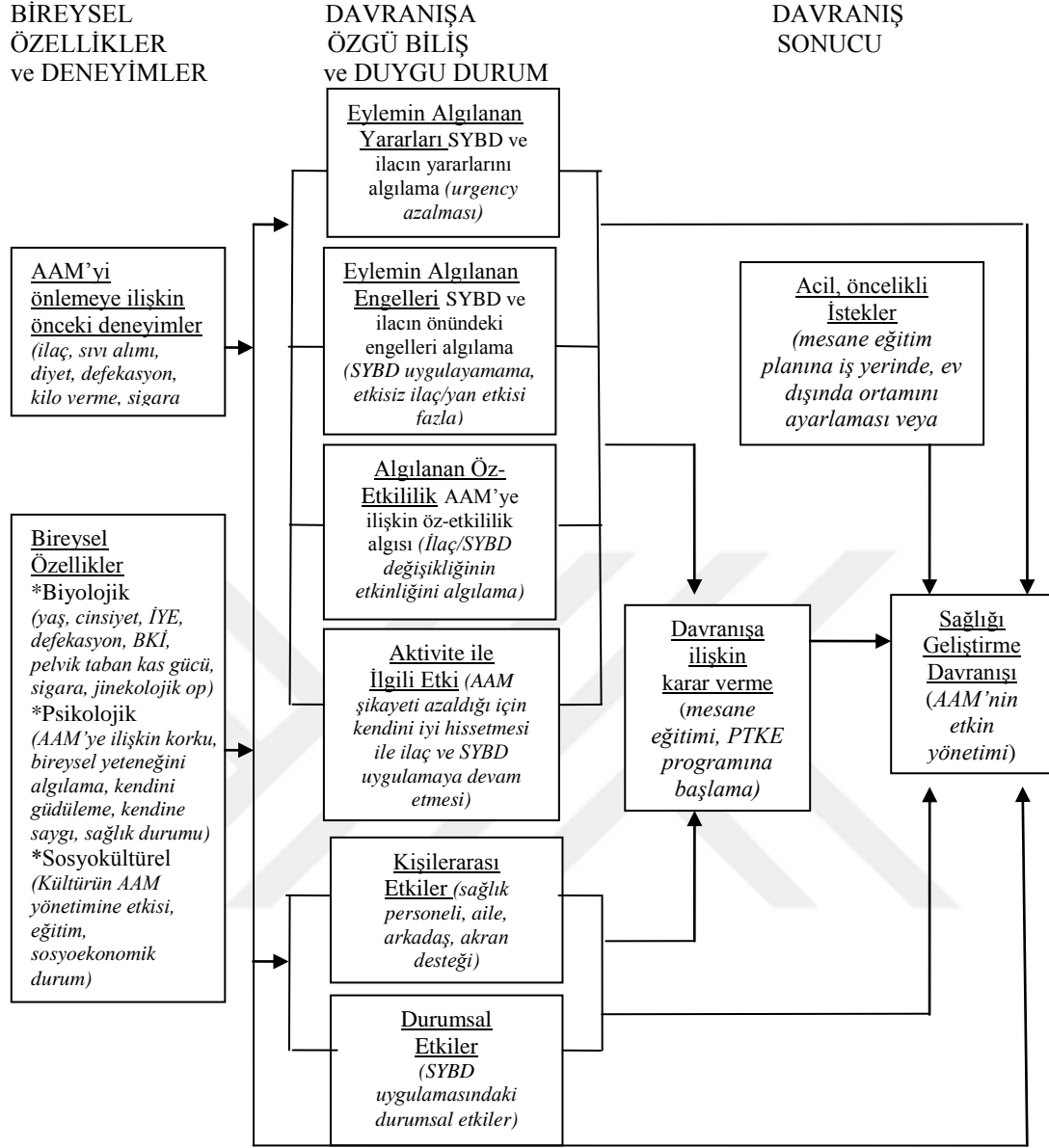
• Ülkemizde yapılan üç ayrı çalışmada ölçeğin toplam puanlarından elde edilen Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları 0,96-0,95 arasında, alt ölçeklerden elde edilen iç tutarlılık katsayıları ise 0,55-0,86 değerleri arasındadır (Şahin ve ark. 2002; Yıldırım, 2008) (EK: 7).

5.4.8. 24 Saatlik Standart Ped Testi Uygulaması: AAM'li hastaların kaçırdıkları idrar miktarlarını belirlemede kullanılan bir diğer yöntem ped testidir. AAM'si olan hastalarda özellikle 24 saatlik pet testi önerilmektedir (Yüce, 2010). Ped testinde amaç belirli bir zaman diliminde kaybedilen idrar miktarını objektif olarak göstermektir. Hastaya ağırlığı önceden bilinen bir pedi çamaşırına yerleştirmesi söylenir ve 24 saat içinde değiştirdiği pedlerin ağırlığı ölçülür ve başlangıç ped ağırlığı ile aradaki fark alınarak sonuç Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society-ICS) kriterlerine göre yorumlanır. 24 saatlik ped testinde kaçak 1,3-20 gr hafif, 21-74 gr orta ve ≥ 75 gr ise şiddetli inkontinans olarak tanımlanır (Yüce, 2010).

5.4.9. Uygulama Kayıt Formu: Bu form girişim ve kontrol grubunda olan kadınların izlemi süresince yapacakları uygulamaları araştırmacının kayıt etmesi amacıyla geliştirilmiştir (EK: 8).

5.4.10. İzlem Formu: Bu form araştırmacı tarafından kadınların 3. ayda bazı özelliklerinde değişiklik olup olmadığının kontrolü için hazırlandı (EK: 9).

5.4.11. Aşırı Aktif Mesaneli Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Eğitimi El Kitabı: Girişim grubu hastaları için oluşturulan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Eğitim Programı literatür bilgileri doğrultusunda Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak oluşturuldu (şekil 4.5). Elkitabı girişim grubunu oluşturacak kadınlara eğitim programı uygulandıktan sonra verilmek için hazırlandı (EK: 11).



Şekil 4.5: AAM tedavisinde Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline göre SYBD Geliştirme (Eren Fidancı, 2010; Sakraida, 2010).

5.5. Veri Toplama Yöntemi

- İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Bilim Dalı polikliniğinde, çalışmayı yapabilmek için gerekli izinler alındı.

- Çalışmaya, farmakolojik tedavi başlanan, alınma kriterlerine uygun ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar alındı. Farmakolojik tedavide antikolinergik

etkili ilaçlardan; tolteradine (detrusitol SR-4 mg/gün), traspium cl (spasmex-60 mg/gün), fesoterodin (toviaz 4-8 mg/gün), ve solifenasin (vesicare-5 veya 10 mg/gün, kinzy-5 mg/gün) gibi etken maddeler içerenler reçete edildi. AAM'li kadınlara araştırma hakkında detaylı bilgi verilerek “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” (EK: 1) ile onamları alındı.

- AAM'li kadınlar, randomizasyon yöntemi ile (kura çekilerek) gruplara ayrıldı. Girişim ve kontrol grubuna alınan hastaların sayısının eşit olması için, ilk gelen hasta kura ile grubu belirlendi ve sonraki hasta diğer gruba alındı. Girişim ve kontrol grubuna, ilk görüşmede “Tanıtıcı Bilgi Formu” (EK: 2), “Üriner Günlük (4 Günlük) (EK: 3A-B)”, “Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu (OAB V8) (EK: 4)”, “King Sağlık Anketi (EK: 5)”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (EK: 6)”, “Kısa Semptom Envanteri (EK: 7)”, “24 Saatlik Standart Ped Testi Uygulaması” yapıldı.

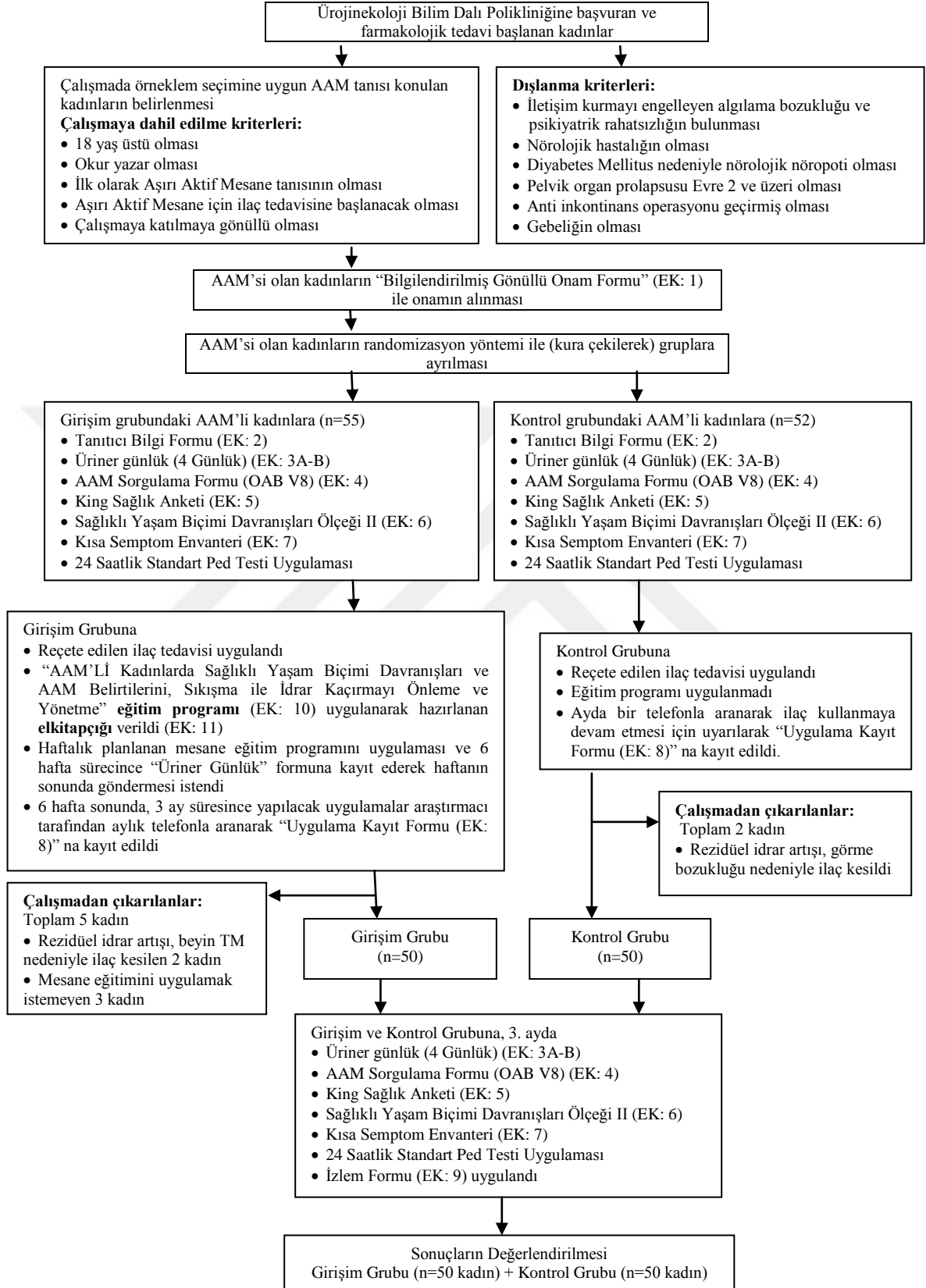
- Kontrol grubuna eğitim verilmedi. Hastane rutinine göre reçete edilen antikolinergik ilacı kontrole gelene kadar düzenli olarak kullanması, yan etkileri ve hangi durumda kontrol zamanını beklemeden gelmesi gerektiği belirtildi.

- Girişim grubuna hastane rutinde verilen farmakolojik tedaviye ilave olarak, Sağlığı Geliştirme Davranış Modeli doğrultusunda hazırlanan ve 45 dakikalık sunumdan oluşan bir eğitim programı uygulandı (EK: 10; Aşırı Aktif Mesaneli Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Eğitimi Sunumu). AAM tedavisinde Pender'in Sağlığı Geliştirme modeline göre SYBD geliştirme yer almaktadır (Şekil 4.5). Eğitim programı içeriği; kadın üreme ve üriner sistemi anatomi ve fizyolojisi, AAM tanımı, belirtileri ve SYBD'ları (sıvı alımı, diyet, İYE önleme yöntemleri, kilo kontrolü, defekasyon düzeni, sigara, kronik hastalıkların tedavisi ve ilaçların düzenlenmesi) uygulamanın tedavi üzerine etkisi konusunda bilgi verildi. Reçete edilen antikolinergik ilacı kontrole gelene kadar düzenli olarak kullanması, yan etkileri ve hangi durumda kontrol zamanını beklemeden gelmesi gerektiği belirtildi. Sıkışmayı ve idrar kaçırmayı yönetmek için zihinsel odaklanma, pelvik taban kas kontraksiyon ve egzersizlerini öğrenmesi ve düzenli uygulaması, mesane eğitim programı düzenleme ve uyumunun önemi konularında da bilgi verildi. Ayrıca hazırlanan “Aşırı Aktif Mesaneli Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Eğitimi El Kitapçığı” (EK: 11) verildi.

• Girişim grubuna verilen eğitim sonrasında, “AAM’Lİ Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, AAM Belirtileri, Sıkışma, İdrar Kaçırmayı Önleme ve Yönetme” davranışları uygulaması ve kendi yaşam biçimi haline dönüştürmesi istendi. Ayrıca, haftalık olarak planlanan mesane eğitim programını uygulaması ve 6 hafta sürecince “Üriner Günlük” formuna kayıt ettikten sonra her haftanın sonunda getirmesi istendi. İlk görüşmeyi takiben 3 ay süresince yapılacak uygulamalar araştırmacı tarafından ilk 6 hafta boyunca her hafta, sonra ise ayda bir telefonla aranarak toplam 8-10 kez görüşme yapıldı ve “Uygulama Kayıt Formu (EK: 8)” na kayıt edildi. Kontrol grubu ise ayda bir telefonla aranarak ilaç kullanmaya devam etmesi konusunda uyarıldı ve “Uygulama Kayıt Formu (EK: 8)” na kayıt edildi.

• Her iki gruba, 3. ayda “Üriner Günlük (4 Günlük) (EK: 3A-B)” “24 Saatlik Standart Ped Testi Uygulaması”, AAM Sorgulama Formu (OAB V8) (EK: 4)”, “King Sağlık Anketi (EK: 5)”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (EK: 6)”, “Kısa Semptom Envanteri (EK: 7)”, “İzlem Formu (EK: 9)” uygulandı. Çalışmanın akış şeması aşağıda verildi.

ÇALIŞMA AKIŞ ŞEMASI



5.6. Araştırmanın Etik Yönü

Ön projenin kabulünden sonra İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kuruldan onay alındı.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi, IBM SPSS Statistics 20 programı kullanılarak değerlendirildi. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların tanıtıcı özelliklerinin değerlendirilmesi, tanımlayıcı istatistiksel metodlar (Ortalama, Yüzde, Standart sapma, Minimum ve Maksimum değerler) kullanıldı ve karşılaştırmalar t testi, Pearson ki-kare test, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test, Wilcoxon Signed Ranks test, Marginal homogeneity test kullanılarak yapıldı. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

5.8. Araştırma Yapılırken Yaşanan Güçlükler

Araştırmanın yapıldığı birimde, yeni tanı konularak tedaviye başlanan hasta sayısının az olması uygulama süresinin uzamasına yol açtı.

Hastaların eğitim düzeyinin çok düşük olması nedeniyle aldıkları eğitimi uygulama isteksizliği olan hastalar oldu. Verilen ödevleri yapmalarında, eğitimleri davranışa yansıtılmalarında sıkıntılar yaşandı. Mesane eğitimi uygulanan hastaların 6 hafta süresince her gün ödevlerini yazmada zorlandıklarını ve sıkıldıklarını belirtmeleri nedeniyle sürekli motive edilmeleri gerekliliği oluştu. Verilen ilaçların yan etkileri nedeniyle de bazı hastaların ilaçları kesildiği için çalışmadan çıkarıldı.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yürütüldüğü kurumda kriterlere uygun tüm hastalara erişilmesine karşın planlanan örneklem sayısına ulaşılamadı. Ayrıca çalışmanın tek merkezde yürütülmüş olması, bireysel beyana dayanması araştırmanın sınırlılıkları içinde yer almaktadır.

6. BULGULAR

Aşırı aktif mesaneli kadınlarda Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda sağlıklı yaşam biçimi davranış eğitiminin tedavi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular üç bölümde sunuldu. Birinci bölümde, AAM’li kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular; ikinci bölümde AAM’li kadınların tedavi öncesi ve sonrası tanıtıcı ve üriner şikâyetlerine yönelik bulgular; üçüncü bölümde ise, girişim grubu AAM’li kadınların tanıtıcı özellikleri ile ölçeklerin toplam puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer aldı.

6.1. AAM’Lİ KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya alınan kadınların tanıtıcı, obstetrik, jinekolojik özellikleri ve mevcut sağlık sorunlarına ilişkin veriler ve gruplar arası karşılaştırmalar tablolar şeklinde sunuldu.

Kadınların tanıtıcı özellikleri (yaşı, boyu, eğitim düzeyi, vb), ailevi özellikleri (medeni durumu, vb), obstetrik özellikleri (gebelik ve doğum sayısı, vb), kronik hastalık ve diğer sağlık sorunları (kronik hastalık, sık İYE), tanı (urgency, sık idrar yapma) ve uygulanan tedavilere (farmakolojik ve mesane eğitimi, vb) ilişkin veriler ve gruplar arası karşılaştırması tablolar şeklinde yer almaktadır.

Tablo 6.1.1: AAM’li kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı

Özellikler	Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Test değeri		
	$\bar{X} \pm SD$		$\bar{X} \pm SD$		t	^a p	
Yaş Min-Mak	50,54±9,93 30-75		52,32±10,13 32-73		-0,887	0,377	
Boy Min-Mak	156,12±6,25 144-169		155,60±7,77 140-178		0,369	0,713	
Kilo Min-Mak	76,23±15,22 50-126		78,93±16,15 51-120,6		-0,862	0,391	
BKİ Min-Mak	31,37±5,81 19,53-45,18		32,6±6,2 20,17-47,38		-1,018	0,311	
	n	%	n	%	χ^2	^b p	
Eğitim düzeyi	Okuryazar/İlkokul	28	56	26	52	1,314	0,738
	Ortaokul	7	14	10	20		
	Lise	11	22	12	24		
	Üniversite ve üstü	4	8	1	4		
Meslek	Ev hanımı	36	72	44	88	5,333	0,075
	Çalışan	9	18	2	4		
	Emekli	5	10	4	8		
Sosyal güvencesi	SSK	33	66	36	72	1,505	0,814
	Emekli sandığı	10	20	10	20		
	Bağ-Kur	6	12	4	8		
	GSS	1	2	0	0		

^aBağımsız gruplar t testi^bFisher’s exact test

Tablo 6.1.1’de kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin veriler yer almaktadır.

Girişim grubundaki kadınların yaş ortalaması 50,54±9,93, kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması ise 52,32±10,13 olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05). Her iki gruptaki kadınların boy (t=0,369, p=0,713), kilo (t= -0,862; p=0,391), BKİ (t= -1,018; p= 0,311) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05). Ayrıca kadınların çoğunun, okuryazar/ilkokul eğitimi (Girişim grubu %56; Kontrol grubu %52) düzeyinde, ev hanımı (Girişim grubu %72; Kontrol grubu %88) ve SGK sosyal güvencelerinin (Girişim grubu %66, Kontrol grubu %72) olduğu belirlendi. Girişim ve kontrol grubundaki kadınlarda eğitim, mesleki ve sosyal güvence açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 6.1.2: AAM’li kadınların ailevi özelliklerinin dağılımı

Özellikler		Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Test değeri	
		n	%	n	%	χ^2	p
Medeni durumu	Evli	43	86	43	86	0,000	°0,999
	Bekar, boşanmış, ölmüş	7	14	7	14		
Aile tipi	Çekirdek	46	92	50	100	4,167	°0,117
	Geniş	4	8	0	0		
Algılanan ekonomik durumu	İyi	10	20	3	6	5,178	°0,075
	Orta	29	58	38	76		
	Kötü	11	22	9	18		

^bFisher’s exact test

^cPearson ki-kare test

Tablo 6.1.2’de; kadınların ailevi özelliklerini özelliklerine ilişkin veriler yer almaktadır.

Kadınların çoğunun, evli olduğu (Girişim ve kontrol grubu %86), çekirdek ailede içinde yaşadıkları (Girişim grubu %92; kontrol grubu %100), ekonomik durumlarını orta düzey (Girişim grubu %58; Kontrol grubu %76) olarak belirttikleri görüldü. Girişim ve kontrol grubundaki kadınlarda medeni durum, aile tipi ve algılanan ekonomik durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.1.3: AAM’li kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı

Özellikler	Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Test değeri	
	$\bar{X} \pm SD$		$\bar{X} \pm SD$		z	^c p
Gebelik sayısı Min-Mak (medyan)	3,08±1,81 0-9 (3)		4,18±2,23 0-11 (4)		-2,697	0,007**
Doğum sayısı Min-Mak (medyan)	2,74±1,75 0-9 (2)		3,40±1,77 0-9 (3)		-2,063	0,039*
Menopozda olma süresi Min-Mak (medyan)	4,84±6,85 0-29 (1)		10,07±9,79 0-36 (8)		-2,883	0,004**
	n	%	n	%		
Doğum şekli	Yapmadı	3	6	1	2	t=1,371
	Vajinal	40	80	43	86	^b p=0,774
	Sezaryen	3	6	2	4	
	Vajinal+sezaryen	4	8	4	8	
Epizyotomi	Hayır	19	38	28	56	$\chi^2=3,252$
	Evet	31	62	22	44	^c p=0,071
Vakum/Forseps kullanımı	Hayır	46	92	44	88	$\chi^2=0,444$
	Evet	4	8	6	12	^c p=0,505
4000 gr üzeri bebek doğurma	Hayır	41	82	38	76	$\chi^2=0,542$
	Evet	9	18	12	24	^c p=0,461
Çoğul bebek doğurma	Hayır	48	96	48	96	t=0,000
	Evet	2	4	2	4	^b p=0,999
Kürtaj	Hayır	20	40	14	28	$\chi^2=1,604$
	Evet	30	60	36	72	^c p=0,205
Menopoz	Hayır	23	46	16	32	$\chi^2=2,060$
	Evet	27	54	34	68	^c p=0,151
HRT kullanımı	Hayır	47	94	43	86	$\chi^2=1,778$
	Evet	3	6	7	14	^c p=0,182

^bFisher’s exact test^cPearson ki-kare test^eMann Whitney U test

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 6.1.3’de; AAM’li kadınların obstetrik özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı yer almaktadır.

Girişim grubu kadınların gebelik sayısı ortalamasının ($3,08 \pm 1,81$) kontrol grubu kadınların gebelik sayısı ortalamasından ($4,18 \pm 2,23$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde az olduğu saptandı (**$p=0,007$; $p<0,01$**). Benzer şekilde, girişim grubu kadınların doğum sayısı ortalamasının da ($2,74 \pm 1,75$) kontrol grubu kadınların doğum sayısı ortalamasından ($3,40 \pm 1,77$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde az olduğu belirlendi (**$p=0,039$; $p<0,05$**). Girişim ve kontrol grubu kadınlar arasında, doğum şekilleri ($p=0,774$), epizyotomi uygulaması ($p=0,071$), doğum sırasında vakum, forseps kullanımı ($p=0,505$), 4000 gr. üzeri bebek doğurmaları ($p=0,461$), çoğul gebelik varlığı ($p=0,999$) ve kürtaj olma ($p=0,205$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Girişim ve kontrol grubu kadınlar arasında menopozda olma durumu ($p=0,151$), hormon replasman tedavisi (HRT) kullanımı ($p=0,182$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ($p>0,05$). Girişim grubu kadınların menopoz yılı ortalamalarının ($4,84 \pm 6,85$), kontrol grubu kadınların ortalamalarından ($10,07 \pm 9,79$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde az olduğu bulundu (**$p=0,004$; $p<0,01$**).

Tablo 6.1.4: AAM’li kadınların kronik hastalık ve diğer sağlık sorunlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı

Özellikler		Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Test değeri	
		n	%	n	%	χ^2	^c p
Kronik hastalık durumu	Hayır	23	46	16	32	2,060	0,151
	Evet	27	54	34	68		
Kronik öksürük durumu	Hayır	44	88	39	78	1,772	0,183
	Evet	6	12	11	22		
Devamlı kullanılan ilaç	Hayır	25	50	21	42	0,644	0,422
	Evet	25	50	29	58		
Jinekolojik operasyon geçirme	Hayır	45	90	42	84	0,796	0,372
	Evet	5	10	8	16		
Sık İYE geçirme	Hayır	34	68	30	60	0,694	0,405
	Evet	16	32	20	40		
İdrar kaçırma için daha önce uygulanan tedavi	Hayır	38	76	38	76	0,000	0,999
	İlaç tedavisi	12	24	12	24		
		$\bar{X} \pm SD$		$\bar{X} \pm SD$		z	^e p
Yıllık İYE sayısı		1,10±1,83		1,34±2,43		-0,622	0,534
Min-Mak (medyan)		0-7 (0)		0-12 (0)			
Kaç yıldır idrar kaçırıldığı		8,96±7,79		5,96±7,05		-3,094	0,002**
Min-Mak (medyan)		1-40 (6,5)		1-30 (3)			

^aPearson ki-kare test

^cMann Whitney U test

Tablo 6.1.4’de; AAM’li kadınların kronik hastalık ve diğer sağlık sorunlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır.

Girişim ve kontrol grupları arasında kadınların kronik hastalık durumu (p=0,151; p>0,05), kronik öksürük durumu (p=0,183; p>0,05), devamlı kullanılan ilaç varlığı (p=0,422; p>0,05), jinekolojik operasyon geçirme durumu (p=0,372; p>0,05), sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme (p=0,405; p>0,05), üriner sorunlar için daha önce uygulanan tedavi durumu (p=0,999; p>0,05) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Kronik hastalıklar arasında (örn, girişim grubu- kontrol grubu; diyabet %14-%28; hipertansiyon %10-%12) yer almaktaydı. Girişim ve kontrol grubu arasında kadınların yıllık üriner sistem enfeksiyonu geçirme sayısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0,534; p>0,05). Girişim grubundaki kadınların

kontrol grubu kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha uzun süredir idrar kaçırma sorunu yaşadığı saptandı ($p=0,002$; $p<0,01$).

Tablo 6.1.5: AAM’li kadınların tanılarına göre dağılımı

Tanı		Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Test Değeri	
		n	%	n	%	χ^2	p
UÜİ	Hayır	6	12	3	6	1,099	^b 0,487
	Evet	44	88	47	94		
SÜİ	Hayır	20	40	18	36	0,170	^c 0,680
	Evet	30	60	32	64		
MÜİ	Hayır	32	64	22	44	4,026	^c0,045*
	Evet	18	36	28	56		
Urgency	Hayır	5	10	5	10	0,000	^c 0,999
	Evet	45	90	45	90		
Sık idrar yapma	Hayır	17	34	27	54	4,058	^c0,044*
	Evet	33	66	23	46		
Gece idrar yapma	Hayır	40	80	43	86	0,638	^c 0,424
	Evet	10	20	7	14		

^bFisher’s exact test

^cPearson ki-kare test

* $p<0,05$

Tablo 6.1.5’de; AAM’li kadınların tanılarına ilişkin veriler yer almaktadır.

Girişim ve kontrol grubu kadınlar arasında UÜİ, SÜİ, urgency, gece idrar yapma tanıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Girişim grubu kadınlarda MÜİ tanısı olanların oranının kontrol grubu kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bulundu ($\chi^2=4,026$; $p=0,045$). Ayrıca, girişim grubu kadınlarda sık idrar yapma tanıları olanların oranının kontrol grubu kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($\chi^2=4,058$; $p=0,044$).

Tablo 6.1.6: AAM’li kadınların uygulanan tedavi yöntemlerine göre dağılımı

Özellikler	Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Test Değeri		
	n	%	n	%	χ^2	p	
Başlanan ilaç tedavisi							
Tolterodine	10	20	17	34	4,631	^b 0,202	
Trospiyum CL	2	4	5	10			
Solifenasin	20	40	16	32			
Fesoterodin	18	36	12	24			
Başlanan ek tedaviler							
Mesane Eğitimi	Hayır	1	2	50	100	96,078	^c 0,001
	Evet	49	98	0	0		
PTKE	Hayır	1	2	50	100	96,078	^c 0,001
	Evet	49	98	0	0		
FES	Hayır	38	76	50	100	13,636	^c 0,001
	Evet	12	24	0	0		
EMS	Hayır	43	86	50	100	7,527	^b 0,006
	Evet	7	14	0	0		
Biyofeedback	Hayır	39	78	50	100	12,360	^c 0,001
	Evet	11	22	0	0		
Nöromodülasyon- TENS	Hayır	48	96	50	100	2,041	^b 0,153
	Evet	2	4	0	0		
Diyet	Hayır	39	78	50	100	12,360	^c 0,001
	Evet	11	22	0	0		

^bFisher’s exact test^cPearson ki-kare test

Tablo 6.1.6’da; AAM’li kadınların uygulanan tedavi yöntemlerine göre dağılımı yer almaktadır.

Uygulanan farmakolojik tedavi bakımından girişim ve kontrol grubu kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Ayrıca sadece girişim grubu kadınlarına uygulanan ek tedavilerden, en fazla mesane eğitimi ve PTKE (%98) önerildiği bulguları.

6.2. AAM'LI KADINLARIN TEDAVİ ÖNCESİ VE SONRASI TANITICI VE ÜRİNER ŞİKÂYETLERİNE YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde girişim veya kontrol grubu kadınlara ait tedavi öncesi ve sonrası veriler; hem tedavi öncesi hem de tedavi sonrası gruplar arası karşılaştırmalar ve tedavi sonrası değişim durumuna ilişkin özellikler tablolar halinde verildi.

Kadınların kilo ve defekasyon durumu, sigara içme ve tükettikleri besinler (asitli meyve alımı vb), idrar sorununa (mesanede ağrı hissetme, ne sıklıkla idrar kaçırdığı vb), idrar kaçırmayı önlemeye ilişkin veriler (ped/bez kullanma vb), bazı kronik hastalıklar (diabetes mellitus vb) ve üriner inkontinans belirlenmesine (24 saatlik ped testi) ilişkin veriler tablolar halinde sunuldu. Ayrıca, “Üriner Günlük”, “Aşırı Aktif Mesane Değerlendirme Formu”, “King Sağlık Anketi (KSA)”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” ve “Kısa Semptom Envanteri” ölçeklerine ilişkin veriler de tablolar halinde sunuldu.

Tablo 6.2.1. AAM'li kadınların kilo, BKİ ve defekasyon durumuna ilişkin tedavi öncesi ve sonrası verilerinin dağılımı

Özellikler		Girişim Grubu	Kontrol Grubu	Test Değeri	
		(n=50)	(n=50)	t	p
		$\bar{X} \pm SD$ (medyan)	$\bar{X} \pm SD$ (medyan)		
Kilo	Tedavi öncesi	76,23±15,22	78,93±16,15	-0,862	^a 0,391
	Tedavi sonrası	74,77±14,62	78,89±16,03	-1,342	^a 0,183
	Değişim	-1,45±3,40	-0,04±6,04	-1,440	^a 0,153
		t=3,024; ^dp=0,004**	t=0,048; ^d p=0,962		
BKİ	Tedavi öncesi	31,37±5,81	32,6±6,2	-1,018	^a 0,311
	Tedavi sonrası	30,65±5,42	32,58±6,07	-1,680	^a 0,096
	Değişim	-0,72±1,91	-0,01±1,78	-1,923	^a 0,057
		t=2,664; ^dp=0,010*	t=0,043; ^d p=0,966		
Defekasyon sayısı (Haftada)	Tedavi öncesi	5,58±1,99 (7)	5,72±1,81 (7)	-0,124	^e 0,901
	Tedavi sonrası	6,30±2,01 (7)	6,14±1,98 (7)	-0,850	^e 0,395
	Değişim	0,72±1,77 (0,0)	0,42±1,74 (0,0)	-0,538	^e 0,591
		z=2,789; ^gp=0,005**	z= -1,790; ^g p=0,073		
^a Bağımsız gruplar t testi		^d Bağımlı gruplar t testi		^g Wilcoxon signed ranks test	
^e Mann Whitney U test		*p<0,05	**p<0,01		

Tablo 6.2.1'de; AAM'li kadınların kilo, BKİ ve defekasyon durumuna ilişkin tedavi öncesi ve sonrası verilerinin dağılımı yer almaktadır.

Girişim grubundaki kadınların kilo (**t=3,024; p=0,004**) ve BKİ'lerinde azalma (**t=2,664; p=0,010**), haftalık defekasyon sayısında ise artmanın (**z=2,789; p=0,005**) tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulundu.

Kontrol grubunda kadınların, tedavi öncesi ve sonrası kilo (t=0,048; p=0,962), BKİ'leri (t=0,043; p=0,966) ve haftalık defekasyon sayısı (z= -1,790; p=0,073) karşılaştırıldığında farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (p>0,05).

Kadınların tedavi öncesi dönemde girişim ve kontrol grubu arasında kilo (t= -0,862; p=0,391), BKİ'leri (t= -1,018; p=0,311) ve haftalık defekasyon sayıları (t= -0,124; p=0,901) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

Kadınların tedavi sonrası dönemde de girişim ve kontrol grubu arasında kilo ($t= -1,342$; $p=0,183$), BKİ'leri ($t=-1,680$; $p=0,096$) ve haftalık defekasyon sayıları ($t= -0,850$; $p=0,395$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ($p>0,05$).

Girişim ve kontrol grubu arasında kadınların tedavi öncesine göre tedavi sonrasında gözlenen değişimler bakımından kilolarında, BKİ'nde ve haftalık defekasyon sayılarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).



Tablo 6.2.2: AAM’li kadınların sigara içme ve mesane iritasyonu yapan yiyecek tüketimine ilişkin verilerin tedavi önce ve sonrasına göre dağılımı

Özellikler	Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Test değeri		
	n	%	n	%	χ^2	p	
Sigara kullanımı							
Tedavi öncesi	Hiç içmemiş	31	62	33	66	0,174	°0,917
	Bırakmış	10	20	9	18		
	Kullanıyor	9	18	8	16		
Tedavi sonrası	Hiç içmemiş	31	62	33	66	1,075	°0,584
	Bırakmış	13	26	9	18		
	Kullanıyor	6	12	8	16		
		^f p=0,083		^f p=0,999			
Asitli meyve tüketimi							
Tedavi öncesi	Hayır	9	18	7	14	0,298	°0,585
	Evet	41	82	43	86		
Tedavi sonrası	Hayır	20	40	6	12	10,187	°0,001**
	Evet	30	60	44	88		
		^f p=0,013*		^f p=0,999			
Mesane iritasyonu yapan diğer yiyecek tüketimi							
Tedavi öncesi	Hayır	2	4	1	2	0,344	^b 0,999
	Evet	48	96	49	98		
Tedavi sonrası	Hayır	4	8	1	2	1,895	°0,362
	Evet	46	92	49	98		
		^f p=0,625		^f p=0,999			

^bFisher’s exact test

^cPearson ki-kare test

^fMarginal homogeneity test

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 6.2.2’de; AAM’li kadınların sigara içme ve mesane iritasyonu yapan yiyecek tüketimine ilişkin verilerin tedavi önce ve sonrasına göre dağılımı yer almaktadır.

Girişim grubundaki kadınların asitli meyve alımında (portakal, greyfurt, limon, ananas), tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre gözlenen düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (**p=0,013; p<0,05**). Girişim grubundaki kadınların sigara kullanımı (p=0,083) ve mesane iritasyonu yapan diğer yiyecek tüketimi durumu (süt, yoğurt, domates, çikolata) (p=0,625) tedavi öncesi ve tedavi sonrası kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (p>0,05).

Kontrol grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrasında kadınların sigara kullanımı, asitli meyve tüketimi (portakal, greyfurt, limon, ananas) ve mesane iritasyonu

yapan diğerk yiyecek tüketimi (süt, yoğurt, domates, çikolata) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,999$; $p>0,05$).

Kadınların tedavi öncesi dönemde girişim ve kontrol grubu arasında sigara kullanımı ($\chi^2=0,174$; $p=0,917$), asitli meyve tüketimi (portakal, greyfurt, limon, ananas) ($\chi^2=0,298$; $p=0,585$) ve mesane iritasyonu yapan diğerk yiyecek tüketimi (süt, yoğurt, domates, çikolata) ($\chi^2=0,344$; $p=0,999$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Kadınların tedavi sonrası dönemde girişim ve kontrol grubu asitli meyve ($\chi^2=10,187$; $p=0,001$) tüketimi açısından karşılaştırıldığında, girişim grubunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az tükettiği saptandı ($p<0,01$). Kadınların tedavi sonrası dönemde girişim ve kontrol grubu arasında ise sigara kullanımı ($\chi^2=1,075$; $p=0,584$) ve mesane iritasyonuna neden olan diğerk yiyeceklerin (süt, yoğurt, domates, çikolata) ($\chi^2=1,895$; $p=0,362$) tüketimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.2.3: AAM’li kadınların idrar sorununa ilişkin verilerin tedavi önce ve sonrasına göre dağılımı

Özellikler	Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Test değeri	
	n	%	n	%		
Mesanede ağrı hissetme						
Tedavi öncesi	Hiçbir zaman	27	54	30	60	$\chi^2=4,987$ ^b p=0,288
	Ara sıra	10	20	9	18	
	Bazen	2	4	6	12	
	Genellikle	4	8	3	6	
	Her zaman	7	14	2	4	
Tedavi sonrası	Hiçbir zaman	33	66	32	64	$\chi^2=2017$ ^b p=0,769
	Ara sıra	8	16	10	20	
	Bazen	4	8	6	12	
	Genellikle	3	6	1	2	
	Her zaman	2	4	1	2	
		z= -2,064; [§]p=0,039*		z= -0,934; [§]p=0,350		
Tuvalete yetişmek için acele etme						
Tedavi öncesi	Hiçbir zaman	1	2	1	2	$\chi^2=8,166$ ^b p=0,067
	Ara sıra	3	6	6	12	
	Bazen	6	12	12	24	
	Genellikle	15	30	5	10	
	Her zaman	25	50	26	52	
Tedavi sonrası	Hiçbir zaman	15	30	7	14	$\chi^2=29,798$ ^c p=0,001**
	Ara sıra	25	50	7	14	
	Bazen	3	6	18	36	
	Genellikle	4	8	7	14	
	Her zaman	3	6	11	22	
		z= -5,752; [§]p=0,001**		z= -3,435; [§]p=0,001**		
Tuvalete yetişmeden idrar kaçıрма						
Tedavi öncesi	Hiçbir zaman	6	12	1	2	$\chi^2=8,295$ ^c p=0,081
	Ara sıra	6	12	14	28	
	Bazen	7	14	10	20	
	Genellikle	11	22	7	14	
	Her zaman	20	40	18	36	
Tedavi sonrası	Hiçbir zaman	20	40	9	18	$\chi^2=13,744$ ^c p=0,008**
	Ara sıra	18	36	11	22	
	Bazen	8	16	19	38	
	Genellikle	1	2	4	8	
	Her zaman	3	6	7	14	
		z= -5,346; [§]p=0,001**		z= -3,238; [§]p=0,001**		

Tablo 6.2.3: Devamı

Özellikler	Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Test değeri	
	n	%	n	%		
İdrar kaçırma sıklığı						
Tedavi öncesi	Hiçbir zaman	3	6	1	2	$\chi^2=8,158$ ^b p=0,070
	Ara sıra	2	4	4	8	
	Bazen	3	6	12	24	
	Genellikle	3	6	2	4	
	Her zaman	39	78	31	62	
Tedavi sonrası	Hiçbir zaman	11	22	8	16	$\chi^2=3,578$ ^c p=0,466
	Ara sıra	7	14	6	12	
	Bazen	12	24	7	14	
	Genellikle	4	8	5	10	
	Her zaman	16	32	24	48	
		z= -4,835; [§]p=0,001**		z= -3,038; [§]p=0,002**		
Nedensiz idrar kaçırma						
Tedavi öncesi	Hiçbir zaman	32	64	34	68	$\chi^2=1,838$ ^c p=0,892
	Ara sıra	9	18	9	18	
	Bazen	4	8	5	10	
	Genellikle	1	2	0	0	
	Her zaman	4	8	2	4	
Tedavi sonrası	Hiçbir zaman	46	92	37	74	$\chi^2=8,584$ ^c p=0,037*
	Ara sıra	3	6	4	8	
	Bazen	0	0	6	12	
	Genellikle	1	2	2	4	
	Her zaman	0	0	1	2	
		z= -3,314; [§]p= 0,001**		z=0,000; [§]p=0,999		
Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma (n=71)						
Tedavi öncesi	Hiçbir zaman	25	67,6	22	64,7	$\chi^2=4,606$ ^b p=0,330
	Ara sıra	8	21,6	4	11,8	
	Bazen	2	5,4	3	8,8	
	Genellikle	2	5,4	2	5,9	
	Her zaman	0	0	3	8,8	
Tedavi sonrası	Hiçbir zaman	31	83,8	28	82,4	$\chi^2=2,029$ ^b p=0,730
	Ara sıra	4	10,8	2	5,9	
	Bazen	1	2,7	2	5,9	
	Genellikle	0	0,0	1	2,9	
	Her zaman	1	2,7	1	2,9	
		z= -2,111; [§]p=0,035*		z= -2,288; [§]p=0,022*		

^bFisher's exact test^cPearson ki-kare test[§]Wilcoxon signed ranks test

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 6.2.3'de; AAM'li kadınların idrar sorununa ilişkin verilerin tedavi önce ve sonrasına göre dağılımı yer almaktadır.

Girişim grubundaki kadınlarda tedavi sonrası dönemde, tedavi öncesine göre mesanede ağrı hissetme ($z = -2,064$; $p = 0,039$), tuvalete yetişmek için acele etme ($z = -5,752$; $p = 0,001$) ve tuvalete yetişmeden idrar kaçırma ($z = -5,346$; $p < 0,001$) durumlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma saptandı. Benzer şekilde, girişim grubundaki kadınlarda tedavi sonrası dönemde, tedavi öncesi ile kıyaslandığında idrar kaçırma sıklığında ($z = -4,835$; $p = 0,001$), hiçbir neden yokken idrar kaçırma ($z = -3,314$; $p = 0,001$) ve cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma sıklığında ($z = -2,111$; $p = 0,035$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma belirlendi.

Kontrol grubundaki kadınların tedavi öncesine göre, tedavi sonrasında mesanede ağrı hissetme ($z = -0,934$; $p = 0,350$) ve nedensiz idrar kaçırma ($z = 0,000$; $p = 0,999$) sıklığında gözlenen fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı. Kontrol grubundaki kadınların tedavi öncesine göre tedavi sonrasında, tuvalete yetişmek için acele etme ($z = -3,435$; $p = 0,001$), tuvalete yetişmeden idrar kaçırma ($z = -3,23$; $p = 0,001$), idrar kaçırma sıklığında ($z = -3,038$; $p = 0,002$) ve cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma ($z = -2,288$; $p = 0,022$) sıklığındaki değişimde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu saptandı.

Tedavi öncesi dönemde girişim ve kontrol grubundaki kadınların mesanede ağrı hissetme ($\chi^2 = 4,987$; $p = 0,288$), tuvalete yetişmek için acele etme ($\chi^2 = 8,166$; $p = 0,067$) ve tuvalete yetişmeden idrar kaçırma ($\chi^2 = 8,295$; $p = 0,081$) sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Ayrıca, tedavi öncesi dönemde girişim ve kontrol grubu arasında idrar kaçırma sıklığı ($\chi^2 = 8,158$; $p = 0,070$), nedensiz idrar kaçırma ($\chi^2 = 1,838$; $p = 0,892$) ve cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma ($\chi^2 = 2,029$; $p = 0,730$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Tedavi sonrası dönemde girişim ve kontrol grubundaki kadınların mesanede ağrı hissetme ($\chi^2 = 2,017$; $p = 0,769$), idrar kaçırma sıklığı ($\chi^2 = 3,578$; $p = 0,466$) ve cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma ($\chi^2 = 2,029$; $p = 0,730$) sıklığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Tedavi sonrası dönemde tuvalete yetişmek için acele etme ($\chi^2 = 29,798$; $p = 0,001$), tuvalete yetişmeden idrar kaçırma ($\chi^2 = 13,744$; $p = 0,008$) ve nedensiz idrar kaçırma ($\chi^2 = 8,584$; $p = 0,037$) sıklığında azalmanın girişim grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı.

Tablo 6.2.4: AAM’li kadınların idrar kaçırma nedeniyle aldıkları önlemlere ilişkin verilerin dağılımı

Özellikler		Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Test değeri	
		n	%	n	%	χ^2	^c p
Ped/Bez kullanma							
Tedavi öncesi	Hayır	13	26	15	30	0,198	0,656
	Evet	37	74	35	70		
Tedavi sonrası	Hayır	23	46	21	42	0,162	0,687
	Evet	27	54	29	58		
		^f p=0,004**		^f p=0,034*			
Oturma/Çömelme							
Tedavi öncesi	Hayır	33	66	34	68	0,045	0,832
	Evet	17	34	16	32		
Tedavi sonrası	Hayır	15	30	32	64	11,602	0,001**
	Evet	35	70	18	36		
		^f p<0,001**		^f p=0,655			
Zihinsel konsantrasyon							
Tedavi öncesi	Hayır	43	86	45	90	0,379	0,538
	Evet	7	14	5	10		
Tedavi sonrası	Hayır	5	10	45	90	64,000	<0,001**
	Evet	45	90	5	10		
		^f p<0,001**		^f p=0,999			
Yavaş/derin nefes alma							
Tedavi öncesi	Hayır	47	94	43	86	1,778	0,182
	Evet	3	6	7	14		
Tedavi sonrası	Hayır	8	16	44	88	51,923	<0,001**
	Evet	42	84	6	12		
		^f p<0,001**		^f p=0,782			
PTK kontraksiyonu							
Tedavi öncesi	Hayır	19	38	8	16	6,139	0,013*
	Evet	31	62	42	84		
Tedavi sonrası	Hayır	2	4	9	18	5,005	0,025*
	Evet	48	96	41	82		
		^f p<0,001**		^f p=0,782			
PTK egzersizi							
Tedavi öncesi	Hayır	49	98	49	98	0,000	^b 0,999
	Evet	1	2	1	2		
Tedavi sonrası	Hayır	3	6	45	90	70,673	<0,001**
	Evet	47	94	5	10		
		^f p<0,001**		p=0,102			
Tuvalet yakınında olma							
Tedavi öncesi	Hayır	13	26	14	28	0,051	0,822
	Evet	37	74	36	72		
Tedavi sonrası	Hayır	43	86	33	66	5,482	0,019*
	Evet	7	14	17	34		
		^f p<0,001**		^f p<0,001**			

Tablo 6.2.4 Devamı							
Özellikler	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Test değeri		
	(n=50)		(n=50)		χ^2	^cp	
	n	%	n	%			
Sık idrara gitme							
Tedavi öncesi	Hayır	5	10	9	18	1,329	0,249
	Evet	45	90	41	82		
Tedavi sonrası	Hayır	48	96	31	62	17,420	<0,001**
	Evet	2	4	19	38		
		^fp<0,001**		^fp<0,001**			
Koşarak tuvalete gitme							
Tedavi öncesi	Hayır	9	18	4	8	2,210	0,137
	Evet	41	82	46	92		
Tedavi sonrası	Hayır	47	94	16	32	41,227	<0,001**
	Evet	3	6	34	68		
		^fp<0,001**		^fp<0,001**			
Normal tempoda tuvalete gitme							
Tedavi öncesi	Hayır	47	94	49	98	1,042	^b 0,617
	Evet	3	6	1	2		
Tedavi sonrası	Hayır	7	14	39	78	41,224	<0,001**
	Evet	43	86	11	22		
		^fp<0,001**		^fp=0,002**			
Su içmeyi azaltma							
Tedavi öncesi	Hayır	17	34	26	52	3,305	0,069
	Evet	33	66	24	48		
Tedavi sonrası	Hayır	45	90	35	70	6,250	0,012*
	Evet	5	10	15	30		
		^fp<0,001**		^fp=0,049*			
İdrar kaçırma nedeniyle kıyafet değiştirme sıklığı							
Tedavi öncesi	Hiçbir zaman	7	14	8	16	7,901	0,095
	Ara sıra	5	10	8	16		
	Bazen	6	12	14	28		
	Genellikle	11	22	4	8		
	Her zaman	21	42	16	32		
Tedavi sonrası	Hiçbir zaman	20	40	21	42	3,961	0,411
	Ara sıra	16	32	10	20		
	Bazen	4	8	7	14		
	Genellikle	6	12	4	8		
	Her zaman	4	8	8	16		
		^zz=-5,185; ^gp<0,001**		^zz=-2,981; ^gp=0,003**			

^bFisher's exact test

^cPearson ki-kare test

^fMarginal homogeneity test

^gWilcoxon signed ranks test

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 6.2.4'de; AAM'li kadınların idrar kaçırma nedeniyle aldıkları önlemlere ilişkin verilerin dağılımı yer almaktadır.

Girişim grubundaki kadınların idrar kaçırmayı önleme yöntemi olarak ped/bez kullanma (**p=0,004; p<0,01**), tuvalet yakınında olma (**p<0,001**), sık idrara gitme (**p<0,001**), koşarak tuvalete gitme (**p<0,001**), su içmeyi azaltma (**p<0,001**) ve kıyafet değiştirme sıklığının (**z= -5,185; p<0,001**) tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı bulundu. Girişim grubundaki kadınların idrar kaçırmayı önleme yöntemi olarak oturma/çömelleme (**p<0,001**), zihinsel konsantrasyon (**p<0,001**), yavaş/derin nefes alma (**p<0,001**), PTK kontraksiyonu (**p<0,001**), PTK egzersizi (**p<0,001**) ve normal tempoda tuvalete gitmenin (**p<0,001**), tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı bulundu.

Kontrol grubunda kadınların idrar kaçırmayı önleme yöntemi olarak ped/bez kullanma (**p=0,034; p<0,05**), tuvalet yakınında olma (**p<0,001**), sık idrara gitme (**p<0,001**), koşarak tuvalete gitme (**p<0,001**), su içmeyi azaltma (**p=0,049**) ve kıyafet değiştirme sıklığının (**z= -2,981; p=0,003**) tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı saptandı. Kontrol grubundaki kadınların tedavi öncesine göre, tedavi sonrasında idrar kaçırmayı önlemek için uyguladığı oturma/çömelleme (**p=0,655**), zihinsel konsantrasyon (**p=0,999**), yavaş/derin nefes alma (**p=0,782**), PTK kontraksiyonu (**p=0,782**), PTK egzersizi (**p=0,102**) gözlenen fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı (**p>0,05**). Kontrol grubundaki kadınların tedavi öncesine göre, tedavi sonrasında normal tempoda tuvalete gitmenin (**p=0,002**) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı bulundu.

Tedavi öncesi dönemde girişim ve kontrol grubu arasında ped/bez kullanımı ($\chi^2=0,198$; **p=0,656**), oturma/çömelleme ($\chi^2=0,045$; **p=0,832**), zihinsel konsantrasyon ($\chi^2=0,379$; **p=0,538**), yavaş/derin nefes alma ($\chi^2=1,778$; **p=0,182**), PTK egzersizi ($\chi^2=0,000$; **p=0,999**) tuvalet yakınında olma ($\chi^2=0,05$; **p=0,822**) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (**p>0,05**). Benzer şekilde, tedavi öncesi dönemde girişim ve kontrol grubu arasında sık idrara gitme ($\chi^2=1,329$; **p=0,249**), koşarak tuvalete gitme ($\chi^2=2,210$; **p=0,137**), normal tempoda tuvalete gitme ($\chi^2=1,042$; **p=0,617**), su içmeyi azaltma ($\chi^2=3,305$; **p=0,069**) ve kıyafet değiştirme sıklığı ($\chi^2=7,90$; **p=0,095**) açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (**p>0,05**). Tedavi öncesi dönemde PTK

kontraksiyonu ($\chi^2=6,139$; $p=0,013$) uygulanması girişim grubundaki kadınlarda kontrol grubundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı saptandı.

Tedavi sonrası dönemde girişim ve kontrol grubu arasında ped/bez kullanımı ($\chi^2=0,198$; $p=0,656$) ve kıyafet değiştirme sıklığı ($\chi^2=3,961$; $p=0,411$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Tedavi sonrası dönemde, oturma/çömelme ($\chi^2=11,602$; $p=0,001$), zihinsel konsantrasyon ($\chi^2=64,000$; $p<0,001$), yavaş/derin nefes alma ($\chi^2=51,923$; $p<0,001$), PTK kontraksiyonunu ($\chi^2=5,005$; $p<0,025$), PTK egzersizi ($\chi^2=70,673$; $p<0,001$), normal tempoda tuvalete gitme ($\chi^2=41,224$; $p<0,001$) açısından karşılaştırıldığında, girişim grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptandı. Tedavi sonrası dönemde, tuvalet yakınında olma ($\chi^2=5,482$; $p<0,019$), sık idrara gitme ($\chi^2=17,420$; $p<0,001$), koşarak tuvalete gitme ($\chi^2=41,227$; $p<0,001$), su içmeyi azaltma ($\chi^2=6,250$; $p=0,012$) açısından karşılaştırıldığında, girişim grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı bulundu.

Tablo 6.2.5: AAM’li kadınlarda üriner inkontinans belirlenmesine ilişkin verilerin dağılımı

Özellikler	Girişim Grubu	Kontrol Grubu	Test değeri	
	(n=50)	(n=50)		
	$\bar{X}\pm SD$ (medyan)	$\bar{X}\pm SD$ (medyan)	z	^e p
Günlük ped/bez kullanma sayısı				
Tedavi öncesi	1,94±1,94 (1,5)	1,98±2,23 (1,5)	-0,279	0,780
Tedavi sonrası	0,84±1,22 (0)	1,12±1,38 (1)	-0,475	0,635
Değişim	-1,1±1,56 (-0,5)	-0,86±1,55 (0)	-0,324	0,746
	z= -4,226; ^gp<0,001**	z= -3,422; ^gp<0,001**		
Haftalık ped/bez kullanma sayısı (n=5)				
Tedavi öncesi	0,34±1,08 (0)	0,16±0,71 (0)	-0,762	0,446
Tedavi sonrası	0,16±0,65 (0)	0,08±0,44 (0)	-0,177	0,859
Değişim	-0,18±1,3 (0)	-0,08±0,83 (0)	-0,854	0,393
	z= -1,065; ^gp=0,287	z= -0,816; ^gp=0,414		
24 saatlik ped testi				
Tedavi öncesi	41,9±63,07 (20,5)	80,66±209,52 (13,5)	-1,047	0,295
Tedavi sonrası	25,82±57,03 (4)	32,6±111,71 (6)	-0,194	0,847
Değişim	-16,08±22,93 (-7,5)	-48,06±137,11 (-4)	-0,845	0,398
	z= -4,738; ^gp<0,001**	z= -3,439; ^gp<0,001**		
Digital palpasyon				
Tedavi öncesi	1,78±1,23 (2)	2,3±1,25 (2)	-2,022	0,043*
Tedavi sonrası	2,69±1,25 (3)	2,8±1,26 (3)	-0,538	0,590
Değişim	0,92±0,86 (1)	0,5±0,95 (0)	-2,481	0,013*
	z= -5,020; ^gp<0,001**	z= -3,180; ^gp<0,001**		
Perineometri				
Tedavi öncesi	21,43±14,93 (18)	24,45±15,25 (24)	-1,110	0,267
Tedavi sonrası	31,72±16,88 (30)	27,38±16,81 (25)	-1,669	0,095
Değişim	10,3±10,97 (7,5)	2,93±9,2 (2)	-3,356	0,001**
	z= -5,388; ^gp<0,001**	z= -2,556; ^gp=0,011*		

^eMann Whitney U test

^gWilcoxon signed ranks test

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 6.2.5’de AAM’li kadınlarda üriner inkontinans belirlenmesine ilişkin verilerin dağılımı yer almaktadır.

Girişim grubundaki kadınların tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre ped/bez kullanımı günlük sayının (**z= -4,226; p<0,001**), 24 saatlik ped testinin (**z= -4,738; p<0,001**) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı saptandı. Girişim grubundaki kadınların tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre haftalık sayının (**z= -1,065; p=0,287**) istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (**p>0,05**). Girişim grubundaki kadınların tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre digital

palpasyon ($z = -5,020$; $p < 0,001$), perineometri ($z = -5,388$; $p < 0,001$) oranının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı bulundu.

Kontrol grubundaki kadınların tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre ped/bez kullanımı günlük sayıda ($z = -3,422$; $p < 0,001$), 24 saatlik ped testinin ($z = -3,439$; $p < 0,001$) istatistiksel olarak anlamlı azaldığı belirlendi. Kontrol grubundaki kadınların tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre ped/bez kullanımı haftalık sayıda ($z = -0,816$; $p = 0,414$) istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p > 0,05$). Kontrol grubundaki kadınların tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre digital palpasyon ($z = -3,180$; $p < 0,001$) ve perineometri ($z = -2,556$; $p = 0,011$) oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı bulundu.

Tedavi öncesi dönemde girişim ve kontrol grubu arasında günlük ped/bez sayısı ($z = -0,279$; $p = 0,780$), haftalık ped/bez sayısında ($z = -0,762$; $p = 0,446$), 24 saatlik ped testi ($z = -1,047$; $p = 0,295$) ve perineometri ($z = -1,110$; $p = 0,267$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p > 0,05$). Tedavi öncesi dönemde girişim grubundaki kadınların kontrol grubundakilere göre digital palpasyon ($z = -2,022$; $p = 0,043$) oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde az olduğu görüldü.

Tedavi sonrası dönemde girişim ve kontrol grubu arasında günlük ($z = -0,475$; $p = 0,635$)/haftalık ($z = -0,177$; $p = 0,859$) ped/bez sayısı, 24 saatlik ped testi ($z = -0,194$; $p = 0,847$), digital palpasyon ($z = -0,538$; $p = 0,590$) ve perineometri ($z = -1,669$; $p = 0,095$) oranında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Girişim ve kontrol grubu arasında kadınların tedavi öncesine göre tedavi sonrasında gözlenen değişimler bakımından günlük ($z = -0,324$; $p = 0,746$)/haftalık ped/bez ($z = -0,854$; $p = 0,393$) sayılarında, 24 saatlik ped testi ($z = -0,845$; $p = 0,398$) istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ($p > 0,05$). Girişim grubu kadınların kontrol grubundakilerden tedavi sonrasında tedavi öncesine göre gözlenen değişimler açısından digital palpasyon ($z = -2,481$; $p = 0,013$) ve perineometri ($z = -3,356$; $p = 0,001$) oranında artış olduğu bulundu.

Tablo 6.2.6: AAM'li kadınların kronik hastalık durumlarına ilişkin verilerin tedavi önce ve sonrasına göre dağılımı

Özellikler		Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Test değeri
		n	%	n	%	
Diyabet durumu						
Tedavi öncesi	Hayır	43	86	36	72	$\chi^2=2,893$ ^b p=0,272
	Regüle değil	2	4	4	8	
	Regüle	5	10	10	20	
Tedavi sonrası	Hayır	41	82	35	70	$\chi^2=2,101$ ^b p=0,356
	Regüle değil	3	6	4	8	
	Regüle	6	12	11	22	
		p=0,257; p>0,05		p=0,480; p>0,05		
Kan basıncı durumu						
Tedavi öncesi	Normal	45	90	44	88	$\chi^2=0,102$ ^c p=0,749
	Yüksek	5	10	6	12	
Tedavi sonrası	Normal	49	98	46	92	$\chi^2=1,895$ ^b p=0,362
	Yüksek	1	2	4	8	
		^f p=0,046*		^f p=0,317		
^b Fisher's exact test	^c Pearson ki-kare test	^f Marginal homogeneity test	[*] p<0,05			

Tablo 6.2.6'da; AAM'li kadınların kronik hastalık durumlarına ilişkin verilerin tedavi önce ve sonrasına göre dağılımı yer almaktadır.

Her iki gruptaki AAM'li kadınlar, tedavi öncesi ile tedavi sonrası kan şekeri kontrolü açısından (grup içi) karşılaştırıldıklarında gözlenen değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05). Girişim grubunda tedavi sonrasında kan basıncı ölçümü normal olan kadınların oranının tedavi öncesine göre daha fazla olduğu görüldü ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı belirlendi (p=0,046; p<0,05). Kontrol grubundaki kadınların tedavi öncesine göre tedavi sonrasında kan basıncı ölçümlerinde gözlenen değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0,317; p>0,05).

Tedavi öncesi dönemde girişim ve kontrol grubu diyabet ve kan basıncında gözlenen değişim açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05). Benzer şekilde, tedavi sonrası dönemde de girişim ve kontrol grubu arasında diyabet ve kan basıncında gözlenen değişim açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi (p>0,05).

Tablo 6.2.7: AAM'li kadınların üriner günlük verilerinin tedavi önce ve sonrasına göre dağılımı

Özellikler	Girişim Grubu	Kontrol Grubu	Test değeri	
	(n=50)	(n=50)	z	^e p
	$\bar{X} \pm SD$ (medyan)	$\bar{X} \pm SD$ (medyan)		
Alınan su miktarı				
Tedavi öncesi	1128,30±614,51 (1012,50)	1156,00±663,31 (1050,00)	-0,059	0,953
Tedavi sonrası	1320,90±378,88 (1400,00)	1187,59±620,23 (1000,00)	-2,149	0,032*
Değişim	192,60±637,17 (150,00)	31,59±530,51 (-50,00)	-1,900	0,057
	z= -2,351; ^ep=0,019*	z= -0,169; ^ep=0,866		
Kafeinli içecek miktarı				
Tedavi öncesi	993,89±565,10 (875,00)	773,89±443,50 (650,00)	-2,386	0,017*
Tedavi sonrası	459,33±312,40 (408,33)	599,36±274,51 (543,75)	-2,761	0,006**
Değişim	-534,57±568,27 (-422,50)	-174,53±421,88 (-150,00)	-3,685	<0,001**
	z= -5,590; ^ep<0,001**	z= -2,555; ^ep=0,011*		
Günlük toplam sıvı miktarı				
Tedavi öncesi	2095,19±829,79 (1963,75)	1893,39±719,82 (1825,00)	-1,034	0,301
Tedavi sonrası	1824,96±498,82 (1837,50)	1784,47±707,33 (1625,00)	-0,969	0,333
Değişim	-270,23±827,16 (-129,50)	-108,92±655,95 (-137,50)	-0,365	0,715
	z= -1,931; ^ep=0,054	z= -1,569; ^ep=0,117		
Ani sıkışma hissi sayısı				
Tedavi öncesi	6,07±3,85 (6,00)	4,58±3,36 (3,75)	-1,945	0,052
Tedavi sonrası	2,13±2,27 (1,50)	2,98±2,82 (3,00)	-1,437	0,151
Değişim	-3,94±4,08 (-3,50)	-1,61±3,22 (-1,00)	-3,259	0,001**
	z= -5,291; ^ep<0,001**	z= -3,496; ^ep<0,001**		
Gündüz idrar yapma sayısı				
Tedavi öncesi	9,56±3,89 (8,63)	6,75±2,58 (6,13)	-4,138	<0,001**
Tedavi sonrası	6,62±1,36 (6,36)	6,47±2,53 (6,0)	-1,341	0,180
Değişim	-2,94±3,77 (-2,17)	-0,28±2,49 (-0,33)	-3,676	0,001**
	z= -4,816; ^ep<0,001**	z= -0,791; ^ep=0,429		
Uykuda idrara kalkma sayısı				
Tedavi öncesi	1,68±1,64 (1,6)	0,79±0,85 (0,75)	-3,380	0,001**
Tedavi sonrası	0,68±0,78 (0,5)	0,73±0,74 (0,75)	-0,609	0,543
Değişim	-1,00±1,42 (-0,75)	-0,06±0,85 (0)	-3,691	0,001**
	z= -4,828; ^ep<0,001**	z= -0,757; ^ep=0,449		
Günlük toplam idrar yapma sayısı				
Tedavi öncesi	10,85±3,78 (10,55)	7,54±2,96 (6,88)	-4,497	<0,001**
Tedavi sonrası	7,30±1,75 (7,00)	7,15±2,70 (6,63)	-1,090	0,276
Değişim	-3,55±3,67 (-2,75)	-0,39±2,37 (-0,25)	-4,551	<0,001**
	z= -5,362; ^ep<0,001**	z= -1,030; ^ep=0,303		
İdrar kaçırma sayısı				
Tedavi öncesi	2,83±2,98 (2,13)	2,04±2,59 (1,38)	-1,426	0,154
Tedavi sonrası	0,92±1,53 (0,25)	1,35±1,85 (0,75)	-1,297	0,194
Değişim	-1,91±2,37 (-1,25)	-0,69±2,02 (-0,50)	-2,391	0,017*
	z= -4,964; p<0,001**	z= -2,637; p=0,008**		

Tablo 6.2.7: Devamı							
Özellikler	Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Test değeri		
	n	%	n	%	χ^2	p	
Kafeinli içecek alımı							
Tedavi öncesi	Hayır	0	0	0	0	-	-
	Evet	50	100	50	100		
Tedavi sonrası	Hayır	4	8	0	0	4,167	^b 0,117
	Evet	46	92	50	100		
		^e p=0,046*					
Ani sıkışma hissi							
Tedavi öncesi	Hayır	1	2	1	2	0,000	^b 0,999
	Evet	49	98	49	98		
Tedavi sonrası	Hayır	14	28	12	24	0,208	^b 0,820
	Evet	36	72	38	76		
		^f p=0,001**		^f p=0,002**			
Uykuda idrara kalkma							
Tedavi öncesi	Hayır	8	16	17	34	4,320	^c0,038*
	Evet	42	84	33	66		
Tedavi sonrası	Hayır	21	42	15	30	1,563	^c 0,211
	Evet	29	58	35	70		
		^f p<0,001**		^f p<0,617			
İdrar kaçırma							
Tedavi öncesi	Hayır	9	18	10	20	0,065	^c 0,799
	Evet	41	82	40	80		
Tedavi sonrası	Hayır	19	38	17	34	0,174	^c 0,677
	Evet	31	62	33	66		
		^f p=0,004**		^f p=0,052			
^b Fisher's exact test	^c Pearson ki-kare test		^e Wilcoxon signed-ranks test				
^c Mann Whitney U test	^f Marginal homogeneity test		*p<0,05	**p<0,01			

Tablo 6.2.7'de; AAM'li kadınların üriner günlük verilerinin tedavi önce ve sonrasına göre dağılımı yer almaktadır.

Girişim grubundaki kadınlarda, tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre, alınan su miktarında ($z = -2,351$; $p = 0,019$) gözlenen artışın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulundu. Girişim grubundaki kadınlarda, tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre, kafeinli içecek (kola, kahve, çay, soda, likör, şarap, bira) alımında ($p = 0,046$), kafeinli içecek miktarında ($z = -5,590$; $p < 0,001$), ani sıkışma hissi sayısı ($p < 0,001$) ve ani sıkışma hissi sayısı sayısında ($z = -5,291$; $p < 0,001$) gözlenen azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı. Benzer şekilde, girişim grubundaki kadınlarda, tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre, gündüz idrar yapma sayısı ($z = -4,816$; $p < 0,001$), uykuda idrara kalkma ($p < 0,001$), uykuda idrara kalkma sayısı ($z = -4,828$; $p < 0,001$) günlük toplam idrar yapma sayısında ($z = -5,362$;

p<0,001), idrar kaçırmaya (**p=0,004**) ve idrar kaçırmaya sayısında (**z= -4,964; p<0,001**) da gözlenen azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı. Girişim grubundaki kadınlarda, tedavi önce ve sonrasında alınan günlük toplam sıvı miktarı arasında (**z= -1,931; p=0,054**) istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (**p>0,05**).

Kontrol grubundaki kadınlarda, tedavi öncesi ile tedavi sonrası dönemde alınan su miktarında (**z= -0,169; p=0,866**), günlük toplam sıvı miktarında (**z= -1,569; p=0,117**), gündüz idrar yapma sayısında (**z= -0,791; p=0,429**), uykuda idrara kalkma durumu (**p<0,617**), uykuda idrara kalkma sayısı (**z= -0,757; p=0,449**), günlük toplam idrar yapma sayısı (**z= -1,030; p=0,303**) ve idrar kaçırmaya durumu arasında (**p=0,052**) istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (**p>0,05**). Kontrol grubundaki kadınların tümünde kafeinli içecek alımının tedavi sonrası devam ettiği belirlendi. Kontrol grubundaki kadınlarda tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre, alınan kafeinli içecek miktarı (**z= -2,555; p=0,011**), ani sıkışma hissi (**p=0,002**), ani sıkışma hissi sayısı (**z= -3,496; p<0,001**) ve idrar kaçırmaya sayısında (**z= -2,637; p=0,008**) gözlenen azalma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulundu.

Tedavi öncesi dönemde, girişim ile kontrol grubu arasında alınan su miktarında (**z= -0,059; p=0,953**), günlük toplam sıvı miktarında (**z= -1,034; p=0,301**), ani sıkışma hissinde (**z=0,000; p=0,999**), ani sıkışma hissi sayısında (**z= -1,945; p=0,052**), idrar kaçırmaya (**z=0,065; p=0,799**) ve idrar kaçırmaya sayısında (**z= -1,426; p=0,154**) istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (**p>0,05**). Kadınların tedavi öncesi dönemde, girişim grubunda kontrol grubuna göre aldıkları kafeinli içecek miktarı (**z= -2,386; p=0,017**), gündüz idrar yapma sayısı (**z= -4,138; p<0,001**), uykuda idrara kalkma (**z=4,320; p=0,038**), uykuda idrara kalkma sayısı (**z= -3,380; p<0,001**), günlük toplam idrar yapma sayısı (**z=4,497; p<0,001**) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulundu.

Tedavi sonrası dönemde, girişim grubunda kontrol grubuna göre alınan su miktarı (**z= -2,149; p=0,032**) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı. Kafeinli içecek miktarı ise girişim grubunda (**z=2,761; p=0,006**) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az olarak saptandı (**p<0,05**). Kadınların tedavi sonrası dönemde, girişim ile kontrol grubu arasında kafeinli içecek alımı ($\chi^2=4,167; p=0,117$), günlük toplam sıvı

miktarı ($z = -0,969$; $p = 0,333$), ani sıkışma hissi ($z = 0,208$; $p = 0,820$), ani sıkışma hissi sayısı ($z = -1,437$; $p = 0,151$) ve gündüz idrar yapma sayısında ($z = -1,341$; $p = 0,180$) istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p > 0,05$). Benzer şekilde, kadınların tedavi sonrası dönemde, girişim ile kontrol grubu arasında uykuda idrara kalkma durumu ($z = 1,563$; $p = 0,211$), uykuda idrara kalkma sayısı ($z = -0,609$; $p = 0,543$) günlük toplam idrar yapma sayısında ($z = -1,090$; $p = 0,276$), idrar kaçırma durumu ($z = 0,174$; $p = 0,677$) ve idrar kaçırma sayısında ($z = -1,297$; $p = 0,194$) da istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p > 0,05$).

Girişim grubu ile kontrol grubu kadınları arasında, alınan su miktarı ($z = -1,900$; $p = 0,057$), günlük toplam sıvı miktarı ($z = -0,365$; $p = 0,715$) açısından tedavi önce ve sonrası değişim incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p > 0,05$). Girişim grubu kadınlarda, alınan kafeinli içecek miktarı (**$z = -3,685$; $p < 0,001$**), ani sıkışma hissi sayısı (**$z = -3,259$; $p = 0,001$**), gündüz idrar yapma sayısı (**$z = -3,676$; $p < 0,001$**), uykuda idrara kalkma sayısı (**$z = -3,691$; $p < 0,001$**) günlük toplam idrar yapma sayısı (**$z = -4,551$; $p < 0,001$**) ve idrar kaçırma sayısında (**$z = -2,391$; $p = 0,017$**) tedavi sonrası oluşan azalmanın kontrol grubu kadınlara göre istatistiksel olarak daha fazla olduğu saptandı.

Tablo 6.2.8: AAM’li kadınların “Aşırı Aktif Mesane Değerlendirme Formu (OAB-V8)” toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin verilerin dağılımı

Özellikler	Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Test değeri		
	n	%	n	%	χ^2	^b p	
1. Gündüz sık idrara çıkma							
Tedavi öncesi	Hiçbir zaman	0	0	1	2	11,007	0,022*
	Çok az	1	2	3	6		
	Biraz	5	10	6	12		
	Epey	2	4	6	12		
	Çok	2	4	9	18		
	Çok fazla	40	80	25	50		
Tedavi sonrası	Hiçbir zaman	21	42	13	26	10,039	0,055
	Çok az	14	28	12	24		
	Biraz	8	16	13	26		
	Epey	7	14	5	10		
	Çok	0	0	2	4		
	Çok fazla	0	0	5	10		
z= -6,138; [§]p<0,001** z= -5,546; [§]p<0,001**							
2. Rahatsız edici bir idrar sıkışması							
Tedavi öncesi	Hiçbir zaman	0	0	0	0	4,673	0,201
	Çok az	0	0	0	0		
	Biraz	1	2	3	6		
	Epey	4	8	3	6		
	Çok	3	6	9	18		
	Çok fazla	42	84	35	70		
Tedavi sonrası	Hiçbir zaman	12	24	3	6	16,169	0,005**
	Çok az	22	44	16	32		
	Biraz	12	24	12	24		
	Epey	2	4	6	12		
	Çok	1	2	5	10		
	Çok fazla	1	2	8	16		
z= -6,176; [§]p<0,001** z= -5,551; [§]p<0,001**							
3. Ani, beklenmedik bir idrar sıkışması							
Tedavi öncesi	Hiçbir zaman	0	0	0	0	6,017	0,162
	Çok az	1	2	0	0		
	Biraz	4	8	3	6		
	Epey	1	2	7	14		
	Çok	4	8	5	10		
	Çok fazla	40	80	35	70		
Tedavi sonrası	Hiçbir zaman	14	28	5	10	11,930	°0,036*
	Çok az	18	36	14	28		
	Biraz	11	22	13	26		
	Epey	4	8	6	12		
	Çok	2	4	3	6		
	Çok fazla	1	2	9	18		
z= -6,132; [§]p<0,001** z= -5,406; [§]p<0,001**							

Tablo 6.2.8: Devamı							
Özellikler	Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Test değeri		
	n	%	n	%	χ^2	^b p	
4. Kazara az miktarda idrar kaçırma							
Tedavi öncesi	Hiçbir zaman	3	6	1	2	4,297	0,531
	Çok az	2	4	2	4		
	Biraz	4	8	2	4		
	Epey	5	10	10	20		
	Çok	5	10	8	16		
	Çok fazla	31	62	27	54		
Tedavi sonrası	Hiçbir zaman	13	26	7	14	11,847	0,031*
	Çok az	22	44	12	24		
	Biraz	10	20	14	28		
	Epey	1	2	5	10		
	Çok	3	6	7	14		
	Çok fazla	1	2	5	10		
		z= -5,894; ^gp<0,001**		z= -5,348; ^gp<0,001**			
5. Gece idrara çıkma							
Tedavi öncesi	Hiçbir zaman	5	10	10	20	5,596	0,349
	Çok az	4	8	5	10		
	Biraz	6	12	7	14		
	Epey	3	6	4	8		
	Çok	3	6	6	12		
	Çok fazla	29	58	18	36		
Tedavi sonrası	Hiçbir zaman	20	40	10	20	6,876	0,208
	Çok az	19	38	21	42		
	Biraz	8	16	9	18		
	Epey	2	4	4	8		
	Çok	0	0	2	4		
	Çok fazla	1	2	4	8		
		z= -5,692; ^gp<0,001**		z= -4,456; ^gp<0,001**			
6. Gece idrar yapma ihtiyacı ile uyanma							
Tedavi öncesi	Hiçbir zaman	5	10	10	20	5,038	0,414
	Çok az	4	8	5	10		
	Biraz	7	14	7	14		
	Epey	2	4	4	8		
	Çok	3	6	5	10		
	Çok fazla	29	58	19	38		
Tedavi sonrası	Hiçbir zaman	21	42	10	20	9,978	0,066
	Çok az	19	38	20	40		
	Biraz	7	14	9	18		
	Epey	2	4	3	6		
	Çok	0	0	4	8		
	Çok fazla	1	2	4	8		
		z= -5,752; ^gp<0,001**		z= -4,389; ^gp<0,001**			

Tablo 6.2.8: Devamı

Özellikler	Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Test değeri		
	n	%	n	%	χ^2	^b p	
7. Kontrol edilemez bir idrar sıkışması							
Tedavi öncesi	Hiçbir zaman	1	2	1	2	3,073	0,805
	Çok az	0	0	1	2		
	Biraz	2	4	3	6		
	Epey	3	6	6	12		
	Çok	3	6	4	8		
	Çok fazla	41	82	35	70		
Tedavi sonrası	Hiçbir zaman	17	34	8	16	23,556	^c <0,001**
	Çok az	22	44	9	18		
	Biraz	6	12	7	14		
	Epey	2	4	6	12		
	Çok	2	4	9	18		
	Çok fazla	1	2	11	22		
		z= -6,091; ^gp<0,001**		z= -4,461; ^gp<0,001**			
8. Aşırı idrar yapma isteği ile birlikte idrar kaçırma							
Tedavi öncesi	Hiçbir zaman	3	6	1	2	4,911	0,450
	Çok az	1	2	3	6		
	Biraz	1	2	2	4		
	Epey	2	4	3	6		
	Çok	2	4	6	12		
	Çok fazla	41	82	35	70		
Tedavi sonrası	Hiçbir zaman	21	42	9	18	24,902	^c <0,001**
	Çok az	19	38	8	16		
	Biraz	5	10	7	14		
	Epey	3	6	8	16		
	Çok	1	2	7	14		
	Çok fazla	1	2	11	22		
		z= -5,972; ^gp<0,001**		z= -4,952; ^gp<0,001**			
		$\bar{X} \pm SD$		$\bar{X} \pm SD$		t	^a p
OAB-V8 Toplam							
Tedavi Öncesi		34,06±7,19		31,30±7,39		1,894	0,061
Tedavi Sonrası		8,56±6,05		17,00±10,53		-4,914	<0,001**
Değişim		-25,50±6,85		-14,30±9,09		-6,955	<0,001**
		t=26,304; ^dp<0,001**		t=11,122; ^dp<0,001**			
^a Bağımsız gruplar t testi	^b Fisher's exact test			^c Pearson ki-kare test			
^d Bağımlı gruplar t testi	^e Wilcoxon signed-ranks test			**p<0,01			

Tablo 6.2.8'de; AAM'li kadınların "Aşırı Aktif Mesane Değerlendirme Formu (OAB-V8)" toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin verilerin dağılımı yer almaktadır.

Girişim grubundaki kadınların gündüz sık idrara çıkma (**z= -6,138; p<0,001**), rahatsız edici bir idrar sıkışması (**z= -6,176; p<0,001**), ani, beklenmedik bir idrar sıkışması (**z= -6,132; p<0,001**), kazara az miktarda idrar kaçırma (**z= -5,894; p<0,001**)

ve gece idrara çıkma ($z = -5,692$; $p < 0,001$) tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre gözlenen azalma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde saptandı. Benzer şekilde, girişim grubundaki kadınların gece idrar yapma ihtiyacı ile uyanma ($z = -5,752$; $p < 0,001$), kontrol edilemez bir idrar sıkışması ($z = -6,091$; $p < 0,001$), aşırı idrar yapma isteği ile birlikte idrar kaçırma ($z = -5,972$; $p < 0,001$) ve “OAB-V8” formu toplam puanında ($t = 26,304$; $p < 0,001$) tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre gözlenen azalma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulundu.

Kontrol grubunda kadınların gündüz sık idrara çıkma ($z = -5,546$; $p < 0,001$), rahatsız edici bir idrar sıkışması ($z = -5,551$; $p < 0,001$), ani, beklenmedik bir idrar sıkışması ($z = -5,406$; $p < 0,001$), kazara az miktarda idrar kaçırma ($z = -5,348$; $p < 0,001$) ve gece idrara çıkma ($z = -4,456$; $p < 0,001$) tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre gözlenen azalma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde saptandı. Benzer şekilde, kontrol grubunda kadınların gece idrar yapma ihtiyacı ile uyanma ($z = -4,389$; $p < 0,001$), kontrol edilemez bir idrar sıkışması ($z = -4,461$; $p < 0,001$), aşırı idrar yapma isteği ile birlikte idrar kaçırma ($z = -4,952$; $p < 0,001$) ve “OAB-V8” formu toplam puanında ($t = 11,122$; $p < 0,001$) tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre gözlenen azalma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde belirlendi.

Tedavi öncesi dönemde girişim grubunda kontrol grubuna göre, gündüz sık idrara çıkma ($\chi^2 = 11,007$; $p = 0,022$), istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulundu. Tedavi öncesi dönemde girişim ve kontrol grubu rahatsız edici bir idrar sıkışması ($\chi^2 = 4,673$; $p = 0,201$), ani, beklenmedik bir idrar sıkışması ($\chi^2 = 6,017$; $p = 0,162$), kazara az miktarda idrar kaçırma ($\chi^2 = 4,297$; $p = 0,531$) ve gece idrara çıkma ($\chi^2 = 5,596$; $p = 0,349$) karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Benzer şekilde, tedavi öncesi dönemde girişim ve kontrol grubu gece idrar yapma ihtiyacı ile uyanma ($\chi^2 = 5,038$; $p = 0,414$), kontrol edilemez bir idrar sıkışması ($\chi^2 = 3,073$; $p = 0,805$), aşırı idrar yapma isteği ile birlikte idrar kaçırma ($\chi^2 = 4,911$; $p = 0,450$) ve “OAB-V8” formu toplam puanları ($t = 1,894$; $p = 0,061$) karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Tedavi sonrası dönemde girişim ve kontrol grubunda gündüz sık idrara çıkma puanları ($\chi^2 = 10,039$; $p = 0,055$) ve gece idrara çıkma ($\chi^2 = 6,876$; $p = 0,208$) ve gece idrar yapma ihtiyacı ile uyanma ($\chi^2 = 9,978$; $p = 0,066$) karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak

anlamli bir fark saptanmadı. Tedavi sonrası dönemde rahatsız edici bir idrar sıkışması ($\chi^2=16,169$; $p=0,005$), ani, beklenmedik bir idrar sıkışması ($\chi^2=11,930$; $p=0,036$), kazara az miktarda idrar kaçırma ($\chi^2=11,847$; $p=0,031$), kontrol edilemez bir idrar sıkışması ($\chi^2=23,556$; $p<0,001$), aşırı idrar yapma isteği ile birlikte idrar kaçırma ($\chi^2=24,902$; $p<0,001$) ve “OAB-V8” formu toplam puanı ($t= -4,914$; $p<0,001$) açısından her iki grup karşılaştırıldığında, girişim grubu puanlarının kontrol grubu puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde az olduğu bulundu. Ayrıca, girişim ve kontrol grubu arasında kadınların “OAB-V8” formu toplam puanında gözlenen değişimler bakımından da ($t= -6,955$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.



Tablo 6.2.9: AAM’li kadınların “King Sağlık Anketi” puan ortalamalarının, tedavi önce ve sonrasına göre dağılımı

Özellikler	Girişim Grubu	Kontrol Grubu	Test değeri		
	(n=50) $\bar{X} \pm SD$	(n=50) $\bar{X} \pm SD$	t	^a p	
1. Bölüm	Genel Sağlık Algılama				
	Tedavi öncesi	53,00±24,56	52,00±19,46	0,226	0,822
	Tedavi sonrası	31,00±17,17	38,50±19,70	-2,029	0,045*
	Değişim	-22,00±24,56	-13,50±22,71	-1,797	0,075
		t=6,335; ^dp<0,001**	t=4,204; ^dp<0,001**		
	İnkontinans Etkisi				
	Tedavi öncesi	78,66±27,57	72,66±27,51	1,089	0,279
	Tedavi sonrası	35,33±28,10	50,66±29,54	-2,659	0,009**
	Değişim	-43,33±27,97	-22,00±31,31	-3,593	0,001**
		t=10,955; ^dp<0,001**	t=4,969; ^dp<0,001**		
2. Bölüm	Rol Kısıtlamaları				
	Tedavi öncesi	65,00±33,71	50,00±38,24	2,080	0,040*
	Tedavi sonrası	24,00±26,12	31,00±28,97	-1,269	0,207
	Değişim	-41,00±29,20	-19,00±36,73	-3,315	0,001**
		t=9,928; ^dp<0,001**	t=3,658; ^dp<0,001**		
	Fiziksel Kısıtlamalar				
	Tedavi öncesi	69,66±33,28	49,66±38,02	2,799	0,006**
	Tedavi sonrası	24,33±26,56	29,33±29,46	-0,892	0,375
	Değişim	-45,33±28,97	-20,33±32,87	-4,035	0,001**
		t=11,064; ^dp<0,001**	t=4,374; ^dp<0,001**		
Sosyal Kısıtlamalar					
Tedavi öncesi	55,33±31,06	36,22±33,05	2,979	0,004**	
Tedavi sonrası	16,22±21,90	19,66±25,13	-0,731	0,467	
Değişim	-39,11±30,88	-16,55±27,91	-3,831	<0,001**	
	t=8,956; ^dp<0,001**	t=4,194; ^dp<0,001**			
Kişilerarası İlişkiler					
Tedavi öncesi	22,00±34,90	11,33±27,24	1,704	0,092	
Tedavi sonrası	5,33±16,65	7,33±21,34	-0,523	0,602	
Değişim	-16,67±30,30	-4,00±23,22	-2,346	0,021*	
	t=3,889; ^dp<0,001**	t=1,218; ^d p=0,229			
Duygular					
Tedavi öncesi	60,89±34,06	52,66±37,88	1,141	0,257	
Tedavi sonrası	15,11±22,97	29,55±30,08	-2,698	0,008**	
Değişim	-45,78±31,88	-23,11±34,03	-3,437	0,001**	
	t=10,155; ^dp<0,001**	t=4,802; ^dp<0,001**			
Uyku/Enerji					
Tedavi öncesi	49,66±34,75	40,33±36,59	1,308	0,194	
Tedavi sonrası	22,33±27,06	32,00±30,46	-1,677	0,097	
Değişim	-27,33±29,11	-8,33±30,91	-3,164	0,002**	
	t=6,639; ^dp<0,001**	t=1,907; ^d p=0,062			
Semptom Şiddeti					
Tedavi öncesi	67,33±27,94	65,26±29,57	0,359	0,720	
Tedavi sonrası	30,53±23,53	47,20±29,75	-3,107	0,002**	
Değişim	-36,80±25,67	-18,07±30,60	-3,317	0,001**	
	t=10,138; ^dp<0,001**	t=4,176; ^dp<0,001**			

Tablo 6.2.9: Devamı				
Özellikler	Girişim Grubu	Kontrol Grubu	Test değeri	
	(n=50) $\bar{X} \pm SD$	(n=50) $\bar{X} \pm SD$	t	^ap
KSA Toplam Puan				
Tedavi öncesi	523,55±172,66	431,95±203,90	2,424	0,017*
Tedavi sonrası	204,20±147,20	289,52±186,26	-2,541	0,013*
Değişim	-319,35±144,71	-142,43±183,44	-5,354	<0,001**
	t=15,605; ^dp<0,001**	t=5,490; ^dp<0,001**		
^a Bağımsız gruplar t testi	^d Bağımlı gruplar t testi	*p<0,05	**p<0,01	

Tablo 6.2.9’da; AAM’li kadınların “King Sağlık Anketi (KSA)” puan ortalamalarının, tedavi önce ve sonrasına göre dağılımı yer almaktadır.

Girişim grubundaki kadınların “KSA” ölçeği, genel sağlık algılama (**t=6,335; p<0,001**), inkontinans etkisi (**t=10,955; p<0,001**), rol kısıtlamaları (**t=9,928; p<0,001**), fiziksel kısıtlamalar (**t=11064; p<0,001**) ve sosyal kısıtlamalar (**t=8,956; p<0,001**) alt boyut puanında tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre gözlenen azalma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulundu. Benzer şekilde, girişim grubundaki kadınların “KSA” ölçeği, kişilerarası ilişkiler (**t=3,889; p<0,001**), duygular (**t=10,155; p<0,001**), uyku/enerji (**t=6,639; p<0,001**), semptom şiddeti (**t=10,138; p<0,001**) alt boyut ve KSA toplam (**t=15,605; p<0,001**) puanında tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre gözlenen azalma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde saptandı.

Kontrol grubundaki kadınların “KSA” ölçeğinde, genel sağlık algılama (**t=4,204; p<0,001**), inkontinans etkisi (**t=4,969; p<0,001**), rol kısıtlamaları (**t=3,658; p<0,001**), fiziksel kısıtlamalar (**t=4,374; p<0,001**), sosyal kısıtlamalar (**t=4,194; p<0,001**), duygular (**t=4,802; p<0,001**), semptom şiddeti (**t=4,176; p<0,001**) alt boyut ve KSA toplam (**t=5,490; p<0,001**) puanında tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre gözlenen azalma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulundu. Ancak kontrol grubundaki kadınların “KSA” ölçeği, kişilerarası ilişkiler (**t=1,218; p=0,229**) ve uyku/enerji (**t=1,907; p=0,062**) alt boyut puanında tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre gözlenen azalma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi.

Kadınların tedavi öncesi dönemde, girişim ve kontrol grubu arasında “KSA” ölçeği, genel sağlık algılama (**t=0,226; p=0,822**), inkontinans etkisi (**t=1,089; p=0,279**), kişilerarası ilişkiler (**t=1,704; p=0,092**), duygular (**t=1,141; p=0,257**),

uyku/enerji ($t=1,308$; $p=0,194$) ve semptom şiddeti ($t=0,359$; $p=0,720$) alt boyut puanları karşılaştırıldığında gözlenen azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Kadınların tedavi öncesi dönemde girişim ve kontrol grubu arasında “KSA” ölçeği, rol kısıtlamaları ($t=2,080$; $p=0,040$), fiziksel kısıtlamalar ($t=2,799$; $p=0,006$), sosyal kısıtlamalar ($t= 2,979$; $p=0,004$) alt boyut ve KSA toplam ($t=2,424$; $p=0,017$) puanında gözlenen azalma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde belirlendi ($p<0,05$).

Kadınların tedavi sonrası dönemde girişim ve kontrol grubu arasında “KSA” ölçeği, genel sağlık algılama ($t= -2,029$; $p=0,045$), inkontinans etkisi ($t= -2,659$; $p=0,009$), duygular ($t= -2,698$; $p=0,008$), semptom şiddeti ($t= -3,107$; $p=0,002$) alt boyut ve KSA toplam ($t= -2,541$; $p=0,013$) puanlarında gözlenen azalma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde saptandı ($p<0,05$). Kadınların tedavi sonrası dönemde girişim ve kontrol grubu arasında “KSA” ölçeği, rol kısıtlamaları ($t= -1,269$; $p=0,207$), fiziksel kısıtlamalar ($t= -0,892$; $p=0,375$), sosyal kısıtlamalar ($t= -0,731$; $p=0,467$), kişilerarası ilişkiler ($t= -0,523$; $p=0,602$) ve uyku/enerji ($t= -1,677$; $p=0,097$) alt boyut puanlarında gözlenen azalma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi ($p>0,05$).

Girişim grubu kadınların “KSA” ölçeği, genel sağlık algılama ($t= -1,797$; $p=0,075$) alt boyut puanında kontrol grubu kadınlara göre olan değişim karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Girişim grubu kadınların “KSA” ölçeğinde, inkontinans etkisi ($t= -3,593$; $p<0,001$), rol kısıtlamaları ($t= -3,315$; $p<0,001$), fiziksel kısıtlamalar ($t= -4,035$; $p<0,001$), sosyal kısıtlamalar ($t= -3,831$; $p<0,001$) ve kişilerarası ilişkiler ($t= -2,346$; $p=0,021$) alt boyut puanlarındaki kontrol grubuna kıyasla olan değişim istatistiksel olarak anlamlı düzeydeydi. Benzer şekilde, girişim grubu kadınların “KSA” ölçeğinde, duygular ($t= -3,437$; $p<0,001$), uyku/enerji ($t= -3,164$; $p=0,002$), semptom şiddeti ($t= -3,317$; $p<0,001$) alt boyut ve KSA toplam ($t= -5,354$; $p<0,001$) puanlarındaki kontrol grubuna kıyasla olan değişim de istatistiksel olarak anlamlı düzeydeydi.

Tablo 6.2.10: AAM’li kadınların “KSA Sağlık Anketi” mesane problemlerine ilişkin verilerin dağılımı

3. Bölüm Özellikler		Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Test değeri	
		n	%	n	%	χ^2	p
Frequency							
Tedavi öncesi	İhmal edilebilecek kadar az	2	4	5	10	8,319	^b0,039*
	Biraz	2	4	9	18		
	Orta	12	24	14	28		
	Çok	34	68	22	44		
Tedavi sonrası	İhmal edilebilecek kadar az	27	54	19	38	8,312	^c0,040*
	Biraz	17	34	14	28		
	Orta	4	8	6	12		
	Çok	2	4	11	22		
		z= -5,957; ^gp<0,001**		z= -4,366; ^gp<0,001**			
Noktüri							
Tedavi öncesi	İhmal edilebilecek kadar az	11	22	13	26	0,734	^c 0,865
	Biraz	9	18	11	22		
	Orta	15	30	14	28		
	Çok	15	30	12	24		
Tedavi sonrası	İhmal edilebilecek kadar az	28	56	21	42	7,993	^b0,043*
	Biraz	18	36	16	32		
	Orta	4	8	7	14		
	Çok	0	0	6	12		
		z= -5,039; ^gp<0,001**		z= -3,473; ^gp<0,001**			
Urgency							
Tedavi öncesi	İhmal edilebilecek kadar az	7	14	4	8	4,998	^c 0,172
	Biraz	3	6	10	20		
	Orta	13	26	10	20		
	Çok	27	54	26	52		
Tedavi sonrası	İhmal edilebilecek kadar az	23	46	9	18	10,785	^c0,013*
	Biraz	17	34	22	44		
	Orta	7	14	9	18		
	Çok	3	6	10	20		
		z= -5,281; ^gp<0,001**		z= -4,075; ^gp<0,001**			
Urge inkontinans							
Tedavi öncesi	İhmal edilebilecek kadar az	13	26	4	8	15,810	^b0,001**
	Biraz	1	2	8	16		
	Orta	17	34	8	16		
	Çok	19	38	30	60		
Tedavi sonrası	İhmal edilebilecek kadar az	26	52	11	22	12,378	^c0,006**
	Biraz	16	32	18	36		
	Orta	6	12	13	26		
	Çok	2	4	8	16		
		z= -4,864; ^gp<0,001**		z= -4,816; ^gp<0,001**			

Tablo 6.2.10: Devamı

3. Bölüm Özellikler		Girişim Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Test değeri	
		n	%	n	%	χ^2	p
Stres inkontinans							
Tedavi öncesi	İhmal edilebilecek kadar az	15	30	14	28	0,447	^c 0,930
	Biraz	5	10	5	10		
	Orta	12	24	10	20		
	Çok	18	36	21	42		
Tedavi sonrası	İhmal edilebilecek kadar az	27	54	25	50	2,188	^c 0,534
	Biraz	11	22	7	14		
	Orta	5	10	8	16		
	Çok	7	14	10	20		
		z= -4,187; ^gp<0,001**		z= -4,070; ^gp<0,001**			
Noktürnal enürezis							
Tedavi öncesi	İhmal edilebilecek kadar az	39	78	36	72	3,029	^b 0,401
	Biraz	3	6	8	16		
	Orta	4	8	4	8		
	Çok	4	8	2	4		
Tedavi sonrası	İhmal edilebilecek kadar az	48	96	44	88	3,000	^b 0,357
	Biraz	0	0	2	4		
	Orta	2	4	3	6		
	Çok	0	0	1	2		
		z= -2,836; ^gp=0,005**		z= -1,625; ^gp=0,104			
İlişkide inkontinans							
Tedavi öncesi	İhmal edilebilecek kadar az	41	82	44	88	4,736	^b 0,191
	Biraz	2	4	4	8		
	Orta	4	8	0	0		
	Çok	3	6	2	4		
Tedavi sonrası	İhmal edilebilecek kadar az	45	90	47	94	2,106	^b 0,517
	Biraz	4	8	1	2		
	Orta	0	0	0	0		
	Çok	1	2	2	4		
		z= -2,264; ^gp=0,024*		z= -1,732; ^gp=0,083			
Sık sık idrar yolu enfeksiyonu							
Tedavi öncesi	İhmal edilebilecek kadar az	40	80	38	76	3,040	^b 0,430
	Biraz	6	12	4	8		
	Orta	3	6	3	6		
	Çok	1	2	5	10		
Tedavi sonrası	İhmal edilebilecek kadar az	50	100	44	88	5,551	^b 0,027*
	Biraz	0	0	2	4		
	Orta	0	0	3	6		
	Çok	0	0	1	2		
		z= -2,877; ^gp=0,004**		z= -2,157; ^gp=0,031*			

Tablo 6.2.10: Devamı							
3. Bölüm Özellikler		Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Test değeri	
		(n=50)		(n=50)		χ^2	p
		n	%	n	%		
İdrar torbasında ağrı							
Tedavi öncesi	İhmal edilebilecek kadar az	37	74	40	80	2,352	^b 0,535
	Biraz	3	6	5	10		
	Orta	5	10	2	4		
	Çok	5	10	3	6		
Tedavi sonrası	İhmal edilebilecek kadar az	42	84	43	86	0,610	^b 0,999
	Biraz	4	8	4	8		
	Orta	2	4	2	4		
	Çok	2	4	1	2		
		z= -2,565; ^gp=0,010*		z= -1,354; ^gp=0,176			
İdrar yapmada zorluk							
Tedavi öncesi	İhmal edilebilecek kadar az	46	92	48	96	1,794	^b 0,554
	Biraz	2	4	2	4		
	Orta	2	4	0	0		
	Çok	0	0	0	0		
Tedavi sonrası	İhmal edilebilecek kadar az	50	100	48	96	1,910	^b 0,495
	Biraz	0	0	1	2		
	Orta	0	0	1	2		
	Çok	0	0	0	0		
		z= -1,857; ^gp=0,063		z= -0,447; ^gp=0,655			
^b Fisher's exact test		^c Pearson ki-kare test		^g Wilcoxon signed ranks test			
*p<0,05		**p<0,01					

Tablo 6.2.10'da; AAM'li kadınların "KSA" mesane problemlerine ilişkin verilerin dağılımı yer almaktadır.

Girişim grubundaki kadınlarda tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre, frequency (sık idrar yapma) (**z=-5,957; p<0,001**), noctüri (gece idrar yapma) (**z= -5,039; p<0,001**), urgency (ani sıkışma hissi) (**z= -5,281; p<0,001**) ve urge inkontinans (acil idrar kaçırma) (**z= -4,864; p<0,001**) şikâyetindeki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı. Benzer şekilde, girişim grubundaki kadınlarda tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre, stres inkontinans (**z= -4,187; p<0,001**), noktürnal enürezis (gece yatağı ıslatma) (**z= -2,836; p=0,005**), ilişkide inkontinans (**z= -2,264; p=0,024**), sık sık idrar yolu enfeksiyonu (**z= -2,877; p=0,004**) ve idrar torbasında ağrı (**z= -2,565; p=0,010**) şikâyetindeki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulundu. Sadece girişim grubundaki kadınlarda tedavi öncesi ile sonrası dönemde idrar yapmada zorluk (**z= -1,857; p=0,063**) şikâyetinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (**p>0,05**).

Kontrol grubundaki kadınlarda tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre, frequency ($z= -4,366$; $p<0,001$), noctüri ($z= -3,473$; $p<0,001$), urgency ($z= -4,075$; $p<0,001$), urge inkontinans ($z= -4,816$; $p<0,001$), stres inkontinans ($z= -4,070$; $p<0,001$) ve sık sık idrar yolu enfeksiyonu ($z= -2,157$; $p=0,031$) şikâyetlerindeki azalmada istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu. Kontrol grubundaki kadınlarda, tedavi öncesi ile sonrası dönemde noktürnal enürezis ($z= -1,625$; $p=0,104$), ilişkide inkontinans ($z= -1,732$; $p=0,083$), idrar torbasında ağrı ($z= -1,354$; $p=0,176$) ve idrar yapmada zorluk ($z= -0,447$; $p=0,655$) şikâyet puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Kadınların tedavi öncesi dönemde girişim grubunda, frequency ($\chi^2=8,319$; $p=0,039$) şikâyet puan ortalamasının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha çok olduğu saptandı ($p<0,05$). Kadınların tedavi öncesi dönemde kontrol grubunda, urge inkontinans ($\chi^2=15,810$; $p<0,001$) şikâyet puan ortalamasının girişim grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha çok olduğu saptandı. Kadınların tedavi öncesi dönemde, noctüri ($\chi^2=0,734$; $p=0,865$), urgency ($\chi^2=4,998$; $p=0,172$), stres inkontinans ($\chi^2=0,447$; $p=0,930$) ve noktürnal enürezis ($\chi^2=3,029$; $p=0,401$) şikâyet puanlarında girişim ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Benzer şekilde, kadınların tedavi öncesi dönemde, ilişkide inkontinans ($\chi^2=4,736$; $p=0,191$), sık sık idrar yolu enfeksiyonu ($\chi^2=3,040$; $p=0,430$), idrar torbasında ağrı ($\chi^2=2,352$; $p=0,535$) ve idrar yapmada zorluk ($\chi^2=1,794$; $p=0,554$) şikâyet puanlarında girişim ile kontrol grubu arasında da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Kadınların tedavi sonrası dönemde girişim grubunda, frequency ($\chi^2=8,312$; $p=0,039$), noctüri ($\chi^2=7,993$; $p=0,043$), urgency ($\chi^2=10,785$; $p=0,013$), urge inkontinans ($\chi^2=12,378$; $p=0,006$), sık sık idrar yolu enfeksiyonu ($\chi^2=5,551$; $p=0,027$) şikâyeti puan ortalamalarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az olduğu saptandı ($p<0,05$). Kadınların tedavi sonrası dönemde, stres inkontinans ($\chi^2=2,188$; $p=0,534$), noktürnal enürezis ($\chi^2=3,000$; $p=0,357$), ilişkide inkontinans ($\chi^2=2,106$; $p=0,517$), idrar torbasında ağrı ($\chi^2=0,610$; $p=0,999$), idrar yapmada zorluk ($\chi^2=1,910$; $p=0,495$) şikâyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında, girişim ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 6.2.11: Girişim ve Kontrol grubunda yer alan AAM’li kadınların “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin verilerin dağılımı

Özellikler	Girişim Grubu	Kontrol Grubu	Test değeri	
	(n=50) $\bar{X} \pm SD$	(n=50) $\bar{X} \pm SD$	t	^a p
Kişilerarası ilişkiler				
Tedavi öncesi	29,26±4,78	28,78±4,85	0,498	0,619
Tedavi sonrası	31,94±4,23	29,30±4,51	3,019	0,003**
Değişim	2,68±2,30	0,52±2,14	4,863	0,001**
	t= -8,245; ^dp=0,001**	t= -1,718; ^dp=0,092		
Beslenme				
Tedavi öncesi	25,18±4,02	25,08±5,44	0,105	0,917
Tedavi sonrası	30,58±3,50	27,30±4,67	3,974	0,001**
Değişim	5,40±3,12	2,22±3,13	5,095	0,001**
	t= -12,251; ^dp=0,001**	t= -5,023; ^dp=0,001**		
Sağlık sorumluluğu				
Tedavi öncesi	24,18±44,9	23,7±4,90	0,511	0,611
Tedavi sonrası	27,90±3,41	24,24±5,09	4,224	0,001**
Değişim	3,72±3,10	0,54±2,96	5,239	0,001**
	t= -8,475; ^dp=0,001**	t= -1,288; ^dp=0,204		
Fiziksel aktivite				
Tedavi öncesi	14,86±4,78	14,16±3,80	0,811	0,420
Tedavi sonrası	19,16±5,62	15,20±4,38	3,929	0,001**
Değişim	4,30±3,73	1,04±2,58	5,086	0,001**
	t= -8,159; ^dp=0,001**	t= -2,851; ^dp=0,006**		
Stres yönetimi				
Tedavi öncesi	19,24±4,35	18,96±4,04	0,333	0,740
Tedavi sonrası	23,84±4,49	20,08±4,09	4,376	0,001**
Değişim	4,60±3,16	1,12±2,51	6,100	0,001**
	t= -10,307; ^dp=0,001**	t= -3,152; ^dp=0,003**		
Manevi gelişim				
Tedavi öncesi	28,10±4,32	27,16±5,27	0,975	0,332
Tedavi sonrası	32,2±3,56	27,82±5,46	4,754	0,001**
Değişim	4,10±3,39	0,66±1,99	6,186	0,001**
	t= -8,542; ^dp=0,001**	t= -2,35; ^dp=0,023*		
SYBD Toplam				
Tedavi öncesi	140,82±18,60	137,84±21,23	0,747	0,457
Tedavi sonrası	165,62±18,37	143,94±21,18	5,467	0,001**
Değişim	24,80±11,98	6,10±8,11	9,139	0,001**
	t= -14,638; ^dp=0,001**	t= -5,316; ^dp=0,001**		

^aBağımsız gruplar t testi

^dBağımlı gruplar t testi

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 6.2.11’de; girişim ve kontrol grubunda yer alan AAM’li kadınların “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD)” toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin verilerin dağılımı yer almaktadır.

Girişim grubundaki kadınların “SYBD” ölçeği puanları incelendiğinde, kişilerarası ilişkiler ($t= -8,245$; $p=0,001$), beslenme ($t= -12,251$; $p=0,001$), sağlık sorumluluğu ($t= -8,475$; $p=0,001$), fiziksel aktivite ($t= -8,159$; $p=0,001$), stres yönetimi ($t= -10,307$; $p=0,001$), manevi gelişim ($t= -8,542$; $p=0,001$) alt boyut ve toplam puanında ($t= -14,638$, $p=0,001$) tedavi sonrası dönemde, tedavi öncesine göre gözlenen artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,01$).

Kontrol grubunda kadınların “SYBD” ölçeği puanları değerlendirildiğinde, kişilerarası ilişkiler ($t= -1,718$; $p=0,092$) ve sağlık sorumluluğu ($t= -1,288$; $p=0,204$) alt boyut puanlarında, tedavi öncesine göre tedavi sonrasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi. Kontrol grubunda kadınların “SYBD” ölçeğinde, beslenme ($t= -5,023$; $p=0,001$), fiziksel aktivite ($t= -2,851$; $p=0,006$), stres yönetimi ($t= -3,152$; $p=0,003$), manevi gelişim ($t= -2,35$; $p=0,023$) alt boyut ve toplam ($t= -5,316$; $p=0,001$) puanlarında tedavi öncesine göre tedavi sonrasında görülen artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

Tedavi öncesi dönemde girişim ve kontrol grubu “SYBD” ölçeği alt boyut ve toplam puanları (kişilerarası ilişkiler ($t=0,498$; $p=0,619$), beslenme ($t=0,105$; $p=0,917$), sağlık sorumluluğu ($t=0,511$; $p=0,611$), fiziksel aktivite ($t=0,811$; $p=0,420$) stres yönetimi ($t=0,333$; $p=0,740$), manevi gelişim ($t= 0,975$; $p=0,332$) ve toplam ($t=0,747$; $p=0,457$)) karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Kadınların tedavi sonrası dönemde “SYBD” ölçeği, kişilerarası ($t=3,019$; $p<0,003$), beslenme ($t=3,974$; $p<0,001$), sağlık sorumluluğu ($t=4,224$; $p<0,001$), fiziksel aktivite ($t=3,929$; $p<0,001$), stres yönetimi ($t=4,376$; $p<0,001$), manevi gelişim ($t=4,754$; $p<0,001$) alt boyut ve toplam ($t=5,467$; $p<0,001$) puanları kıyaslandığında, girişim grubu puanlarında kontrol grubu puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış olduğu bulundu ($p<0,01$).

Girişim grubu kadınların “SYBD” ölçeği, kişilerarası ilişkiler (**t=4,863; p<0,001**), beslenme (**t=5,095; p<0,001**), sağlık sorumluluğu (**t=5,239; p<0,001**) fiziksel aktivite (**t=5,086; p<0,001**), stres yönetimi (**t=6,100; p<0,001**), manevi gelişim (**t=6,186; p<0,001**) alt boyut ve toplam (**t=9,139; p<0,001**) puanlarındaki artış düzeyi, kontrol grubu kadınların puanlarında olan artışa oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlendi ($p<0,01$).



Tablo 6.2.12: Girişim ve kontrol grubunda olan AAM’li kadınların “Kısa Semptom Envanteri” alt boyut puanlarının tedavi önce ve sonrasına göre dağılımı

Özellikler	Girişim Grubu	Kontrol Grubu	Test Değeri	
	(n=50) $\bar{X} \pm SD$	(n=50) $\bar{X} \pm SD$	t	^a p
Anksiyete Bozukluğu				
Tedavi öncesi	8,46±6,55	6,92±4,72	1,350	0,181
Tedavi sonrası	4,68±4,76	6,34±5,02	-1,696	0,093
Değişim	-3,78±3,75	-0,58±2,95	-4,744	<0,001**
	t=7,130; ^dp<0,001**	t=1,391; ^d p=0,171		
Somatizasyon				
Tedavi öncesi	9,90±6,59	9,42±5,42	0,398	0,692
Tedavi sonrası	6,14±5,20	8,52±5,40	-2,245	0,027*
Değişim	-3,76±4,09	-0,90±2,09	-4,403	<0,001**
	t=6,503; ^dp<0,001**	t=3,042; ^dp=0,004**		
Psikotizm				
Tedavi öncesi	4,48±4,91	3,52±2,86	1,195	0,236
Tedavi sonrası	2,18±2,35	3,04±3,07	-1,572	0,119
Değişim	-2,30±3,50	-0,48±2,11	-3,148	0,002**
	t=4,646; ^dp<0,001**	t=1,607; ^d p=0,114		
Paranoid Düşünceler				
Tedavi öncesi	7,88±5,00	7,22±4,63	0,685	0,495
Tedavi sonrası	4,08±4,13	6,70±5,02	-2,850	0,005**
Değişim	-3,80±3,13	-0,52±3,33	-5,072	0,001**
	t=8,585; ^dp<0,001**	t=1,103; ^d p=0,275		
Obsesif –Kompulsif Bozukluk				
Tedavi öncesi	10,82±6,09	8,44±4,71	2,185	0,031*
Tedavi sonrası	7,02±4,58	8,90±5,14	-1,932	0,056
Değişim	-3,80±4,73	0,46±3,04	-5,362	<0,001**
	t=5,687; ^dp<0,001**	t= -1,070; ^d p=0,290		
Hostilite 20				
Tedavi öncesi	5,74±4,91	4,20±4,10	1,702	0,092
Tedavi sonrası	3,48±4,04	4,02±4,04	-0,668	0,505
Değişim	-2,26±3,13	-0,18±2,93	-3,434	0,001**
	t=5,108; p<0,001	t=0,435; ^d p=0,665		
Fobik Anksiyete 20				
Tedavi öncesi	2,98±3,14	2,48±2,53	0,877	0,382
Tedavi sonrası	1,56±2,11	1,84±2,12	-0,661	0,510
Değişim	-1,42±2,26	-0,64±1,79	-1,912	0,059
	t=4,444; ^dp<0,001**	t=2,524; ^dp=0,015*		
Depresyon 24				
Tedavi öncesi	7,44±5,88	5,96±5,22	1,331	0,186
Tedavi sonrası	3,98±3,90	5,58±4,94	-1,798	0,075
Değişim	-3,46±4,40	-0,38±2,89	-4,137	<0,001**
	t=5,561; ^dp<0,001**	t=0,929; ^d p=0,357		

Tablo 6.2.12: Devamı

Özellikler	Girişim Grubu (n=50)	Kontrol Grubu (n=50)	Test Değeri	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	t	^a p
Kişilerarası Duyarlılık 16				
Tedavi öncesi	7,00±4,42	6,54±3,44	0,581	0,562
Tedavi sonrası	4,42±3,95	5,64±3,55	-1,625	0,107
Değişim	-2,58±2,79	-0,90±2,62	-3,106	0,002**
	t=6,549; ^dp<0,001**	t=2,428; ^dp=0,019*		
Ek Maddeler 16				
Tedavi öncesi	5,26±4,04	4,42±3,16	1,159	0,249
Tedavi sonrası	2,86±3,37	3,80±2,80	-1,516	0,133
Değişim	-2,40±2,49	-0,62±1,78	-4,109	<0,001**
	t=6,813; ^dp<0,001**	t=2,459; ^dp=0,018*		
KSE Toplam Puan				
Tedavi öncesi	69,96±41,09	59,12±30,24	1,502	0,136
Tedavi sonrası	40,40±29,87	54,38±31,41	-2,281	0,025*
Değişim	-29,56±23,18	-4,74±14,14	-6,463	<0,001**
	t=9,016; ^dp<0,001**	t=2,37; ^dp=0,022*		
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi				
Tedavi öncesi	1,32±0,78	1,12±0,57	1,502	0,136
Tedavi sonrası	0,76±0,56	1,03±0,59	-2,281	0,025*
Değişim	-0,56±0,44	-0,09±0,27	-6,463	<0,001**
	t=9,016; ^dp<0,001**	t=2,37; ^dp=0,022*		
Belirti Toplamı İndeksi				
Tedavi öncesi	27,36±10,70	25,90±8,76	0,747	0,457
Tedavi sonrası	21,04±10,63	24,56±9,80	-1,721	0,088
Değişim	-6,32±5,96	-1,34±5,34	-4,402	<0,001**
	t=7,497; ^dp<0,001**	t=1,776; ^dp=0,082		
Semptom Rahatsızlık İndeksi				
Tedavi öncesi	2,44±0,69	2,17±0,55	2,105	0,038*
Tedavi sonrası	1,82±0,58	2,10±0,59	-2,376	0,019*
Değişim	-0,62±0,38	-0,08±0,30	-7,911	<0,001**
	t=11,594; ^dp<0,001**	t=1,87; ^dp=0,067		

^aBağımsız gruplar t testi^dBağımlı gruplar t testi

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 6.2.12’de; girişim ve kontrol grubunda olan AAM’li kadınların “Kısa Semptom Envanteri (KSE)” alt boyut puanlarının tedavi önce ve sonrasına göre dağılımı görülmektedir.

Girişim grubundaki kadınların “KSE” ölçeği, anksiyete bozukluğu (**t=7,130; p<0,001**), somatizasyon (**t=6,503; p<0,001**), psikotizm (**t=4,646; p<0,001**), paranoid düşünceler (**t=8,585; p<0,001**), obsesif-kompulsif bozukluk (**t=5,687; p<0,001**) ve hostilite (**t=5,108; p<0,001**) puanında, tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre gözlenen azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı. Girişim grubundaki kadınların “KSE” ölçeği, fobik anksiyete (**t=4,444; p<0,001**), depresyon

($t=5,561$; $p<0,001$), kişilerarası duyarlılık ($t=6,549$; $p<0,001$), ek maddeler ($t=6,813$; $p<0,001$) alt boyut ve KSE toplam ($t=9,016$; $p<0,001$) puanında da, tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre gözlenen azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı. Benzer şekilde, girişim grubundaki kadınların “KSE” ölçeğinde, rahatsızlık ciddiyeti indeksi ($t=9,016$; $p<0,001$), belirti toplamı indeksi ($t=7,497$; $p<0,001$) ve semptom rahatsızlık indeksi ($t=11,594$; $p<0,001$) puanında tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre gözlenen azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Kontrol grubunda kadınların “KSE” ölçeği, anksiyete bozukluğu ($t=1,391$; $p=0,171$), psikotizm ($t=1,607$; $p=0,114$), paranoid düşünceler ($t=1,103$; $p=0,275$), obsesif-kompulsif bozukluk ($t= -1,070$; $p=0,290$), hostilite ($t=0,435$; $p=0,665$) ve depresyon ($t=0,929$; $p=0,357$) alt boyut puanında tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre gözlenen azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Kontrol grubunda kadınların “KSE” ölçeğinde, somatizasyon ($t=3,042$; $p=0,004$), fobik anksiyete ($t=2,524$; $p=0,015$), kişilerarası duyarlılık ($t=2,428$, $p=0,019$), ek maddeler ($t=2,459$; $p=0,018$) alt boyut ve KSE toplam ($t=2,37$; $p=0,022$) puanında olan azalmanın tedavi öncesine göre tedavi sonrasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulundu ($p<0,01$). Ayrıca kontrol grubunda kadınların “KSE” ölçeğinde, rahatsızlık ciddiyeti indeksi ($t=2,37$; $p=0,022$) puanında tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre gözlenen azalmada istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı ($p<0,05$). Kontrol grubunda kadınların “KSE” ölçeğinde, belirti toplamı indeksi ($t=1,776$; $p=0,082$) ve semptom rahatsızlık indeksi ($t=1,87$; $p=0,067$) puanında tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre gözlenen azalmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Kadınların tedavi öncesi dönemde girişim ve kontrol grubu arasındaki “KSE” ölçeğinde, anksiyete bozukluğu ($t=1,350$; $p= 0,181$), somatizasyon ($t=0,398$; $p=0,692$), psikotizm ($t=1,195$; $p=0,236$), paranoid düşünceler ($t=0,685$; $p=0,495$) ve hostilite ($t=1,702$; $p=0,092$) alt boyut puanında gözlenen azalmada istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Benzer şekilde, kadınların tedavi öncesi dönemde girişim ve kontrol grubu arasındaki “KSE” ölçeğinde, fobik anksiyete ($t=0,877$; $p=0,382$), depresyon ($t=1,331$; $p=0,186$), kişilerarası duyarlılık ($t=0,581$; $p=0,562$), ek

maddeler ($t=1,159$; $p=0,249$) alt boyut ve KSE toplam ($t=1,502$; $p=0,136$) puanında gözlenen azalmada istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Kadınların tedavi öncesi dönemde girişim ve kontrol grubu arasındaki “KSE” ölçeği obsesif-kompulsif bozukluk ($t=2,185$; $p=0,031$) alt boyut puanla karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Girişim grubu kadınların tedavi öncesi obsesif-kompulsif bozukluk alt boyut puanı daha yüksek idi. Kadınların tedavi öncesi dönemde girişim ve kontrol grubu arasındaki “KSE” ölçeği, rahatsızlık ciddiyeti indeksi ($t=1,502$; $p=0,136$), belirti toplamı indeksi ($t=0,747$; $p=0,457$) puanları kıyaslandığında, istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Kadınların tedavi öncesi dönemde ve kontrol grubu arasında “KSE” ölçeği, semptom rahatsızlık indeksi ($t=2,105$; $p=0,038$) puanı ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulundu ($p<0,05$). Girişim grubu kadınların tedavi öncesi semptom rahatsızlık indeksi alt puanı daha fazla idi.

Kadınların tedavi sonrası dönemde girişim ve kontrol grubu arasında, “KSE” ölçeği, anksiyete bozukluğu ($t= -1,696$; $p=0,093$), psikotizm ($t= -1,572$; $p=0,119$), obsesif-kompulsif bozukluk ($t= -1,932$; $p=0,056$), hostilite ($t= -0,668$; $p=0,505$), fobik anksiyete ($t= -0,661$; $p=0,510$), depresyon ($t= -1,798$; $p=0,075$), kişilerarası duyarlılık ($t= -1,625$; $p=0,107$) ve ek maddeler ($t= -1,516$; $p=0,133$) alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Kadınların tedavi sonrası dönemde girişim ve kontrol grubu arasında “KSE” ölçeği, somatizasyon ($t= -2,245$; $p=0,027$), paranoid düşünceler ($t= -2,850$; $p=0,005$) alt boyut ve KSE toplamı ($t= -2,281$; $p=0,025$) puanları açısından ise istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,01$). Ayrıca kadınların tedavi sonrası dönemde girişim ve kontrol grubu arasında “KSE” ölçeği, rahatsızlık ciddiyeti indeksi ($t=-2,281$; $p=0,025$) ve semptom rahatsızlık indeksi ($t= -2,376$; $p= 0,019$) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Kadınların tedavi sonrası dönemde girişim ve kontrol grubu arasında “KSE” ölçeği, belirti toplamı indeksi ($t= -1,721$; $p=0,088$) puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Girişim grubu kadınların “KSE” ölçeğinde, anksiyete bozukluğu ($t= -4,744$; $p<0,001$), somatizasyon ($t=4,403$; $p<0,001$), psikotizm ($t= -3,148$; $p=0,002$), paranoid düşünceler ($t= -5,072$; $p<0,001$), obsesif-kompulsif bozukluk ($t= -5,362$; $p=0,001$),

hostilite ($t= -3,434$; $p=0,001$), depresyon ($t= -4,137$; $p<0,001$), kişilerarası duyarlılık ($t= -3,106$; $p=0,002$), ek maddeler ($t= -4,109$; $p<0,001$) alt boyut ve KSE toplamı ($t= -6,463$; $p<0,001$) puanındaki azalma, kontrol grubu kadınların puanları ile kıyaslandığında, istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,01$). Girişim grubundaki değişim puanları daha fazlaydı. Girişim grubu kadınların “KSE” ölçeği, fobik anksiyete ($t= -1,912$; $p=0,059$) alt boyut puanındaki azalma, kontrol grubu kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi ($p>0,05$). Girişim grubu kadınların “KSE” ölçeği, rahatsızlık ciddiyeti indeksi ($t= -6,463$; $p<0,001$), belirti toplamı indeksi ($t= -4,402$; $p<0,001$) ve semptom rahatsızlık indeksi ($t= -7,911$; $p<0,001$) alt boyut puanlarındaki azalma kontrol grubu kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı.

6.3. GİRİŞİM GRUBU AAM'LI KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE ÖLÇEKLERİN TOPLAM PUANINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde girişim grubundaki kadınların bazı tanıtıcı özelliklerine göre tedavi öncesi ve sonrası ölçeklerin toplam puanları; hem tedavi öncesi hem de tedavi sonrası tanıtıcı özelliklere göre ölçek toplam puanlarında karşılaştırmalar ve tedavi sonrası değişim durumuna ilişkin özellikler tablolar halinde verildi.

Kadınların eğitim düzeyi, BKİ, doğum sayısı, menopoz süresi, kronik hastalık ve idrar kaçırma süresine göre “Aşırı Aktif Mesane Değerlendirme Formu (OAB-V8)”, “King Sağlık Anketi (KSA)”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD)” ve “Kısa Semptom Envanteri (KSE)” ölçekleri toplam puanlarına ilişkin veriler tablolar halinde sunuldu.

AAM'li kadınların, eğitim düzeyi ortaokul ve altı, lise ve üstü şeklinde 2 gruba ayrıldı. BKİ ise 29,99 kg/m² ve altı ve 30 km/m² ve üzeri şeklinde gruplandırıldı. Doğum sayısı 2 ve altı, 3 ve üzeri şeklinde, menopoz süresi 4 yıl ve altı, 5 yıl ve üzeri, idrar kaçırma süresi ise 5 yıl ve altı, 6 yıl ve üzeri olmak üzere gruplandırıldı. Kronik hastalık varlığı açısından iki grup oluşturuldu.

Tablo 6.3.1: Girişim grubu AAM’li kadınların bazı özelliklerine göre OAB-V8 ölçeği toplam puana ilişkin dağılımı

OAB-V8 ölçeği toplam	$\bar{X} \pm SD$ (medyan)		Test Değeri	
			z	^e p
Eğitim düzeyi				
	Ortaokul ve altı (n=35)		Lise ve üstü (n=15)	
Tedavi öncesi	36,26±4,75 (38)	28,93±9,27 (31)	-2,693	0,007**
Tedavi sonrası	9,63±6,32 (8)	6,07±4,62 (6)	-1,719	0,086
Değişim	-26,63±6,24 (-27)	-22,87±7,71 (-22)	-1,728	0,084
	z= -5,162; ^gp<0,001**		z= -3,409; ^gp<0,001**	
Tedavi öncesi BKİ				
	≤29,99 kg/m² (n=21)		≥30 kg/m² (n=29)	
Tedavi öncesi	32,43±7,63 (35)	35,24±6,74 (38)	-1,500	0,134
Tedavi sonrası	9,86±7,47 (8)	7,62±4,69 (7)	-0,887	0,375
Değişim	-22,57±6,21 (-22)	-27,62±6,6 (-29)	-2,746	0,006**
	z= -4,017; ^gp<0,001**		z= -4,706; ^gp<0,001**	
Doğum sayısı				
	≤2 doğum (n=26)		≥3 doğum (n=24)	
Tedavi öncesi	32±8,45 (35)	36,29±4,74 (38)	-1,867	0,062
Tedavi sonrası	7,38±5,62 (6,5)	9,83±6,35 (8,5)	-1,431	0,152
Değişim	-24,62±7,16 (-25)	-26,46±6,53 (-29)	-0,992	0,321
	z= -4,459; ^gp<0,001**		z= -4,29; ^gp<0,001**	
Menopoz süresi				
	≤4 yıl (n=33)		≥5 yıl (n=17)	
Tedavi öncesi	32,82±7,85 (36)	36,47±5,06 (38)	-1,386	0,166
Tedavi sonrası	7,91±5,91 (7)	9,82±6,29 (8)	-1,088	0,277
Değişim	-24,91±7,38 (-24)	-26,65±5,73 (-28)	-1,056	0,291
	z= -5,016; ^gp<0,001**		z= -3,625; ^gp<0,001**	
Kronik hastalık				
	Yok (n=23)		Var (n=27)	
Tedavi öncesi	33,26±7,17 (35)	34,74±7,27 (38)	-0,911	0,362
Tedavi sonrası	8,52±6,76 (7)	8,59±5,5 (8)	-0,117	0,907
Değişim	-24,74±6,44 (-24)	-26,15±7,25 (-28)	-0,770	0,441
	z= -4,198; ^gp<0,001**		z= -4,543; ^gp<0,001**	
İdrar kaçırma süresi				
	≤5 yıl (n=21)		≥6 yıl (n=29)	
Tedavi öncesi	34,76±6,5 (38)	33,55±7,73 (36)	-0,470	0,638
Tedavi sonrası	8±4,84 (8)	8,97±6,85 (7)	-0,177	0,859
Değişim	-26,76±6,62 (-27)	-24,59±6,99 (-23)	-1,083	0,279
	z= -4,017; ^gp<0,001**		z= -4,706; ^gp<0,001**	

^eMann Whitney U test

^gWilcoxon signed ranks test

**p<0,01

Tablo 6.3.1’de; girişim grubu AAM’li kadınların bazı özelliklerine göre OAB-V8 ölçeği toplam puana ilişkin dağılımı yer almaktadır. Yapılan gruplandırmalar göz önüne alınarak, OAB-V8 ölçeği toplam puanları tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerlendirildiğinde eğitim düzeyi, BKİ, doğum sayısı, menopoz süresi, idrar kaçırma süresi ve kronik hastalık durumu açısından her grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu saptandı.

Tablo 6.3.2: Girişim grubu AAM'li kadınların bazı özelliklerine göre KSA ölçeği toplam puana ilişkin dağılımı

KSA ölçeği toplam	$\bar{X} \pm SD$ (medyan)	$\bar{X} \pm SD$ (medyan)	Test Değeri	
			z	p
Eğitim düzeyi				
	Ortaokul ve altı (n=35)	Lise ve üstü (n=15)		
Tedavi öncesi	536,58±180,43 (581,66)	493,14±154,48 (518,88)	-0,868	0,385
Tedavi sonrası	217,38±154,45 (213,88)	173,44±128,29 (146,11)	-0,815	0,415
Değişim	-319,21±151,05 (-319,44)	-319,7±133,74 (-314,44)	-0,138	0,891
	z= -5,159; [§]p<0,001**	z= -3,408; [§]p<0,001**		
Tedavi öncesi BKİ				
	<29,99 kg/m² (n=21)	≥30 kg/m² (n=29)		
Tedavi öncesi	508,91±190,21 (561,11)	534,15±161,4 (563,33)	-0,501	0,616
Tedavi sonrası	226,5±173,77 (199,44)	188,04±125,33 (176,66)	-0,570	0,569
Değişim	-282,41±126,58 (-331,67)	-346,11±153,09 (-310)	-0,875	0,382
	z= -4,015; [§]p<0,001**	z= -4,703; [§]p<0,001**		
Doğum sayısı				
	≤2 doğum (n=26)	≥3 doğum (n=24)		
Tedavi öncesi	530,64±168,38 (546,39)	515,87±180,49 (572,5)	-0,175	0,861
Tedavi sonrası	196,64±155,14 (167,22)	212,38±140,94 (193,33)	-0,418	0,676
Değişim	-334±148,09 (-324,73)	-303,49±142,39 (-292,22)	-0,718	0,472
	z= -4,457; [§]p<0,001**	z= -4,286; [§]p<0,001**		
Menopoz süresi				
	≤4 yıl (n=33)	≥5 yıl (n=17)		
Tedavi öncesi	503,16±165,31 (518,88)	563,13±184,71 (581,66)	-1,219	0,223
Tedavi sonrası	201,26±158,59 (157,22)	209,9±126,52 (213,88)	-0,471	0,638
Değişim	-301,9±130,74 (-296,11)	-353,23±167,63 (-345,56)	-1,075	0,282
	z= -5,012; [§]p<0,001**	z= -3,621; [§]p<0,001**		
Kronik hastalık				
	Yok (n=23)	Var (n=27)		
Tedavi öncesi	524,25±197,72 (561,11)	522,96±152 (563,33)	-0,068	0,946
Tedavi sonrası	219,01±166,28 (189,44)	191,58±130,69 (178,33)	-0,380	0,704
Değişim	-305,24±146,52 (-314,44)	-331,38±144,83 (-319,44)	-0,419	0,676
	z= -4,197; [§]p<0,001**	z= -4,541; [§]p<0,001**		
İdrar kaçırma süresi				
	≤5 yıl (n=21)	≥6 yıl (n=29)		
Tedavi öncesi	516,64±185,43 (518,88)	528,56±165,98 (581,66)	-0,334	0,738
Tedavi sonrası	213,57±150,91 (157,22)	197,41±146,76 (189,44)	-0,315	0,753
Değişim	-303,07±153,58 (-296,11)	-331,15±139,49 (-321,67)	-0,501	0,616
	z= -4,015; [§]p<0,001**	z= -4,703; [§]p<0,001**		

[°]Mann Whitney U test

[§]Wilcoxon signed ranks test

**p<0,01

Tablo 6.3.2'de; benzer şekilde KSA ölçeği toplam puan ve eğitim düzeyi, BKİ, doğum sayısı, menopoz süresi, idrar kaçırma süresi ve kronik hastalık durumu karşılaştırmaları yer almaktadır. Eğitim düzeyi, BKİ, doğum sayısı, menopoz süresi, idrar kaçırma süresi ve kronik hastalık durumu açısından her grupta KSA ölçeği toplam puan ortalamalarında, tedavi sonrasında tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu saptandı.

Tablo 6.3.3: Girişim grubu AAM’li kadınların bazı özelliklerine göre SYBD ölçeği toplam puana ilişkin dağılımı

SYBD ölçeği toplam	$\bar{X} \pm SD$ (medyan)		Test Değeri	
			z	p
Eğitim düzeyi				
	Ortaokul ve altı (n=35)		Lise ve üstü (n=15)	
Tedavi öncesi	137,46±17,88 (135)	148,67±18,44 (145)	-1,769	0,077
Tedavi sonrası	163,43±18,26 (167)	170,73±18,2 (170)	-1,123	0,262
Değişim	25,97±13 (22)	22,07±8,96 (21)	-0,795	0,427
	z= -5,161; ^ap<0,001**		z= -3,41; ^ap<0,001**	
Tedavi öncesi BKİ				
	<30 kg/m2 (n=21)		≥30 kg/m2 (n=29)	
Tedavi öncesi	141,81±21,29 (145)	140,1±16,74 (140)	-0,275	0,783
Tedavi sonrası	164,33±20,05 (163)	166,55±17,35 (170)	-0,364	0,716
Değişim	22,52±8,4 (21)	26,45±13,93 (22)	-0,630	0,529
	z= -4,016; ^ap<0,001**		z= -4,704; ^ap<0,001**	
Doğum sayısı				
	≤2 doğum (n=26)		≥3 doğum (n=24)	
Tedavi öncesi	144,58±21,28 (145)	136,75±14,54 (136,5)	-1,350	0,177
Tedavi sonrası	166,88±19,79 (167)	164,25±17,01 (167,5)	-0,476	0,634
Değişim	22,31±8,73 (21)	27,5±14,43 (24)	-1,205	0,228
	z= -4,46; ^ap<0,001**		z= -4,287; ^ap<0,001**	
Menopoz süresi				
	≤4 yıl (n=33)		≥5 yıl (n=17)	
Tedavi öncesi	141,42±18,06 (143)	139,65±20,12 (138)	-0,389	0,697
Tedavi sonrası	170,12±15,97 (170)	156,88±20 (153)	-2,254	0,024*
Değişim	28,7±12,74 (27)	17,24±4,75 (18)	-3,158	0,002**
	z= -5,013; ^ap<0,001**		z= -3,625; ^ap<0,001**	
Kronik hastalık				
	Yok (n=23)		Var (n=27)	
Tedavi öncesi	142,74±19,29 (143)	139,19±18,19 (140)	-0,594	0,553
Tedavi sonrası	167,83±17,37 (167)	163,74±19,3 (167)	-0,740	0,459
Değişim	25,09±13,8 (21)	24,56±10,45 (22)	-0,468	0,640
	z= -4,2; ^ap<0,001**		z= -4,542; ^ap<0,001**	
İdrar kaçırma süresi				
	≤5 yıl (n=21)		≥6 yıl (n=29)	
Tedavi öncesi	138,67±16,68 (138)	142,38±20,01 (144)	-0,482	0,630
Tedavi sonrası	165,86±18,7 (167)	165,45±18,45 (167)	-0,187	0,852
Değişim	27,19±13,65 (24)	23,07±10,52 (21)	-1,033	0,302
	z= -4,015; ^ap<0,001**		z= -4,705; ^ap<0,001**	

^aMann Whitney U test

^bWilcoxon signed ranks test

**p<0,01

Tablo 6.3.3’de; SYBD ölçeği toplam puanları ile eğitim düzeyi, BKİ, doğum sayısı, menopoz süresi, idrar kaçırma süresi ve kronik hastalık, karşılaştırmaları görülmektedir. Eğitim düzeyi, BKİ, doğum sayısı, menopoz süresi, idrar kaçırma süresi ve kronik hastalık durumu açısından her grupta SYBD ölçeği toplam puan ortalamalarında, tedavi sonrasında tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu saptandı.

Tablo 6.3.4: Girişim grubu AAM'li kadınların bazı özelliklerine göre KSE ölçeği toplam puana ilişkin dağılımı

KSE ölçeği toplam	$\bar{X} \pm SD$ (medyan)	$\bar{X} \pm SD$ (medyan)	Test Değeri z ^e p	
Eğitim düzeyi				
	Ortaokul ve altı (n=35)	Lise ve üstü (n=15)		
Tedavi öncesi	80,11±43,33 (76)	46,27±22,18 (43)	-2,858	0,004**
Tedavi sonrası	43,97±32,79 (35)	32,07±20,12 (30)	-1,006	0,314
Değişim	-36,14±23,85 (-32)	-14,2±11,78 (-12)	-3,378	0,001**
	z= -5,111; ^gp<0,001**	z= -3,182; ^gp<0,001**		
Tedavi öncesi BKİ				
	<30 kg/m2 (n=21)	≥30 kg/m2 (n=29)		
Tedavi öncesi	63,24±34,67 (60)	74,83±45,15 (71)	-0,914	0,361
Tedavi sonrası	37,33±24,43 (29)	42,62±33,51 (31)	-0,295	0,768
Değişim	-25,9±18,79 (-25)	-32,21±25,91 (-30)	-0,688	0,491
	z= -3,946; ^gp<0,001**	z= -4,617; ^gp<0,001**		
Doğum sayısı				
	≤2 doğum (n=26)	≥3 doğum (n=24)		
Tedavi öncesi	52,88±32,72 (49,5)	88,46±41,8 (81,5)	-3,428	0,001**
Tedavi sonrası	31,92±22,49 (29)	49,58±34,37 (41,5)	-1,884	0,060
Değişim	-20,96±17,23 (-17,5)	-38,88±25,46 (-35)	-2,748	0,006**
	z= -4,306; ^gp<0,001**	z= -4,243; ^gp<0,001**		
Menopoz süresi				
	≤4 yıl (n=33)	≥5 yıl (n=17)		
Tedavi öncesi	71,15±40,48 (69)	67,65±43,43 (60)	-0,481	0,630
Tedavi sonrası	40,12±28,02 (31)	40,94±34,08 (26)	-0,215	0,830
Değişim	-31,03±23,73 (-26)	-26,71±22,51 (-18)	-0,676	0,499
	z= -4,977; ^gp<0,001**	z= -3,48; ^gp<0,001**		
Kronik hastalık				
	Yok (n=23)	Var (n=27)		
Tedavi öncesi	68,13±41,09 (60)	71,52±41,81 (71)	-0,574	0,566
Tedavi sonrası	39,78±27,64 (29)	40,93±32,16 (31)	-0,204	0,838
Değişim	-28,35±23,53 (-25)	-30,59±23,28 (-26)	-0,389	0,697
	z= -4,076; ^gp<0,001**	z= -4,518; ^gp<0,001**		
İdrar kaçırma süresi				
	≤5 yıl (n=21)	≥6 yıl (n=29)		
Tedavi öncesi	81,24±50,22 (75)	61,79±31,46 (65)	-1,258	0,208
Tedavi sonrası	51,52±39,42 (47)	32,34±17,07 (30)	-1,445	0,148
Değişim	-29,71±24,65 (-25)	-29,45±22,51 (-26)	-0,029	0,976
	z= -3,824; ^gp<0,001**	z= -4,682; ^gp<0,001**		

^eMann Whitney U test

^gWilcoxon signed ranks test

**p<0,01

Tablo 6.3.4'de; KSE ölçeği toplam puanları ile eğitim düzeyi, BKİ, doğum sayısı, menopoz süresi, idrar kaçırma süresi ve kronik hastalık, karşılaştırmaları görülmektedir. Eğitim düzeyi, BKİ, doğum sayısı, menopoz süresi, idrar kaçırma süresi ve kronik hastalık durumu açısından her grupta KSE ölçeği toplam puan

ortalamalarında, tedavi sonrasında tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu saptandı.

Tablo 6.3.5: Girişim grubu AAM’li kadınların OAB-V8, KSA, SYBD ve KSE ölçeği toplam puanlarının ilişki dağılımı

Ölçekler	Tedavi öncesi		Tedavi sonrası	
	r	p	r	p
OAB-V8 -KSA	0,325	0,021*	0,525	<0,001**
OAB-V8 - SYBD	-0,184	0,201	-0,404	0,004**
OAB-V8 – KSE	0,272	0,056	0,155	0,283
KSA - SYBD	-0,156	0,280	-0,278	0,049*
KSA - KSE	0,293	0,039*	0,393	0,005**
SYBD - KSE	-0,299	0,035*	-0,255	0,074

r= Pearson korelasyon katsayısı

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 6.3.5’de girişim grubu AAM’li kadınların OAB-V8, KSA, SYBD ve KSE ölçeği toplam puanları aralarındaki ilişki dağılımı yer almaktadır.

Tedavi öncesi kadınların OAB-V8 ile KSA ölçeği toplam puanları arasında zayıf düzeyde (**r=0,325; p=0,021**) ve KSA ile KSE toplam puanları arasında zayıf düzeyde (**r=0,293; p=0,039**) **pozitif yönde** istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptandı. Ancak, tedavi öncesi kadınların SYBD ile KSE ölçeği toplam puanları arasında zayıf düzeyde (**r= -0,299; p=0,035**) **negatif yönde** istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlendi. Tedavi öncesi kadınların OAB-V8 ile SYBD ve KSE ve KSA ile SYBD ölçeği toplam puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Tedavi sonrası kadınların OAB-V8 ile KSA ölçeği toplam puanları arasında orta düzeyde (**r=0,525; p<0,001**) ve KSA ile KSE ölçeği toplam puanları arasında zayıf düzeyde (**r=0,393; p=0,005**) **pozitif yönde** istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptandı. Ancak, tedavi sonrası kadınların OAB-V8 ile SYBD ölçeği toplam puanları arasında zayıf düzeyde (**r= -0,404; p=0,004**) ve KSA ile SYBD ölçeği toplam puanları arasında zayıf düzeyde (**r= -0,278; p=0,049**) **negatif yönde** istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulundu. Tedavi sonrası kadınların OAB-V8 ile KSE ve SYBD ile KSE toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Tedavi öncesi KSE toplam puanı artarken SYBD toplam puanları azalıyordu. Tedavi sonrası SYBD toplam puanı azalırken OAB-V8 ölçeği toplam puan artmaktaydı.

7. TARTIŞMA

Aşırı Aktif Mesaneli kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranış eğitiminin tedavi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular 3 bölümde ele alınarak tartışılmıştır.

7.1. AAM'li Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

7.2. AAM'Lİ Kadınların Tedavi Öncesi ve Sonrası Tanıtıcı ve Üriner Şikâyetlerine Yönelik Bulguların Tartışılması

7.3. Girişim Grubu AAM'li Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Ölçeklerin Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

7.1. AAM'li Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

AAM dünyada milyonlarca insanı etkileyen yaygın bir durumdur. Acil idrar kaçırmayla ilişkili olan AAM, yaşla birlikte artmakla birlikte çoğunlukla da kadınlarda yaygındır. Bu kronik durum nedeniyle yaşam kalitesi önemli düzeyde bozularak bireylerin günlük yaşamı çeşitli düzeylerde ciddi olarak etkilenebilmektedir (Alhasso et al., 2009; Chancellor et al., 2008). Çalışmamıza alınan Aşırı Aktif Mesaneli (AAM) kadınların yaş ortalamaları girişim grubunda 50,54±9,93, kontrol grubunda ise 52,32±10,13 olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulundu (Tablo 6.1.1).

Danforth et al. (2006) orta yaş kadınlarda idrar kaçırmaya risk faktörlerini belirlemek için yaptıkları çalışmada, 50-54 yaşta olan kadınlarda 40 yaş altında olanlara göre şiddetli idrar kaçırmaya oranının yaklaşık iki kat fazla olduğu saptanmıştır. Shamliyan et al. (2007) yaptıkları çalışmada, urge üriner inkontinans (UÜİ-acil idrar kaçırmaya), prevelansının genç kadınlarda %5; 45-64 yaş kadınlarda %10; 65 yaş ve üzeri kadınlarda %12 olduğu ve yaşla giderek artmış olduğu bulunmuştur (Refshauge and Kalisch, 2013).

Çalışmamızda, her iki grupta kadınların çoğunun eğitimi, ortaokul düzeyi ve altında olduğu, ev hanımı olduğu, sosyal güvencelerinin SGK olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulundu (Tablo 6.1.1). Ayrıca, her iki grupta da kadınların %86'sının evli olduğu, çoğunlukla çekirdek aile tipine sahip olduğu, ekonomik durumlarını kötü ve orta olarak belirttikleri, gruplar arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) saptandı (Tablo 6.1.2).

Doğum yapmış olan kadınlarda UÜİ nulliparlara göre daha sık görülmekte, ancak doğum sayısı ile artmamaktadır (Çetin, 2010; Yalçın, 2000). Çalışmamızda, girişim grubundaki kadınların doğum sayılarının $2,74\pm 1,75$ olduğu, kontrol grubundaki kadınların ise doğum sayılarının $3,40\pm 1,77$ olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$).

Ülkemizde toplam doğurganlık hızının (TDH) kadın başına, TNSA 2013'e göre 2,26; TÜİK Doğum İstatistikleri, 2015'e göre ise, 2,14 olduğu göz önüne alındığında, araştırma kapsamında yer alan kadınların doğum sayılarının fazla olduğu görüldü. Çankaya (2008)'nin, AAM'li kadınların üriner günlüklerini incelemek ve üriner şikâyeti olmayanlarla aralarındaki üriner alışkanlık farklarını belirlemek için yaptığı çalışmada (AAM grubu ($n=150$); kontrol grubu ($n=150$)) AAM grubunda gebelik ortalaması $4,71\pm 1,24$, doğum ortalaması $3,76\pm 1,07$ olarak bizim çalışmamıza göre yüksek olduğu görülmektedir.

Buldu (2010)'nun AAM şikayeti olan hastaların demografik ve ürodinamik özelliklerini saptamak amacıyla yaptığı çalışmada idrar kaçıran kadınların doğum sayıları 2,45 olarak bildirilmiş ve çalışma grubu kadınlardan daha düşük olduğu görülmektedir. İstanbul'da ikamet edenlerin çoğunluğunun doğu bölgelerimizden (TNSA 2013-Doğuda TDH 3,41) ve kırsal alandan (TNSA 2013-Kırsalda TDH 2,73) göçle gelmesi ve eğitim düzeylerinin düşük olması (TNSA 2013-TDH, ilkokul 2,75; eğitimi yok/ilk. bitirmemiş 3,76) nedeni ile grubun doğum sayısının Türkiye ortalamasından daha fazla olduğu düşünüldü.

Xu et al. (2015) Çin'de, kadın hastalarda (girişim grubu ($n=54$); kontrol grubu ($n=53$)) 3 ay tolterodin ile 6 ay PTKE kombine uygulanması sonucu AAM belirtilerinde ve yaşam kalitesinde iyileşme olup olmadığını belirlemek amacıyla yürüttükleri

çalışmada kadınlarda, vajinal doğum yapanlar girişim grubunda %76,9, kontrol grubunda %80 olduğu ve çalışma grubumuzdaki vajinal doğum yapan kadınlarla (vajinal doğum; girişim grubunda %80, kontrol grubunda %86) benzer şekilde olduğu görülmektedir (Tablo 6.1.3).

Doğum eyleminin ikinci evresinde başın çıkışı sırasında gerilen vulvar açıklık yırtılabileceğinden epizyotomi yapılarak vajinal açıklık genişletilebilir (Taşkın, 2011). Epizyotomi uygulaması, çalışmaya alınan kadınların girişim grubunda %62, kontrol grubunda %44 bulundu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.1.3). Bilgili ve ark. (2008)'nin Konya'da, yaşlılarda Üİ prevalansı ve doğurganlıkla ilgili risk faktörlerini saptamak için 543 kadınla yaptıkları çalışmada kadınların %12,2'ne epizyotomi uygulamasının olduğu bulunmuş ve çalışma grubu kadınlarımıza göre daha düşük olduğu görülmüştür. Yağmur and Ulukoca (2010)'nin Malatya'da, hastanede çalışan hemşirelerin Üİ nedeniyle yaşam kalitesi ve profesyonel yardım alıp almadıklarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada katılımcıların %74,8'ine epizyotomi uygulanmış olduğu saptanmıştır. Sonucun çalışma grubumuzdaki kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Kadınlarda, gebelik, vaginal doğum, doğumun ikinci evresinin uzaması, travmatik doğum, iri bebek ve multigravida, postpartum dönemi üriner inkontinans riskini artırmaktadır (Ege ve ark, 2007; Güler, 2006). Çalışmamızda, 4000 gr üzeri bebek doğuranların oranı girişim grubunda %18 kontrol grubunda %24 olarak belirlendi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.1.3). Çalışma grubu kadınlarımızla benzer şekilde, Yağmur and Ulukoca (2010)'nin yaptıkları çalışmada kadınların %22,3'ü iri bebek doğurduğu ifade edilmektedir. Ahmed et al. (2013) Irak'ta, 1107 Üİ'li kadınların özelliklerini, prevalansını, inkontinans tipini, risk faktörlerini belirlemek için yaptıkları çalışmada, 4 kg üzerinde doğum yapan kadınların oranını %70,5 olarak saptanmıştır. Bu oranın, çalışma grubumuzdakilere göre yüksek olması %96'sının 45 yaş ve üzerinde olması ve %61,3'ünün beş ve üzerinde doğum yapmış olması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Menopozdaki kadınlarda atrofik vajinitin, AAM ve inkontinans semptomlarına yol açabileceği için değerlendirilmesi önerilmektedir (Gormley et al., 2014). Girişim grubunun %54'ünün menopoz döneminde olduğu ve kadınların ortalama $4,84\pm 6,85$

yıldır menopozda oldukları, kontrol grubunun ise %68'inin menopoz döneminde olduğu ve ortalama menopoz sürelerinin $10,07 \pm 9,79$ yıl olduğu görüldü (Tablo 6.1.3). Çankaya (2008)'nin çalışmasında ise kadınların %46,7'si menopozda olup, menopoz süresi 10 yıldan az olanlar %71,4; 10 yıl ve fazla olanlar %28,6 olduğu bulunmuştur. Özdemir (2009) 20 yaş ve üzeri kadınlarda Üİ prevalansı, yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, çalışma grubu kadınlara benzer şekilde üriner inkontinans olanların (n=138) %52,90'nının menopozda olduğu bulunmuştur.

Ertem (2009) kadın doğum birimlerine başvuran üriner inkontinanslı kadınların başa çıkma yollarını belirlemek için yaptığı çalışmada (n=163), çalışma grubu kadınlarından daha düşük olarak %40,5'inin menopozda olduğunu belirlemiştir. Ahmed et al. (2013) yaptıkları çalışmada Üİ'li kadınların %69,2'sinin menopozda olduğunun belirlenmesi bizim çalışma grubu kadınlarla benzerlik göstermektedir. Literatürde, menopoz AAM için risk faktörü olarak bildirilmemesine rağmen çalışmamızdaki menopozda olan kadınlarda daha fazla görüldüğü bulundu.

Diabetes Mellitus, insipidus, hiperkalsemi, ödem, konjestif kalp yetmezliği, fazla sıvı alımı, volüm yüklemesi ile renal klirens artmakta, sık idrara çıkma, sıkışıklık ve UÜİ ortaya çıkmaktadır (Yalçın, 2000). Depresyonda olan kadınlarda inkontinans riski anlamlı olarak iki kat daha fazla olduğu (Çapan, 2016), kronik öksürük ise mesane içi basıncı artışı ile Üİ'nin ortaya çıkmasına neden olduğu belirtilmiştir (Akgün, 2009). Normal kan şekeri düzeyi olan kadınlara göre Tip 2 diyabeti olanlarda Üİ %50-200 daha fazla görüldüğünü bildiren araştırma vardır (Refshauge and Kalisch, 2013). Çalışma grubumuzda, kadınların yarısından fazlası kronik hastalığı olduğu (girişim grubu %54; kontrol grubu %68), daha az oranda kronik öksürüklerinin olduğu (girişim grubu %12; kontrol grubu %22) ve kadınların yarısının devamlı olarak bir ilaç kullandığı (girişim grubu %50; kontrol grubu %58) saptandı (Tablo 6.1.4). Ayrıca, girişim grubu kadınların %14'ü diyabet %10'unun hipertansiyon, kontrol grubunun %28'i diyabet, %12'si hipertansiyon sorunu vardı (Tablo 6.2.6). Kuliyeva'nın (2007) kadınlarda hormon tedavisi ile antimuskarinik ilaçların üriner inkontinans üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla 124 kadınla yaptığı çalışmada, çalışmamızdaki kontrol

grubu kadınlara benzer şekilde Üİ'lı kadınların %22,6'sında kronik öksürük olduğu bulunmuştur.

Çankaya (2008) çalışmasında, kadınların %54,7'sinin çalışmamızla benzer şekilde kronik hastalığı olduğunu, %61,9 hipertansiyon, %9,8'i diyabet olduğunu belirtmiştir. Çetin (2010)'in Edirne'de 20 yaş üzeri popülasyonda Üİ prevalansı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada (n=1810; kadın n=901), kronik hastalığı bulunan kadınlarda idrar kaçırma sıklığı (%40,5) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Ahmed et al. (2013) yaptıkları çalışmada Üİ olanlarında, diyabeti olanlar %83,2, kronik öksürüğü olanlar %82,4 oranında bulunmuştur. Çalışma grubumuzda, diyabet ve hipertansiyon oranının bazı çalışmalardan daha düşük olması, çalışmada kadınların nörolojik hastalık ve diyabet nedeniyle nörolojik nöropati olması durumunda çalışma kapsamına dâhil edilmemesi nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, girişim grubundaki kadınlardan iki hastaya daha diyabet tanısı konuldu ve kan basıncı yüksek olan kadınların oranının istatistiksel olarak anlamlı şekilde %10'dan %2'ye indiği görüldü tedavi öncesinde, kronik hastalığın üriner inkontinansa etkisi ve tedavinin düzenlenmesi ile ilgili verdiğimiz eğitimin bu durum üzerinde etkili olduğu düşüncesindeyiz (p=0,046).

Jinekolojik ve pelvik operasyonlar pelvik taban kaslarında ve sinirlerde zedelenme ve skarlara neden olabilir (Akgün, 2009). Çalışma grubu kadınlarımızın jinekolojik operasyon geçirme durumuna (TAH+BSO, kolporafi anterior, endometrial polip) bakıldığında girişim grubunda %10, kontrol grubunda %16 olduğu bulundu (Tablo 6.1.4). Danforth et al., (2006) yaptıkları çalışmada, histerektomi operasyonu geçiren kadınların idrar kaçırmasında belirgin bir artış olduğu bulunmuştur. Kuliyeva'nın (2007) yaptığı çalışmada ise, kadınların 23,4'ü histerektomi operasyonu geçirmiş ve %18,6'sı Üİ'nin geçirilmiş jinekolojik operasyonlarla beraber başladığı belirtilmiştir. İnkontinans operasyonu geçiren kadınlar çalışmamızın dışlanma kriterleri doğrultusunda çalışmaya alınmadıkları için bizim oranlarımızın daha düşük olduğu söylenebilir.

İdrar yolu enfeksiyonu (İYE), dünya çapındaki kadınlar arasında en yaygın görülen ve nüks oranı yüksek olan enfeksiyon hastalığıdır (Lukacz, 2011). Kronik veya subakut enfeksiyonlar, urgency, frequency ve UÜİ'a neden olabilir (Yalçın, 2000). Çalışmamızda sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme girişim grubunda %32, kontrol grubunda %40 oranında olduğu ve gruplar arasında yılda enfeksiyon geçirme sayısında fark olmadığı bulundu ($p=0,534$; $p>0,05$) (Tablo 6.1.4). Kuliyeva'nın (2007) yaptığı çalışmada, Üİ'lı kadınlarda son bir yıl içinde İYE var olanların oranı %38,7 olarak çalışma grubumuzla benzerlik göstermektedir. Çetin (2010)'in yaptığı çalışmada tekrarlayan İYE öyküsü bulunan grupta idrar kaçırma sıklığı (%77,2) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Kadınlarda çekinme, utanma, Üİ'ı yaşlılığın doğal bir sonucu olarak algılama ve Üİ'a tıbbi tedavinin iyi sonuç vermediği ön yargısı nedeniyle tedaviye başlama süresi uzayabilmektedir (Kuliyeva, 2007). Çalışmamızda idrar kaçırma süresi ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olarak girişim grubunda $8,96\pm 7,79$, kontrol grubunda $5,96\pm 7,05$ yıl olmasına ($z= -3,094$; $p=0,002$) rağmen, her iki grupta da kadınlarımızın sadece %24'üne ilaç tedavisi uygulandığı bulundu (Tablo 6.1.4). Özdemir (2009)'in yaptığı çalışmada kadınların %58,34'ü 2-5 yıldır; %21,21'i çalışmamıza benzer şekilde 6-10 yıldır idrar kaçırmakta olduğu ve ortalama idrar kaçırma süreleri ise çalışmamızdaki kadınlardan daha az şekilde 3,8 yıl olduğu bulunmuştur. Xu et al. (2015) yaptıkları çalışmada ise 5-10 yıl arasında AAM şikâyeti olanlar %63 (girişim grubu)-%80 (kontrol grubu) olduğu bildirilmiştir. Kadınlar bu şikâyetleri nedeniyle tedavi arayışına geç olarak başlamaktadırlar.

Çalışmamıza alınan kadınların her iki grupta da urgency %90 oranında, sırayla girişim-kontrol grubuna, urge inkontinans %88-%94, sık idrar yapma %66-%46 (istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı ($\chi^2=4,058$; $p=0,044$)) ve gece idrar yapma %20-%14 olarak tanı konulduğu görüldü (Tablo 6.1.5).

İlaç tedavisi, günümüzde AAM tedavisinde en çok kullanılan yöntemdir. İlaç tedavisinin amacı normal işemeyi bozmadan, diğer organları etkilemeden AAM semptomları olan idrar sıkışma ataklarını ve inkontinans epizotlarını azaltmak, mesane kapasitesini ve işeme hacmini artırmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir. AAM'nin ilaç tedavileri içerisinde en önemli ajanlar antimuskariniklerdir (Beytur ve Yalçınkaya 2010;

Tarcan, 2008). Araştırmamızın tasarımında ilaç tedavisi uygulanacak kadınların çalışmaya alınması nedeniyle girişim grubuna, solifenasin (%40), fesoteradin (%36), tolterodine (%20), trospiyum CL (%4); kontrol grubuna ise tolterodine (%34), solifenasin (%32), fesoteradin (%24), trospiyum CL (%10) ilacı verildiği ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 6.1.6).

AAM'li bireylerin çoğuna antimuskarinik tedavi ile kombine davranışsal girişimler uygulanmaktadır. İşeme alışkanlığını değiştirme, sıkışıklık hissinin kontrolü ve idrar kaçırma ataklarının sayısını azaltmak için uygulanan davranışsal programlara mesane ve pelvik taban kas eğitimleri eklenmesi sonucu tedavide başarı oranı artar ve hasta memnuniyetine önemli bir katkı sağlar (Chancellor et al., 2008; Klutke et al., 2009; Lukacz et al., 2011). İlaç tedavisine ek olarak davranışsal tedavi başlanan kadınlar, araştırma tasarımı doğrultusunda sadece girişim grubuna alındı. Girişim grubuna alınan kadınlara mesane eğitimi ve PTK %98, FES %24, Biyofeedback ve diyet %22, EMS %14, Nöromodülasyon-TENS %4 oranında uygulandı (Tablo 6.1.6).

Song et al. (2006) Kore'de, AAM'li kadınlarda birinci basamak tedavi olarak mesane eğitimi ve/veya tolterodinin etkisini karşılaştırmak amacıyla, mesane eğitimi, tolterodin ve mesane eğitimi-tolterodin tedavisi uygulanan 3 grupta çalışma (n=139 kadın) yürütmüşlerdir. Bu çalışmada bütün tedavi gruplarında sık idrar yapma şikayetinde (mesane eğitimi grubu=%25,9; tolterodin grubu=%30,2; mesane eğitimi-tolterodin grubu=%33,5) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Gece idrar yapma ortalamaları da (mesane eğitimi grubu=%56,1; tolterodin grubu=%65,4; mesane eğitimi-tolterodin grubu=%66,3) bütün tedavi gruplarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Urgency puanında da gruplara göre (mesane eğitimi grubu=%44,8; tolterodin grubu=%60,2; mesane eğitimi-tolterodin=%66,3) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). 12. haftada her üç grupta memnuniyet ve iyileşme mesane eğitimi grubu=%53,9; tolterodin grubu=%63,0; mesane eğitimi-tolterodin grubu=%71,0 oranında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir.

7.2. AAM'LI Kadınların Tedavi Öncesi ve Sonrası Tanıtıcı ve Üriner Şikâyetlerine Yönelik Bulguların Tartışılması

Kilo, üriner inkontinans için bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır ve her beş birimlik BKİ artışının günlük idrar kaçırma riskini %60-%100 arasında artırdığı belirtilmektedir (Subak et al., 2005). Danforth et al. (2006) çalışmasında, BKİ 22-24 kg/m² arasında olanlara göre BKİ 30 kg/m² ve üzerinde olan kadınlarda, ara sıra idrar kaçıranların oranı yaklaşık iki kat fazla, şiddetli idrar kaçıranların oranı ise üç kat fazla olduğu bulunmuştur. Amerikan Üroloji Derneği (AUA/SUFU) rehberinde, kilolu kadınların, 6 aylık kilo verme davranış girişimi sonucunda %8'lik bir ağırlık kaybı rapor edilmiş, tüm tiplerde idrar kaçırma sayısında haftada %47 azalma (kontrol grubunda %28 oranında) ve sıkışarak idrar kaçırma epizotlarında %42 azalma (kontrol grubunda %26 oranında) olduğu rapor edilmiştir (Gormley et al., 2014). Çalışmamızda kadınların tedavi öncesi (TÖ)-sonrası (TS) dönemde kilo ortalaması, girişim grubunda 76,23±15,22'den (BKİ 31,37±5,81) 74,77±14,62'ye (BKİ 30,65±5,42) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı (p<0,01) ancak kontrol grubunda 78,93±16,15 (BKİ 32,6±6,2)'den 78,89±16,03'e (BKİ 32,58±6,07) olan azalmada istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı (p>0,05) bulundu (Tablo 6.2.1). Çalışma grubumuzda, girişim grubu kadınlarına verilen eğitim, diyetisyen desteği ve takiplerde yapılan uyarıların kilo vermede etkili olduğu görülmektedir.

Cardozo et al. (2014), ABD'de genel popülasyondan çalışmaya alınan kadınlarda AAM semptomlarını belirlemek için prospektif ve gözlemsel olarak yaptıkları çalışmada (n=100; UUİ/AAM grup-53; UUİ/AAM olmayan kontrol grup-47) UUİ/AAM olduğu belirlenen kadınlarda çalışma grubumuzdaki kadınlara benzer şekilde BKİ 31,1 kg/m² olarak bulunmuştur.

Üriner inkontinans sorunu olan kadınlarda barsak fonksiyonlarının düzenlenmesi gerekmektedir. Defekasyonda güçlük ve konstipasyon sürekli gerginlik oluşturarak intraabdominal basınç ve mesane üzerine basıncın artışına neden olduğundan mesane boşalmasını zorlayabilir, önlenemeyen mesane kontraksiyonlarının sayısını artırabilir, Üİ ve AAM'ye neden olabilir (Christofi and Hextall, 2007; Çankaya 2008; Saleh et al., 2014). Haftada 3'ten az defekasyon olması veya birey açısından defekasyon sırasında zorlanma mevcut ise konstipasyon olarak tanımlanır (Wyman et al., 2009). Sarıcı

(2009) Üİ için Femi Scan evde egzersiz tedavisinin ürodinami parametrelerinde yaptığı kısa dönem değişikliklerin incelenmesi amacıyla yaptığı çalışmada (n=30), Üİ'lı kadınların kabızlık sorunu olanların oranını %53,3 bulmuştur.

Çetin (2010)'in çalışmasında konstipasyon öyküsü bulunan grupta idrar kaçırma sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ahmed et al. (2013) yaptıkları çalışmada Üİ olanların %72,4'de konstipasyon sorunu olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda, kadınlarda konstipasyon sorunu belirlenmemiştir. Çalışma grubumuzda kadınların tedavi önce-sonrası girişim grubunda haftalık defekasyon sayısı ortalaması $5,58 \pm 1,99$ iken istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artarak, $6,30 \pm 2,01$ olduğu, kontrol grubunda ise ortalama $5,72 \pm 1,81$ 'den, $6,14 \pm 1,98$ 'e yükseldiği ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 6.2.1). İlaç tedavisi olarak başlanan antimuskarinik ilaçların yan etkilerinden birinin konstipasyon (Beytur ve Yalçınkaya 2010) olmasına rağmen girişim grubumuzun anlamlı olarak haftalık defekasyon sayısında artış olduğu bulundu.

Yapılan çalışmalarda sigara içme, idrar kaçırmanın tüm tiplerinin ortaya çıkmasında önemli rolü olduğu bildirilmektedir (Çapan, 2016; Çetin, 2010). Sigara özellikle günde 20'den fazla içiliyorsa Üİ'ı şiddetlendirdiği düşünülmektedir (Lucas et al., 2015). Danforth et al., (2006) yaptığı çalışmada, hem önceki hem de halen sigara içenlerde sıklık ve şiddetli inkontinans oranıyla pozitif ilişki olduğu, halen sigara içenler arasında ise biraz daha güçlü ilişki olduğu belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda Üİ'ı olanların sigara içme oranları, Aydemir (2007) %19; Çankaya (2008) %62,7; Özdemir (2009) %23,18; Yağmur and Ulukoca (2010) %38,8; Demirci ve ark. (2012) %22 olarak bildirilmiş, araştırmamızdaki AAM'li kadınlara kıyasla yüksek oranda sigara içtikleri görülmüştür. Çalışmamızdaki girişim grubu kadınlarının tedavi öncesi %18'i sigara kullanmaya devam ettiğini belirtirken, tedavi sonrası %12'si sigara içmeye devam ettiğini belirtti ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu. Kontrol grubu kadınlarımızın ise %16'sının halen sigara içtiği ve tedavi sonrası aynı şekilde devam ettiği bulundu (Tablo 6.2.2).

Bazı yiyecek ve içecekler mesaneyi uyarır, urgency şikâyetini, diürezisi artırır. Karbonatlı içecekler, suni tatlandırıcılar, kafein içeren kahve, çay, soda, alkollü içecek, turunçgiller ve içecekleri, acı biber kadınlardaki belirtileri şiddetlendirebilir (Başgöl,

2016; Demirci ve Coşar, 2009; Lukacz, 2011). Kadınların tedavi öncesi, asitli meyve alımının (portakal, greyfurt, limon, ananas) her iki grupta da yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (girişim grubu %82; kontrol grubu %86). Ancak tedavi sonrası dönemde girişim grubunda asitli meyve alımı (%60) istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha az alındığı bulundu (Tablo 6.2.2). Tedavi sonrası dönemde girişim grubunun kontrol grubuna göre asitli meyve alımındaki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı bulunması verilen eğitim doğrultusunda davranış değişikliğinin olduğunu göstermektedir.

Ürojinekolojik sorunu olan kadınların beden imajları düşük ve utanma hissi olması, fiziksel ve cinsel yönden kendilerini feminen hissetmemeleri, koku endişesi, ped/bez kullanma, idrar kaçırma korkusu, koitusda idrar kaçırma, eşin olumsuz tepkileri ve çekiciliğinin azaldığını düşünme kadınların cinsel yaşamını olumsuz etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda Üİ'ı olan kadınların %11-77'si koitusda idrar kaçırmaktadır. (Bilgiç ve ark., 2012; Tarcan, 2008). Çalışmamıza katılan kadınların idrar sorununa ilişkin olarak, mesanede ağrı hissetme, tuvalete yetişmekte acele etme, tuvalete yetişmeden idrar kaçırma, idrar kaçırma sıklığı, nedensiz idrar kaçırma ve cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma durumlarında girişim grubunda, tedavi sonrası dönemde, öncesine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu bulundu. Ayrıca tuvalete yetişmekte acele etme, tuvalete yetişmeden idrar kaçırma, nedensiz idrar kaçırma durumlarında, tedavi sonrasında girişim grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu görüldü (Tablo 6.2.3). Bu durum üzerine, davranış değişikliği ve tedavinin önemi ile ilgili girişim grubuna yapılan eğitim ve takipler sırasında yapılan uyarıların etkili olduğu düşünülmektedir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Eğitimi'nin Aşırı Aktif Mesanesi olan kadınların sıkışarak idrara gitmenin azalmasına etkisi vardır hipotezinin doğrulandığı görülmektedir.

Cinsel ilişki sırasında idrar kaçıranların oranı, Sarıcı (2009)'nın çalışmasında %86,7; Özdemir (2009)'in çalışmasında %45,52 olarak bulunmuştur. Çalışma grubumuzda tedavi öncesi cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma şikâyetinin çeşitli derecelerde görüldüğünü belirten kadınlar girişim grubunda %32,4, kontrol grubunda %35,3 bulundu (Tablo 6.2.3).

Çalışmamızda, AAM'li kadınların idrar kaçırma nedeniyle aldıkları önlemlere ilişkin verilerden, oturma çömelme, zihinsel konsantrasyon, yavaş/derin nefes alma, PTK kontraksiyonu, PTK egzersizi, normal tempoda tuvalete gitme davranışları tedavi sonrası dönemde öncesine göre, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış olduğu bulundu. Aynı şekilde tedavi öncesinde uyguladığı, ped/bez kullanma, tuvalet yakınında olma, sık idrara gitme, koşarak tuvalete gitme, su içmeyi azaltma, idrar kaçırma nedeniyle kıyafet değiştirme sıklığının ise tedavi sonrasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı bulundu. Girişim grubundaki kadınlara verilen eğitim sırasında önlem olarak hangi davranışları uygulaması veya uygulamaması gerektiği konusunda bilgi verilmesinin sonucu davranışlarda olumlu yönde değişimin olduğu görülmektedir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Eğitimi'nin, Aşırı Aktif Mesanesi olan kadınların sık idrara çıkma sayısının azalmasına etkisi vardır hipotezinin doğrulandığı görülmektedir. Ayrıca tedavi öncesi dönemde gruplar arasında fark yok iken tedavi sonrası dönemde girişim grubundaki kadınların oturma çömelme, zihinsel konsantrasyon, yavaş/derin nefes alma, PTK egzersizi, tuvalet yakınında olma, sık idrara gitme, koşarak tuvalete gitme, normal tempoda tuvalete gitme, su içmeyi azaltma davranışlarındaki olumlu değişiklik kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeydeydi. PTK kontraksiyonu uygulama, tedavi öncesi kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla iken, tedavi sonrasında kadınların idrar sıklığını, idrar kaçırmayı önlemek ve idrar yapma aralığını genişletmek için uygulanmasını önerdiğimiz davranışlar açısından (urgency durumunda PTK kontraksiyonu yapma, derin derin nefes alma, oturma çömelme, mesane eğitim programına uyma vb) girişim grubunda olan olumlu değişim kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı (Tablo 6.2.4). Her iki gruptaki kadınlara verilen antimuskarinik tedavinin de etkisi ile tedavi öncesine göre tedavi sonrasında günlük ped/bez kullanma sayısında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu ancak gruplar arasında fark olmadığı görülmektedir (Tablo 6.2.5).

İlgün (2011) Üİ'ı olanlarda Biyofeedback ile yapılan PTKE'lerinin Üİ'a ve yaşam kalitesine etkisini saptamak amacıyla yaptığı çalışmada (müdahale grubu n=30; kontrol grubu n=30) ped kullanma müdahale grubunda %93,3, kontrol grubunda %63,3 olarak belirlemiştir. Ped kullanma oranları çalışma grubu kadınlarında tedavi öncesi dönemde (girişim grubu %74; kontrol grubu %70) benzer şekilde fazladır (Tablo 6.2.4).

Demir ve Kızılkaya Beji (2015), kadınlarda Üİ'nin yaşam kalitesine etkisi ve sağlık arama davranışlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada (n=292), %69,5'inin ulaşılabilir tuvalet aradığı, %60,6'sının sık iç çamaşırı değiştirdiği, %57,2'sinin ped/bez kullandığı, %36'sının sık tuvalete gitme gibi önlemler aldıkları saptanmıştır. AAM'li kadınlar şikâyetleri ile başa çıkmak için sıklıkla ped kullanmaktadırlar.

Ped testi, Üİ'nin varlığını, ciddiyetini ve tedaviye yanıtın miktarını belirlemek için kullanılabilir (Lucas, 2015). 2. Uluslararası İnkontinans Topluluğu (International Consultation on Incontinence) 24 saatlik ped testinin $\geq 1,3$ gr olanları pozitif olarak kabul edilmesini önermiştir (Harvey, 2010). NİCE (National Institute for Health and Care Excellence, UK) Üİ'li kadınlarda rutin değerlendirmede ped testi kullanılmasını önermemektedir (NICE, 2015; Saleh et al., 2014). Çalışmamızda 24 saatlik ped testi ortalamalarında hem girişim grubu (TÖ ort. $41,9 \pm 63,07$; TS ort. $25,82 \pm 57,03$) hem de kontrol grubu (TÖ ort. $80,66 \pm 209,52$; TS ort. $32,6 \pm 111,71$) kadınlarda tedavi öncesine göre tedavi sonrasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu ancak gruplar arasında fark olmadığı bulundu (Tablo 6.2.5).

Auward et al. (2008) İngiltere'de yaptıkları çalışmada, 64 Üİ'li obez kadına düşük kalorili diyet ve egzersiz programıyla dokuz ay içinde %5-10 oranında kilo vermeyi hedeflemişlerdir. Kadınların %65'i belirlenen kilo kaybına ulaşmıştır. Kadınların 24 saatlik ped testi oranı başlangıçta 38,75 gr iken tedavi sonrası 18,50 gr olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, çalışma gruplarımıza göre bu oranın daha az olduğu görülmektedir.

Yüce (2010) AAM tanısı olan hastalara, vajinal kon (n=16) grubu ile tolterodin grubu (n=19) olarak ayırmış, grupları ürojinekolojik muayene, üriner günlük, sorgulama anketleri ve ürodinami bulguları açısından karşılaştırmak amacıyla çalışma yapmıştır. Yüce (2010) yaptığı çalışmada 24 saatlik ped testi tedavi öncesi-tedavi sonrası ortalaması sırayla vajinal kon grubunda (n=16) $25,75 \pm 41,8$ 'den $8,25 \pm 24$ 'e ve tolterodin grubunda (n=19) $89,26 \pm 229$ 'dan $14,28 \pm 41$ 'e düştüğü bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına karşın, tedavi sonrası azalma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur.

Üİ tedavisi olarak pelvik taban kas eğitimi yapılmadan önce pelvik taban kas gücü rutin olarak değerlendirilmelidir (Cangöl ve ark., 2013; NICE, 2015). Çalışmamızda hem girişim grubunda (TÖ 1,78±1,23 - TS 2,69±1,25) hem de kontrol grubunda (TÖ 2,3±1,25-TS 2,8±1,26) tedavi öncesine göre tedavi sonrasında dijital palpasyon ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artma olduğu bulundu. Ancak tedavi sonrasında gruplar arasında fark olmamasına rağmen gruplar arası değişime (girişim grubu 0,92±0,86; kontrol grubu 0,5±0,95) bakıldığında girişim grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulundu (Tablo 6.2.5). Sadece girişim grubu kadınlarına uygulanan pelvik taban güçlendirici uygulamaların (PTKE, FES, Biyofeedback, EMS Nöromodülasyon-TENS) olumlu yansıması olduğu düşünülmektedir. Auward et al. (2008) yaptıkları çalışmada, dijital palpasyon oranı başlangıçta ve tedavi sonrası 3 olarak bulunmuş, çalışma grubumuzdan farklı olarak dijital palpasyon oranının değişmemesi girişim grubumuza uyguladığımız kombine davranışsal yöntemlerin sonucu olduğunu düşündürmektedir. Yüce (2010) çalışmasında vajinal kon uygulanan grupta tedavi öncesi-tedavi sonrası sırayla, dijital palpasyon 2,68'den 3,38'e yükseldiği, tolterodin grubunda ortalama 2,47'den 2,63'e yükseldiğini bulgulamıştır. Dijital palpasyon puanındaki artış bizim çalışma grubu kadınlarımızın puanındaki artışla benzerlik göstermektedir.

Perineometri, pelvik taban kas gücünü objektif değerlendiren vaginal dinamometredir ve normal basınç 30-60 cmH₂O olarak kabul edilir (Cangöl ve ark., 2013; Demirci ve Coşar, 2009; İlgün, 2011). Çalışmamızda tedavi öncesine göre tedavi sonrasında hem girişim grubunda (TÖ 21,43±14,93-TS 31,72±16,88 cmH₂O) hem de kontrol grubunda (TÖ 24,45±15,25-TS 27,38±16,81 cmH₂O) olan artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Girişim grubunda tedavi öncesine göre oluşan tedavi sonrası değişim de kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 6.2.5). Auward et al. (2008) yaptıkları çalışmada, perineometri başlangıçta ortalama 16,50 cmH₂O iken kilo verme sonucu 20 cmH₂O olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur. Bu oranların çalışma grubumuzdaki kadınlara göre daha düşük olması BKİ ortalamalarının (BKİ 36,2) daha fazla olması nedeniyle olabilir.

Üriner günlük kullanma, alt üriner sistem şikâyetlerinin sıklığı ve şiddetini ölçmek için değerlendirme ve yönetmede kullanılan önemli bir adımdır. Ayrıca, AAM

veya poliüri gibi teşhisleri desteklemek, tedaviye yanıtı izlemek için de kullanılabilir (Lucas, 2015). AAM'li kadınların kafeini azaltmaları, sıvı alımını düzenlenmeleri gerekir ve ortalama günlük 8 bardak/1500ml kafeinsiz sıvı alınması, <200 mg/2 fincan kahve tüketimi tavsiye edilmektedir (Başgöl, 2016; Fırdolaş ve ark., 2010, NICE, 2015; Saleh et al., 2014). Her iki grupta da kadınların tedavi öncesinde kafeinli içecek alımının %100 olduğu, tedavi sonrasında ise sadece girişim grubunun %8'i kafeinli içecek almadığını belirtti. Çalışmamızda üriner günlük kayıtlarında girişim grubunda tedavi öncesi alınan su miktarı ortalaması 1128,30 ml, kafeinli içecek miktarı 993,89 ml iken tedavi sonrasında su miktarı 1320,90 ml şeklinde artması, kafeinli içecek miktarının 459,33 ml'ye azalması istatistiksel olarak anlamlı bulundu, aynı zamanda tedavi sonrasında gruplar arası karşılaştırmada girişim grubundaki fark da istatistiksel olarak anlamlıydı. Kontrol grubuna göre girişim grubundaki olan değişimin daha fazla olması verilen eğitim ve takiplerin olumlu yansımaları olduğunu düşündürmektedir. Çankaya (2008) çalışmasında AAM grubunda (n=150) kadınların aldıkları sıvı miktarı ortalaması 1419,2 ml, diüretik etkili sıvı alımının ise 897,71 ml olarak saptanmıştır. Bu miktarlar, çalışma grubumuza göre yüksek ve örneklem grubunun farklılığı yanı sıra araştırmanın yürütüldüğü mevsim farklılığından kaynaklandığı düşünülebilir.

ICS, normal işeme olarak gündüz idrar yapma sayısı 8, gece ise 1 veya daha az olmasının kabul edilmesini önermiştir. Az miktarda ve sık işeme durumu, bir anormallik olduğunu düşündürür (Lukacz et al., 2011). Çalışmamıza katılan girişim grubundaki kadınların tedavi öncesi-tedavi sonrası sırayla, ani sıkışma hissi kadınların %98'nde var iken %72'nde olduğu ve ani sıkışma hissi sayısı ortalama $6,07 \pm 3,85$ 'den $2,13 \pm 2,27$ 'e azaldığı, gündüz idrar yapma sayısı ortalama $9,56 \pm 3,89$ 'dan $6,62 \pm 1,36$ 'ye azaldığı bulundu. Ayrıca, uykuda idrara kalkma kadınların %84 var iken %58'nde olduğu ve gece idrar yapma sayısı ortalama $1,68 \pm 1,64$ 'den $0,68 \pm 0,78$ 'e azaldığı; idrar kaçırma kadınların %82'nde var iken %62'ye gerilediği ve idrar kaçırma sayısı ortalama $2,83 \pm 2,98$ 'den $0,92 \pm 1,53$ 'ye azaldığı görüldü ve bu değişimler istatistiksel olarak anlamlı düzeydeydi. Bu bulgular, "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Eğitimi"nin Aşırı Aktif Mesanesi olan kadınların uykuda idrara gitmenin azalmasına etkisi vardır hipotezimizi doğrulamaktadır. Kontrol grubundaki kadınlarda tedavi öncesi-tedavi sonrası sırayla, ani sıkışma hissi kadınların %98'nde bulunurken %76 olduğu ve sayısı ortalama $4,58 \pm 3,36$ 'den $2,98 \pm 2,82$ 'e azaldığı; gündüz idrar yapma sayısı ortalama

6,75±2,58'den 6,47±2,53'ye azaldığı; uykuda idrara kalkma kadınların %66'da var iken %70'nde olduğu ve sayısı ortalama 0,79±0,85'dan 0,73±0,74'e azaldığı; idrar kaçırma kadınların %80'nde var iken %66 olduğu ve sayısının ortalama 2,04±2,59'den 1,35±1,85'e azaldığı görüldü. Girişim grubunda ilaç tedavisine ek olarak uygulanan fiziksel tedavi, PTK, mesane eğitimi, bireye özel davranış değişikliği eğitimlerinin olumlu yansıdığını görülmektedir. Tedavi öncesi ve sonrasında olan değişimlerde girişim grubundaki azalmanın istatistiksel olarak daha fazla olduğu saptandı (Tablo 6.2.7).

Burgio et al. (2008), sadece ilaç tedavisine kıyasla davranışsal eğitimle antimuskorinik ilaç tedavisinin kombine uygulanması klinik olarak idrar kaçırma epizotlarını azaltma başarısını ve ilacın bırakılmasından sonra da bu azalmanın devam edip etmediğini belirlemek için (n=307; 153 ilaç grubu-154 ilaç ve davranışsal eğitim grubu) çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada, 10. haftada kombine tedavi ve ilaç grubu sırasıyla, inkontinans epizotlarında azalma %69-%58 olduğu, mesane günlüğüne göre tamamen kuru olması %21-%17 olduğu, tam memnun olma %53-%40 olarak bulunmuştur. Çalışma grubumuzda da benzer şekilde idrar kaçırma iyileşme girişim grubumuzda daha fazla azalma düzeyinde olmuştur. Ayrıca, aktif tedavi sonrası 8 ay sonra iyileşmeyi algılamamanın devam edip etmediğine bakıldığında kombine tedavi ve ilaç grubu sırasıyla,%72-%54 olduğu bulunmuştur.

Çankaya (2008) çalışmasında, gündüz idrar yapma sayısı ortalama 8,17±2,99; gece idrar yapma sayısı ortalama 0,88±0,95; idrar yapma zorunluluğu sayısı ortalama 4,96±3,77; idrar kaçırma %99,3 oranında saptanmıştır. Çankaya'nın araştırma bulguları sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.

Klutke et al. (2009) ABD'de tolterodin ile birlikte davranışsal girişimlerin uygulanmasının, AAM'li erkek ve kadın hastalarda (n=416; %87'si kadın) tedavi memnuniyeti ve mesane günlüğüne etkisini değerlendirmek için çalışma yapmışlardır. Girişim sonucunda başlangıca göre 24 saatlik süredeki toplam işeme sayısında, urgency, UÜİ epizotlarında ve gece idrar yapma sayısında 4, 8, 12 ve 16. haftalarda istatistiksel ileri düzeyde anlamlı azalma olduğunu bulmuşlardır. 4. haftada tüm üriner günlük değişkenleri başlangıca göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde iyileşme olduğu saptanmıştır.

Yüce (2010) çalışmasında, vajinal kon grubunda idrar yapma sıklığının tedavi öncesi $8,31\pm 2,8$ 'den tedavi sonrası $6,86\pm 1,9$ 'ya azaldığı, tolterodin grubunda tedavi öncesi $8,95\pm 4,0$ 'den tedavi sonrası $6,85\pm 2,4$ 'e azaldığı bulgulamıştır. Aynı çalışmada gece idrar yapma sayısının vajinal kon grubunda $1,88\pm 1,24$ 'den $1,44\pm 0,72$ 'e azaldığı, tolterodin grubunda $2,29\pm 1,49$ 'dan $1,46\pm 0,92$ 'ya azaldığı, günlük idrar kaçırma sıklığının ise vajinal kon grubunda $3,38\pm 3,1$ 'den $1,11\pm 1,79$ 'e azaldığı, tolterodin grubunda $3,73\pm 6,4$ 'den $0,77\pm 1,39$ 'ye azaldığı bulunmuştur. Çalışmamızla benzer şekilde, girişim grubunun şikâyetlerinde daha fazla azalma görülmüştür.

AAM tarama ve farkındalık testi olarak önerilen “Aşırı Aktif Mesane Değerlendirme Formu (OAB-V8)” hastaların şikâyet şiddetini, hiç (0); çok az (1); biraz (2); epey (3); çok (4) ve çok fazla (5) şeklinde derecelendiren 8 adet sorudan oluşmaktadır. Toplam skoru ise 0 ile 40 arasındadır. Çalışmamızda girişim grubu kadınların toplam puan ortalamaları tedavi öncesi-tedavi sonrası sırayla $34,06\pm 7,19$ 'dan $8,56\pm 6,05$ 'e azaldığı, kontrol grubunda ise $31,30\pm 7,39$ 'dan $17,00\pm 10,53$ 'e azaldığı görüldü ve her iki grupta da tedavi öncesine göre tedavi sonrası azalma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulundu. Ayrıca gruplar arasındaki karşılaştırmaya göre girişim grubunda tedavi sonrası azalmanın ve değişimin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olması şikâyetlerin daha fazla azaldığını göstermektedir (Tablo 6.2.8).

OAB-V8 ölçeği kullanılan çalışmalardan; Afşin (2008)'in çalışması tolterodine ve tropsium chloride ilaçlarının yaşam kalitesi ve inkontinans skorlarında yaptığı değişiklikler, etkinlik ve kullanılabilirlik açısından karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır. Bütün grupta (n=117) OAB-V8 toplam puanı $26,68\pm 5$ iken 3. ayda $15,73\pm 5$ 'e azalması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur.

Chancellor et al. (2008) ABD'de, AAM'li kadın ve erkek hastalardan oluşturulan grubun birine tek başına darifenasin, ikinci gruba ise kombine olarak darifenasin ve davranış değiştirme programı (n=395; 173 hasta darifenasin, 175 hasta darifenasin+davranış değiştirme programı) uygulanarak tedavinin etkisini, güvenilirliğini ve tolere edilebilirliğini belirlemek için çalışma yaptıkları görüldü. Bu çalışma sonucunda, her iki grupta da 12. haftada idrar yapma sayısının ortalaması $11,33$ 'den $8,67$ 'ye azaldığı, UÜİ, urgency epizotları ve gece idrar yapmanın başlangıca göre istatistiksel olarak anlamlı olarak azaldığı ancak kullanılan ped sayısında başlangıca

göre azalma olmadığı ayrıca tedavi öncesine göre tedavi sonrası azalmalarda ise gruplar arasında fark olmadığı bulunmuştur. Her iki grupta AAM sorgulama (OAB-V8) ve AAM tedavisi memnuniyet ölçeği (OAB-SAT-q) ve yaşam kalitesi (health-related quality of life -HRQoL)) ölçek toplam puanlarında iyileşme görüldüğü ancak iki grup arasında OAB-V8 ve OAB-SAT-q puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur.

Yüce (2010) çalışmasında vajinal kon grubunda OAB-V8 puanı tedavi öncesi $27,75 \pm 7,1$ 'den tedavi sonrası $18,75 \pm 11,5$ 'e azaldığı, tolterodin grubunda tedavi öncesi $21,84 \pm 8,4$ 'ten $15,79 \pm 5,1$ 'a azaldığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde saptanmıştır. Tarcan ve ark. (2012), AAM tanısında OAB-V8 Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizinin yapılması amacıyla yaptıkları çalışmada (n=103; 76 erkek- 27 kadın), AAM'li hastaların OAB-V8 puanı $20,4 \pm 9,1$, kontrol grubu $7,1 \pm 5,8$ şeklinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Balcı ve ark. (2013), obezite polikliniğine başvuran hastaların AAM semptomlarının değerlendirilmesi amacıyla yaptıkları çalışmada (n=92; 6 erkek – 86 kadın) OAB-V8 puanı $8,59 \pm 8,65$ olarak belirlenmiştir. Xu ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada, kullandıkları AAM sorgulama formuna (Overactive Bladder Symptom Score-OABSS) göre AAM belirtilerinde girişim ve kontrol grupları arasında 3. ayda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı, 6. ayda ise istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Üçer ve ark. (2016) AAM'si olan kadınlar ile aynı yaşta sağlıklı kadınların mesane duvar kalınlıklarını karşılaştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada hasta grubu (n=36) OAB-V8 puanı $23,58 \pm 7,98$; kontrol grubu (n=31) OAB-V8 puanı $3,2 \pm 2,5$ olarak bulunmuştur. Belirtilen tüm çalışmalarda OAB-V8 puanlarının, çalışmamızdaki tedavi öncesi puanlarından düşük olduğu fakat tedavi sonrası puanlardaki azalmanın bizim çalışmamıza göre daha az olduğu görülmektedir. Girişim grubumuza başlanan antikolinergik (antimuskarinik) ilaca ilave olarak davranış değişikliği eğitimi, mesane eğitimi, fizik tedavi uygulamalarının etkisinin bu sonucu doğrulduğu düşünülmektedir.

AAM, genellikle UI, urgency, sık idrar yapma ve gece idrar yapma ile ilişkili semptomlarla karakterize bir sendrom olması nedeniyle yaşam kalitesini azaltmaktadır (Akino et al., 2014). King Sağlık Anketi (KSA), Üİ'nin bireyin yaşam kalitesine etkisini

belirlemede kullanılan hastalığa özel bir ölçektir. 1 ile 4 puan arasında skorlama yapılmakta ve puan arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir (Akgün, 2009; Gökaya ve ark., 2011). Çalışmamızda, KSA alt boyut puan ortalamaları girişim grubunda tedavi öncesi-tedavi sonrası sırayla, en düşük oranda “kişilerarası ilişkiler” alt boyutunda 22,00±34,90’dan 5,33±16,65’e azaldığı, en yüksek oranda ise “inkontinans etkisi” alt boyutunda 78,66±27,57’dan 35,33±28,10’e azaldığı ve tüm alt boyutlardaki tedavi sonrası azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulundu. Kontrol grubunda alt boyut puan ortalamaları tedavi öncesi-tedavi sonrası sırayla, en düşük oranda “kişilerarası ilişkiler” alt boyutunda 11,33±27,24’dan 7,33±21,34’e azaldığı, en yüksek oranda ise “inkontinans etkisi” alt boyutunda 72,66±27,51’dan 50,66±29,54’ya azaldığı saptandı. Gruplar arası karşılaştırma incelendiğinde, girişim grubundaki tedavi sonrası azalmadaki değişim de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulundu. Girişim grubunda, tedavi öncesi-tedavi sonrası KSA toplam puan 523,55±172,66’dan 204,20±147,20’ye kontrol grubunda ise 431,95±203,90’dan 289,52±186,26’ya istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalması, yaşam kalitesinin her iki grupta da tedavi öncesine göre yükseldiğini ancak girişim grubunda olumlu etkilendiğini göstermektedir (Tablo 6.2.9). "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Eğitimi"nin Aşırı Aktif Mesanesi olan kadınların yaşam kalitesinin artmasına etkisi vardır hipotezimizin desteklendiği görülmektedir.

Borges et al. (2009), Üİ tiplerine göre karşılaştırma yaparak kadınların yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla (n=50) yaptıkları çalışmada KSA yaşam kalitesi ölçeğini kullanmışlardır. Kadınların yaklaşık üçte bir sağlık durumunu kötü veya çok kötü olarak, %50’si Üİ’ın yaşamlarını çok etkilediğini bildirmişlerdir. Üİ tiplerine göre KSA yaşam kalitesi alt boyut puanlarının karşılaştırılmasında, sadece uyku ve enerji puan ortalaması AAM’si olanların SÜİ ve MÜİ’ye göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni AAM semptomlarının, gece idrar yapma ve egzersiz sonrası urgency, UÜİ olmasını içermesidir.

Gökaya ve ark. (2011) KSA yaşam kalitesi anketini kadınlara uygulayarak toplumda mesane şikâyet oranını ve yaşamlarını nasıl etkilediğini belirlemek amacıyla çalışma yapmışlar. İşeme problemi şiddetine göre orta ya da çok olarak gruplandırdıkları hastalarda (n=119 kadın) ölçeğin alt boyut puanı en düşük “semptom

şiddeti” $51,72 \pm 25,71$, en yüksek “inkontinans etkisi” $85,71 \pm 16,56$ alt boyutlarında belirlemişlerdir. Çalışma grubu kadınlarımıza kıyasla inkontinans etki puanları yüksek, semptom şiddeti puanları ise düşüktür. Xu ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada, girişim ve kontrol gruplarında kullandıkları Yaşam Kalitesi Ölçeğinde (King's Health Questionnaire-KHQ), inkontinans etkisi, rol kısıtlamaları, fiziksel kısıtlamalar, sosyal kısıtlamalar, duygular, semptom şiddeti alt boyut puanları, 3. ayda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken, 6. ayda ise puanların daha da azaldığı saptanmıştır. Genel sağlık algılama alt boyut puanında da 6. ayda istatistiksel farklılık bulunmuştur.

Borges et al. (2009) kadınların, %56’sı artmış idrar yapma sıklığından, %52’si urgency şikayetinden, %42’si UÜİ, SÜİ ve gece idrar yapma şikayetinden yaşam kalitelerini çok fazla etkilendiğini bildirmiştir. Benzer şekilde, bizim çalışmamızda AAM’li kadınlarımızın tedavi öncesinde girişim grubu-kontrol grubu sırasıyla, idrar yapma sıklığından %68-%44, urgency %54-%52, gece idrar yapma %30-%24, UÜİ’tan %38-%60 oranında çok fazla etkilendiklerini belirtti. Ancak tedavi sonrası etkilenme düzeyindeki azalma gruplar arası karşılaştırmaya göre girişim grubunda istatistiksel olarak daha çok olması verilen ilaca ilave yapılan girişimler nedeniyle olduğu düşünülmektedir (Tablo 6.2.10).

Yaşam biçimi değişiklikleri yan etkisi olmaması, şikâyetlerde belirgin ve uzun dönem iyileşme sağlaması nedeniyle PTD’nun yönetiminde önemlidir. Yaşam biçimi değişiklikleri ile bireyin alışkanlıkları (yiyecek içecek, egzersiz, sigara, vb.) tanımlanarak, tetikleyen ya da disfonksiyona etkisi olan alışkanlıkların ve risk faktörlerinden kontrol edilebilenlerin değiştirilmesi önerilir (Başgöl, 2016). SYBD-II ölçeğinde, verilecek cevaplar dörtlü Likert tipi, hiçbir zaman (1); bazen (2); sık sık (3) ve düzenli olarak (4) şeklindedir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi, belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını gösterir. AAM’li kadınların “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD)” tüm alt boyut puanlarında tedavi öncesine göre tedavi sonrasındaki artma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulundu. Girişim grubunun ölçek alt boyut ve toplam puanlarında tedavi öncesi-tedavi sonrası, sırayla en düşük olarak “fiziksel aktivite” $14,86 \pm 4,78$ ’den $19,16 \pm 5,62$ ’ye, en yüksek olarak “kişilerarası ilişkiler” $29,26 \pm 4,78$ ’dan $31,94 \pm 4,23$ ’e, “toplam puan” ise

140,82±18,60'den 165,62±18,37'ye yükseldiği görülmektedir. Benzer şekilde kontrol grubunun ölçek alt boyut ve toplam puanlarında tedavi öncesi-tedavi sonrası sırayla en düşük olarak "fiziksel aktivite" 14,16±3,80'den 15,20±4,38'e, en yüksek olarak ise "kişilerarası ilişkiler" 28,78±4,85'den 29,30±4,51'e, "toplam puan"da da 137,84±21,23'den 143,94±21,18'e yükseldiği bulundu (Tablo 6.2.11). Hem girişim grubunda hem de kontrol grubunda alt boyut puanlarından "fiziksel aktivite" puanlarının düşük olması kadınların BKİ puanlarının (TÖ, girişim grubu 31,37±5,81; kontrol grubu 32,6±6,2) yüksek olması (1. derecede şişman) ile de paralellik göstermektedir. "Kişilerarası ilişkiler" alt boyut puanının yüksek olması ise Türk toplumunun geleneksel değerleri açısından eş, akraba, komşuluk ilişkilerinin olumlu olarak devam etmesi ile bağlantılı olabilir.

Arslan ve Ceviz (2007) ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve SYBD incelenmesi amacıyla 48 maddelik "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği" kullanarak yaptıkları çalışmada (n=797; 383 ev hanımı, 414 çalışan kadın), kadınların %37,6'si "fazla kilolu", %27,3'ü ise "obez I-II-III" vücut tipinde oldukları bulunmuştur. BKİ, ev hanımları ortalaması 28,77±4,92, çalışan kadınlarda 26,19±4,24 olduğu, SYBD ölçeği toplam puanları ev hanımlarında 119,89±20,63, çalışan kadınlarda 123,75±20,74 olarak bulunması bizim sonuçlarımızdan daha düşük olması ölçeğin 52 maddelik olanı kullanmamızla ilgili olduğu düşünülmüştür. Özcan (2016), Gümüşhane'de yaşayan 50 yaş ve üzeri kadınların, alt üriner sistem şikâyetlerini ve SYBD'nı belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada SYBD ölçeği toplam puan ortalaması 125,76±22,74 olup çalışmamızdan daha düşük olduğu görülmüştür. Özcan'ın çalışma grubu yaş ortalamasının (64,55±11,97) daha yüksek olması nedeniyle olduğu düşünülmüştür. Çalışmamıza benzer şekilde alt boyut puanlarında en düşük "Fiziksel Aktivite" 12,41±4,37, en yüksek puan ise "Kişilerarası İlişkiler" 26,13±5,19 olarak bulunmuştur.

Literatürde, Üİ fiziksel ve psikososyal bozukluk ile ilişkisi belirtilmiştir. Bireylerin, idrar kaçırma nedeniyle yalnızlık duyguları hissettikleri, üzüntü ve depresyon daha fazla yaşadıkları, yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin ise idrar kaçırmanın tipine ve bireylerin problemi nasıl algıladıklarına göre değiştiği vurgulamaktadır (Abreu et al., 2007). Hem psikiyatrik hem de medikal hastalarda görülebilecek bazı psikolojik semptomları ortaya çıkarmak amacıyla geliştirilmiş çok

boyutlu bir semptom tarama ölçeği olan “Kısa Semptom Envanteri (KSE)” ölçeğini çalışmamızda AAM’li kadınların ruhsal durumlarını belirlemek için kullanıldı. Yapılan araştırmalara bakıldığında Üİ’lı hastalarda KSE ölçeğinin kullanıldığı çalışma bulunamamıştır. Her sorudan alınabilecek puan; hiç yok (0); biraz var (1); orta derecede var (2); epey var (3); çok fazla var (4) olarak, “0” ile “4” değerleri arasında derecelenmekte ve ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği bireyin belirtilerinin sıklığını göstermektedir. Girişim grubunda alt boyut puanlarına bakıldığında tedavi öncesi-tedavi sonrası puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olması AAM semptomlarından etkilenmenin psikolojik yansımalarının göstergesi olduğunu düşündürmektedir. En yüksek olan alt boyut puanları sırasıyla “Obsesif-Kompulsif Bozukluk” $10,82 \pm 6,09$, “Somatizasyon” $9,90 \pm 6,59$, “Anksiyete Bozukluğu” $8,46 \pm 6,55$ olduğu görülmektedir. Yeri ve zamanı belli olmadan ani idrar sıklığı ve idrar kaçırabilirim korkusu, bireyin kişiler arası ilişkileri, günlük yaşamı, mesleki ve sosyal faaliyetlerini etkilemesi sonucu bu bozuklukların ortaya çıkabileceği düşünülmektedir. Girişim grubuna benzer şekilde kontrol grubunda da tedavi öncesinde en yüksek alınan puanlar sıra ile “Somatizasyon” $9,42 \pm 5,42$, “Obsesif-Kompulsif Bozukluk” $8,44 \pm 4,71$ ve farklı olarak “Paranoid Düşünceler” $7,22 \pm 4,63$ olduğu görülmektedir (Tablo 6.2.12). Her iki grupta da KSE toplam puanları tedavi sonrası azaldı. Ancak girişim grubunda, kontrol grubuna kıyasla daha fazla oranda bir azalma vardır. Benzer şekilde belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi puanlarında tedavi sonrası girişim grubundaki kadınların puanlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı düzeydeydi. Girişim grubuna yapılan tedavi ve eğitim bu gruptaki kadınların psikolojik semptomlarını olumlu yönde etkilemiş olduğu düşünülmektedir.

Cardozo et al. (2014) yaptıkları çalışmada AAM/Üİ grubunda anksiyete oranı %18,9, depresyon oranı ise %22,6 belirlenmiştir. Çalışmamızda girişim grubu kadınların “Anksiyete Bozukluğu” alt boyut puanı tedavi öncesi-tedavi sonrası sırayla $8,46 \pm 6,55$ ’den $4,68 \pm 4,76$ ’ya azaldığı, kontrol grubunda $6,92 \pm 4,72$ ’den $6,34 \pm 5,02$ ’ye azaldığı bulundu ancak girişim grubundaki tedavi sonrası olan değişim istatistiksel olarak anlamlıydı ($t = -4,744$; $p < 0,001$). Ayrıca “Depresyon” alt boyut puanı da tedavi öncesi-tedavi sonrası sırayla $7,44 \pm 5,88$ ’den $3,98 \pm 3,90$ ’a azaldığı, kontrol grubunda $5,96 \pm 5,22$ ’den $5,58 \pm 4,94$ ’e azaldığı ve yine girişim grubundaki tedavi sonrası olan değişim istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($t = -4,137$; $p < 0,001$). Girişim grubuna

uygulanan ilaç ve davranışsal tedavilerin sonucu anksiyete ve depresyon sorunlarında iyileşmeler olduğu görülmektedir.

7.3. Girişim Grubu AAM'li Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Ölçeklerin Toplam Puanına İlişkin Bulguların Tartışılması

Girişim grubundaki AAM'li kadınların eğitimleri, ortaokul ve altı lise ve üstü olarak gruplandırıldı. Eğitim grupları ile OAB-V8 ölçeği toplam puanı karşılaştırıldığında her iki grupta da tedavi öncesine göre tedavi sonrasında olan azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olması ($p<0,01$), AAM semptomlarındaki azalmada, kadınların eğitim düzeylerindeki farkın etkisinin olmadığını göstermektedir (Tablo 6.3.1).

Girişim grubundaki AAM'li kadınların BKİ değerine göre 29,99 ve altı kg/m^2 ile 30 ve üzeri kg/m^2 olarak gruplandırıldı. BKİ grupları ile OAB-V8 ölçeği toplam puanı karşılaştırıldığında her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde AAM semptomlarındaki azalma olduğu görüldü ($p<0,01$). Ancak, kadınların BKİ 30 ve üzeri kg/m^2 olan grupta tedavi öncesine göre tedavi sonrası olan değişimin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olması, AAM semptomlarının azalmasında BKİ yüksekliğinin etkisinin olmadığını göstermektedir (Tablo 6.3.1). Ayrıca, BKİ'nde azalma tedavi sonrasında girişim grubunda (TÖ-31,37±5,81; TS-30,65±5,42) kontrol grubuna (TÖ-32,6±6,2; TS-32,58±6,07) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu ($p<0,05$) Tablo 6.2.1'de görülmektedir. Bu sonuca göre kadınlara farmakolojik ilaca ilaveten programlı bir SYBD eğitimi yapılması ve uygulanması (fiziksel tedavi, mesane eğitimi, PTKE, diyet düzenleme, kilo verme vb) tedavi sonrası BKİ 30 ve üzeri kg/m^2 olmasına rağmen şikâyetlerin azalmasına etkili olduğunu söyleyebiliriz.

Tikkinen et al. (2006) Finlandiya'da obezite ve fazla kilonun gece idrar yapma ile ilişkisini belirlemek için yaptıkları çalışmada gece idrar yapma oranı BKİ 25 ve altı olan kadınlarda %37,2, BKİ 25-29,9 arasında olanlarda %48, BKİ 30 ve üzeri olan kadınlarda %53,6 olduğu bulunmuştur. Subak et al. (2009) Üİ'lı obez ve fazla kilolu kadınlara diyet ve egzersizle Uİ'ı azaltma programı uygulayarak kontrol grubuna göre davranışsal girişimlerin etkili olup olmadığını saptamak için ($n=338$; 226 girişim grubu,

112 kontrol grubu) çalışma yürütmüşlerdir. Girişim grubunda kadınların (TÖ, BKİ- 36±6) kilo azalması %8 iken kontrol grubunda (TÖ, BKİ- 36±5) %1,6 olduğu bulunmuştur. 6 ay sonra girişim grubunda ortalama idrar kaçırma sayısı %47,4/hafta, kontrol grubunda %28,1/hafta azalmıştır. Girişim grubunda kontrol grubuna göre tüm inkontinans epizodu sıklığında en az %70 oranında istatistiksel olarak anlamlı biçimde azalma olduğu bulunmuştur.

Balcı ve ark. (2013), obezite polikliniğine gelen hastaların AAM semptomlarını değerlendirmek için yaptıkları çalışmada (n=92; 6 erkek-kadın 86) ortalama kilo 92,32±18,55, BKİ 35,49±5,70, OAB-V8 puanı 8,59±8,65 olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde OAB-V8 ile BKİ arasında anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur.

Girişim grubundaki AAM'li kadınlar doğum sayıları 2 ve daha az olanlar ile 3 ve daha fazla olanlar şeklinde gruplandırıldı. Doğum sayısı grupları ile OAB-V8 ölçeği toplam puanı karşılaştırıldığında, her iki grupta da tedavi öncesine göre tedavi sonrasında olan azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olması AAM semptomlarındaki azalmada doğum sayısı farkının etkisinin olmadığını göstermektedir (p<0,01) (Tablo 6.3.1).

Girişim grubundaki AAM'li kadınların menopoza süresi 4 yıl ve altı olanlar ile 5 yıl ve üstü olarak gruplandırıldı. Menopoza süresi grupları ile OAB-V8 ölçeği toplam puanı karşılaştırıldığında her iki grupta da tedavi öncesine göre tedavi sonrasında olan azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olması AAM semptomlarındaki azalmada menopoza girme süresi farkının etkisinin olmadığını göstermektedir (p<0,01). Girişim grubundaki AAM'li kadınların kronik hastalığı var ve yok olarak gruplandırıldı. Kronik hastalık olan ve olmayan grup ile OAB-V8 ölçeği toplam puanı karşılaştırıldığında her iki grupta da tedavi öncesine göre tedavi sonrasında olan azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olması AAM semptomlarındaki azalmada kronik hastalığın etkisinin olmadığını göstermektedir (p<0,01) (Tablo 6.3.1).

Girişim grubundaki AAM'li kadınların idrar kaçırma süresi 5 yıl ve altı ile 6 yıl ve üstü olarak gruplandırıldı. İdrar kaçırma süresi grupları ile OAB-V8 ölçeği toplam puanı karşılaştırıldığında her iki grupta da tedavi öncesine göre tedavi sonrasında olan

azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olması AAM semptomlarındaki azalmada idrar kaçırma süresi etkisinin olmadığını göstermektedir ($p<0,01$) (Tablo 6.3.1).

Girişim grubundaki AAM'li kadınların eğitim düzeyi, BKİ, doğum sayısı, menopoz süresi, kronik hastalık, idrar kaçırma süresi gruplarıyla yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla kullandığımız KSA ölçeği toplam puanı karşılaştırıldı. Her değişkendeki iki grupta da tedavi öncesine göre tedavi sonrasında olan KSA ölçeği toplam puanındaki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olması ($p<0,01$) iki grupta da yaşam kalitesinin arttığını ancak gruplardaki farklılığın yaşam kalitesinin artmasında etkisinin olmadığını göstermektedir (Tablo 6.3.2).

Girişim grubu kadınlarına, SGM doğrultusunda hazırlanan SYBD eğitimi ve eğitim el kitapçığı verildi. İlaç kullanımının önemi, yan etkileri ve başa çıkma yöntemleri, bireysel duruma göre belirlenen fiziksel tedavi, PTKE ve mesane eğitim programı uygulanmasının önemi konusunda hem eğitimde hem de haftalık telefon görüşmelerinde güdülenmeyi artırmak, öğrenmeyi pekiştirmek için yeni hedefler belirlendi. Girişim grubundaki AAM'li kadınların eğitim düzeyi, BKİ, doğum sayısı, kronik hastalık, idrar kaçırma süresi gruplarıyla SYBD ölçeği toplam puanı karşılaştırıldı. Her değişkendeki iki grupta da tedavi öncesine göre tedavi sonrasında, SYBD ölçeğinde olan artışın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olması ($p<0,01$), bu değişkenlerdeki özelliklerin, SYBD puanının artmasında etkisinin olmadığını göstermektedir (Tablo 6.3.3).

Girişim grubundaki AAM'li kadınların eğitim düzeyi, BKİ, menopoz süresi, doğum sayısı, kronik hastalık, idrar kaçırma süresi gruplarıyla, kadınların ruhsal durumlarını belirlemek amacıyla kullandığımız KSE ölçeği toplam puanı karşılaştırıldı. Her değişkendeki iki grupta da tedavi öncesine göre tedavi sonrasında, KSE ölçeği puanında olan azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olması ($p<0,01$), bu değişkenlerdeki özelliklerin, gruplardaki farklılığın KSE ölçek puanının azalmasında etkisinin olmadığını göstermektedir (Tablo 6.3.5). Tedavi öncesi için sayılar çok az, tedavi sonrası değişimin ruhsal sağlığı olumlu etkilediği söylenebilir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız, Aşırı Aktif Mesaneli kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış eğitiminin tedavi üzerine etkisini belirlemek amacıyla, randomize, kontrollü, prospektif ve deneysel araştırma özelliğinde planlandı ve gerçekleştirildi. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK: 1), Tanıtıcı Bilgi Formu (EK: 2), Üriner Günlük (EK: 3A-3B), Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu (OAB-V8) (EK: 4), King Sağlık Anketi (EK: 5), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (EK: 6), Kısa Semptom Envanteri (KSE) (EK-7), Uygulama Kayıt Formu, (EK: 8), İzlem Formu, (EK: 9), araştırma kapsamına alınan AAM'li kadınlara 3 ay ara ile 2 kez uygulandı. Çalışma sonucunda aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır.

Aşırı Aktif Mesaneli (AAM) kadınların yaş ortalamaları girişim grubunda 50,54±9,93, kontrol grubunda ise 52,32±10,13 olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulundu. Kadınların çoğunun, okuryazar/ilkokul eğitimi (Girişim grubu %56; Kontrol grubu %52) düzeyinde olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($\chi^2=1,314$; $p=0,738$). Girişim ve kontrol grubundaki kadınlarda meslek ve sosyal güvence açısından da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.1.1).

Girişim ve kontrol grubundaki kadınlarda medeni durum, aile tipi ve algılanan ekonomik durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.1.2).

Girişim grubundaki kadınların doğum sayıları 2,74±1,75 olduğu, kontrol grubundaki kadınların ise doğum sayılarının 3,40±1,77 olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($p=0,039$; $p<0,05$) (Tablo 6.1.3).

Girişim grubu kadınların menapoz yılı ortalamalarının (4,84±6,85), kontrol grubu kadınların ortalamalarından (10,07±9,79) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde az olduğu bulundu ($p=0,004$; $p<0,01$) (Tablo 6.1.3).

Girişim ve kontrol grupları arasında kadınların kronik hastalık ($p=0,151$; $p>0,05$), kronik öksürük ($p=0,183$; $p>0,05$), devamlı kullanılan ilaç varlığı ($p=0,422$;

$p>0,05$), jinekolojik operasyon geçirme ($p=0,372$; $p>0,05$), sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme ($p=0,405$; $p>0,05$), üriner sorunlar için daha önce uygulanan tedavi durumu ($p=0,999$; $p>0,05$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 6.1.4).

Geçirilen yıllık İYE sayısı ise girişim grubunda $1,10\pm 1,83$, kontrol grubunda $1,34\pm 2,43$ bulundu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,534$; $p>0,05$). Ancak girişim grubundaki kadınların ($8,96\pm 7,79$) kontrol grubundaki kadınlardan ($5,96\pm 7,05$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha uzun süredir idrar kaçırma sorunu yaşadığı saptandı ($p=0,002$; $p<0,01$) (Tablo 6.1.4).

Her iki gruptaki kadınlarda urgency %90 oranında idi. Ayrıca, girişim-kontrol grubu sırayla olmak üzere, urge inkontinans %88-%94, sık idrar yapma %66-%46 ($\chi^2=4,058$; $p=0,044$) ve gece idrar yapma %20-%14 olarak tanı konulduğu görüldü. Girişim grubu kadınlarda, kontrol grubu kadınlara göre MÜİ tanısı olanların oranı düşük ($\chi^2=4,026$; $p=0,045$), sık idrar yapma tanıları olanların oranı ise yüksek olduğu ($\chi^2=4,058$; $p=0,044$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulundu (Tablo 6.1.5).

Uygulanan ilaç tedavisi, girişim grubunda, solifenasin (%40), fesoteradin (%36), tolterodine (%20), trospiyum CL (%4); kontrol grubunda ise tolterodine (%34), solifenasin (%32), fesoteradin (%24), trospiyum CL (%10) idi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Ayrıca sadece girişim grubu kadınlara uygulanan ek tedavi olarak en fazla mesane eğitimi ve PTK (%98), FES (%24), Biyofeedback (%22) önerildiği bulguları (Tablo 6.1.6)

Girişim grubundaki kadınların kilo ($t=3,024$; $p=0,004$) ve BKİ'lerinde azalma ($t=2,664$; $p=0,010$), haftalık defekasyon sayısında ise artmanın ($z=2,789$; $p=0,005$) tedavi sonrası dönemde, tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulundu. (Tablo 6.2.1).

Girişim grubundaki kadınların asitli meyve alımında (portakal, greyfurt, limon, ananas), tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre gözlenen düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p=0,013$; $p<0,05$) (Tablo 6.2.2).

Girişim grubundaki kadınlarda tedavi sonrası dönemde, tedavi öncesine göre mesanede ağrı hissetme ($z = -2,064$; $p = 0,039$), tuvalete yetişmek için acele etme ($z = -5,752$; $p = 0,001$) ve tuvalete yetişmeden idrar kaçırma ($z = -5,346$; $p < 0,001$) durumlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma saptandı. Benzer şekilde, girişim grubundaki kadınlarda tedavi sonrası dönemde, tedavi öncesi ile kıyaslandığında idrar kaçırma sıklığında ($z = -4,835$; $p = 0,001$), hiçbir neden yokken idrar kaçırma ($z = -3,314$; $p = 0,001$) ve cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma sıklığında ($z = -2,111$; $p = 0,035$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma belirlendi (Tablo 6.2.3).

Kontrol grubundaki kadınların tedavi öncesine göre tedavi sonrasında, tuvalete yetişmek için acele etme ($z = -3,435$; $p = 0,001$), tuvalete yetişmeden idrar kaçırma ($z = -3,23$; $p = 0,001$), idrar kaçırma sıklığında ($z = -3,038$; $p = 0,002$) ve cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma ($z = -2,288$; $p = 0,022$) sıklığındaki değişimde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu saptandı (Tablo 6.2.3).

Tedavi sonrası dönemde, oturma/çömelme ($\chi^2 = 11,602$; $p = 0,001$), zihinsel konsantrasyon ($\chi^2 = 64,000$; $p < 0,001$), yavaş/derin nefes alma ($\chi^2 = 51,923$; $p < 0,001$), PTK kontraksiyonunu ($\chi^2 = 5,005$; $p < 0,025$), PTK egzersizi ($\chi^2 = 70,673$; $p < 0,001$), normal tempoda tuvalete gitme ($\chi^2 = 41,224$; $p < 0,001$) durumlarının girişim grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptandı. Benzer şekilde, tedavi sonrası dönemde, tuvalet yakınında olma ($\chi^2 = 5,482$; $p < 0,019$), sık idrara gitme ($\chi^2 = 17,420$; $p < 0,001$), koşarak tuvalete gitme ($\chi^2 = 41,227$; $p < 0,001$), su içmeyi azaltma ($\chi^2 = 6,250$; $p = 0,012$) durumlarının karşılaştırıldığında, girişim grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı bulundu (Tablo 6.2.4).

Girişim grubundaki kadınların idrar kaçırmayı önleme yöntemi olarak ped/bez kullanma ($p = 0,004$; $p < 0,01$), tuvalet yakınında olma ($p < 0,001$), sık idrara gitme ($p < 0,001$), koşarak tuvalete gitme ($p < 0,001$), su içmeyi azaltma ($p < 0,001$) ve kıyafet değiştirme sıklığının ($z = -5,185$; $p < 0,001$) tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı bulundu (Tablo 6.2.5).

Girişim grubu kadınların pelvik taban kas gücü değerlendirildiğinde, kontrol grubundaki kadınlara göre tedavi sonrasında digital palpasyon ($z = -2,481$; $p = 0,013$) ve perineometri ($z = -3,356$; $p = 0,001$) puanlarında artış olduğu bulundu (Tablo 6.2.5).

Girişim grubunda tedavi sonrasında kan basıncı ölçümü normal olan kadınların oranının tedavi öncesine göre daha fazla olduğu görüldü ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı belirlendi ($p=0,046$; $p<0,05$) (Tablo 6.2.6).

Girişim grubu kadınlarda, alınan kafeinli içecek miktarı ($z= -3,685$; $p<0,001$), ani sıkışma hissi sayısı ($z= -3,259$; $p=0,001$), gündüz idrar yapma sayısı ($z= -3,676$; $p<0,001$), uykuda idrara kalkma sayısı ($z= -3,691$; $p<0,001$) günlük toplam idrar yapma sayısı ($z= -4,551$; $p<0,001$) ve idrar kaçırma sayısında ($z= -2,391$; $p=0,017$) tedavi sonrası oluşan azalmanın kontrol grubu kadınlara göre istatistiksel olarak daha fazla olduğu saptandı (Tablo 6.2.6).

Tedavi sonrası dönemde, girişim grubunda kontrol grubuna göre alınan su miktarı ($z= -2,149$; $p=0,032$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı. Kafeinli içecek miktarı ise girişim grubunda ($z=2,761$; $p=0,006$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az olarak saptandı ($p<0,05$) (Tablo 6.2.7).

Girişim ve kontrol grubu arasında kadınların “OAB-V8” formu toplam puanında gözlenen değişimler bakımından da ($t= -6,955$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 6.2.8). Girişim grubu kadınların tedavi sonrası dönemde AAM semptomlarındaki azalma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı.

Girişim grubu kadınların “KSA” yaşam kalitesi ölçeğinde, inkontinans etkisi ($t= -3,593$; $p<0,001$), rol kısıtlamaları ($t= -3,315$; $p<0,001$), fiziksel kısıtlamalar ($t= -4,035$; $p<0,001$), sosyal kısıtlamalar ($t= -3,831$; $p<0,001$) ve kişilerarası ilişkiler ($t= -2,346$; $p=0,021$) alt boyut puanlarındaki kontrol grubuna kıyasla olan değişim istatistiksel olarak anlamlı düzeydeydi. Benzer şekilde, girişim grubu kadınların “KSA” ölçeğinde, duygular ($t= -3,437$; $p<0,001$), uyku/enerji ($t= -3,164$; $p=0,002$), semptom şiddeti ($t= -3,317$; $p<0,001$) alt boyut ve KSA toplam ($t= -5,354$; $p<0,001$) puanlarındaki kontrol grubuna kıyasla olan değişim de istatistiksel olarak anlamlı düzeydeydi (Tablo 6.2.9). Girişim grubu kadınların tedavi sonrası dönemde yaşam kalitelerinde olan artış istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulundu.

Girişim grubu kadınların “SYBD” ölçeği, kişilerarası ilişkiler ($t=4,863$; $p<0,001$), beslenme ($t=5,095$; $p<0,001$), sağlık sorumluluğu ($t=5,239$; $p<0,001$) fiziksel

aktivite ($t=5,086$; $p=0,001$), stres yönetimi ($t=6,100$; $p<0,001$), manevi gelişim ($t=6,186$; $p<0,001$) alt boyut ve toplam ($t=9,139$; $p<0,001$) puanlarındaki artış düzeyi, kontrol grubu kadınların puanlarında olan artışa oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlendi ($p<0,01$) (Tablo 6.2.11). Girişim grubu kadınların tedavi sonrası dönemde SYBD ölçeği puanında artış olması, belirtilen sağlık davranışlarını daha fazla uyguladığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulundu.

Girişim grubu kadınların “KSE” ölçeğinde, anksiyete bozukluğu ($t= -4,744$; $p<0,001$), somatizasyon ($t=4,403$; $p<0,001$), psikotizm ($t= -3,148$; $p=0,002$), paranoid düşünceler ($t= -5,072$; $p<0,001$), obsesif-kompulsif bozukluk ($t= -5,362$; $p=0,001$), hostilete ($t= -3,434$; $p=0,001$), depresyon ($t= -4,137$; $p<0,001$), kişilerarası duyarlılık ($t= -3,106$; $p=0,002$), ek maddeler ($t= -4,109$; $p<0,001$) alt boyut ve KSE toplamı ($t= -6,463$; $p<0,001$) puanındaki azalma, kontrol grubu kadınların puanları ile kıyaslandığında, istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,01$). Girişim grubunda puanlardaki değişim daha fazlaydı. Girişim grubu kadınların “KSE” ölçeği, rahatsızlık ciddiyeti indeksi ($t= -6,463$; $p<0,001$), belirti toplamı indeksi ($t= -4,402$; $p<0,001$) ve semptom rahatsızlık indeksi ($t= -7,911$; $p<0,001$) alt boyut puanlarındaki azalma kontrol grubu kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı (Tablo 6.2.12). Girişim grubu kadınların tedavi sonrası dönemde ruhsal sorunlarındaki azalmanın daha fazla olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Girişim grubu kadınlarında, BKİ 30 kg/m^2 ve üstü olan kadınlarda $29,99 \text{ kg/m}^2$ ve altı olanlardan OAB-V8 ölçeği toplam puanlarında tedavi öncesine göre tedavi sonrası gözlenen değişimler ($z= -2,746$; $p=0,006$) istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha fazlaydı (Tablo 6.3.1). Girişim grubunda BKİ 30 kg/m^2 ve üstü olması, tedavi sonrası AAM sorunlarının azalmasında olumsuz etkisinin olmadığı istatistiksel olarak anlamlıydı.

Girişim grubu kadınlarında, eğitim düzeyi ortaokul ve altı olan, BKİ $29,99 \text{ kg/m}^2$ ve altı olan, doğum sayısı 2 ve daha az olan, menopoz süresi 4 yıl ve daha az olan, kronik hastalığı olmayan, idrar kaçırma süresi 5 yıl ve daha az olan kadınların tedavi öncesine göre tedavi sonrası KSA ölçeği toplam puanlarında gözlenen azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunması yaşam kalitelerinin daha fazla arttığını gösterdi ($p<0,01$) (Tablo 6.3.2).

Girişim grubu kadınların menopoz süresi 4 yıl ve daha az olan kadınlarda SYBD ölçeği toplam puanlarında tedavi öncesine göre tedavi sonrası gözlenen değişim ($z = -3,158$; $p = 0,002$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazlaydı ($p < 0,01$) (Tablo 6.3.3). Menopoz süresi daha az olan kadınların SYBD ölçeğine göre belirlenen davranışları daha fazla uygulamaları istatistiksel olarak anlamlıydı.

Girişim grubu kadınların eğitim düzeyi ortaokul ve altı olan kadınlarda lise ve üstü olanlardan, tedavi öncesine göre tedavi sonrası KSE ölçeği toplam puanlarında gözlenen değişimlerin ($z = -3,378$; $p < 0,001$) istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha fazlaydı. Kadınlarda eğitim düzeyinin düşük olması, ruhsal sorunların tedavi sonrası azalmasını olumsuz etkilemediği bulundu. Doğum sayısı 3 ve daha fazla olan kadınlarda, tedavi öncesine göre tedavi sonrası KSE ölçeği toplam puanlarında da ($z = -2,748$; $p = 0,006$) gözlenen değişimlerin daha fazla olduğu istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p < 0,01$) (Tablo 6.3.4). Kadınların doğum sayılarının fazla olması, tedavi sonrası ruhsal sorunlarının azalmasını olumsuz etkilemediği de bulundu.

Öneriler;

Araştırma bulgularımız AAM'li kadınlara uygulanan SGM doğrultusunda hazırlanan SYBD eğitim programının girişim grubu kadınların bilgi düzeylerini ve SYBD'ni artırdığını göstermektedir. Eğitim programının kadınların AAM semptomlarını azalttığı, yaşam kalitelerinin arttığı, ruhsal durumu daha iyi olduğu, SYBD değişikliği yaptığı görülmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre aşağıdaki önerilerde bulunulabilir.

- AAM'li kadınların eğitimlerinin kapsamının genişletilmesi
- Kadınlara uygulanan farmakolojik tedaviye SYBD eğitimlerinin eklenmesi
- SYBD'nin da eklendiği eğitim programlarının yaygınlaştırılması
- Çalışanların SYBD eğitimi konusunda bilgilendirilmesi amacıyla hizmet içi eğitim programlarına eklenmesi
- Hazırlanan SYBD eğitim kitapçığının klinik alanda rutin olarak kullanılması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

Abrams P., Andersson KE., Bircder L., Brubaker L., Cardozo L., Chapple C., Cottenden A., Davila W., De Ridder D., Dmochowski R. et al. (2010) Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 29: 213–240. DOI 10.1002/nau

Abrams P., Cardozo L., Fail M., Griffiths D., Roiser P., Ulmsten U., Kerrebroeck P., Victor A., Wen A. (2002) The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of The International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, 21: 167-78.

Abreu NS., Baracho ES., Tirado MGA., Dias RC. (2007) Quality of life from the perspective of elderly women with urinary incontinence. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, nov./dec.; 11(6): 429-436.

Afşin Y. (2008) Üriner inkontinanslı kadınların tedavisinde tolterodine ve trospium chloride tedavilerinin karşılaştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Kadın hastalıkları ve doğum kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç.Dr. M. Cem Turan).

Ahmed HM., Osman VA., Al-Alaf SK., Al-Tawil NG. (2013) Prevalence of urinary incontinence and probable risk factors in a sample of Kurdish. *Sultan Qaboos University Med J*, May; (13)2: 269-274.

Akça Ay F. (2012) Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s.15-16.

Akino H., Namiki M., Suzuki K., Fuse H., Kitagawa Y., Miyazawa K., Fujiuchi Y., Yokoyama O. (2014) Factors influencing patient satisfaction with antimuscarinic treatment of overactive bladder syndrome: Result of a real-life clinical study *International Journal of Urology*, 21: 389–394

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

Akman RY (2013) Aşırı Aktif Mesane tedavisinde Botulinum Toksin ve Nöromodülasyon. Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, 10: 9-15.

Alhasso AA., McKinlay J., Patrick K., Stewart L. (2009) Anticholinergic drugs versus non-drug active therapies for overactive bladder syndrome in adulttedavi sonrası . Cochrane Database of Systematic Reviews 2006. DOI:10.1002/14651858.CD003193.pub3.

Anger JT., Nissim HA., Le TX., Smith, AL., Lee U., Sarkisian C., Litwin MS., Raz S., Rodriguez LV., Maliski SL. (2011) Women's experience with overactive bladder symptoms and treatment: Insight Revealed from Patient Focus Groups. Neurourol Urodyn., September, 30(7): 1295–1299. Doi:10.1002/nau.21004.

Arslan C., Ceviz D. (2007) Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının değerlendirilmesi. F.Ü. Sağ. Bil. Derg. 21 (5): 211 – 220. <http://www.fusabil.org>

Aslan ve ark. (2009) KSA Sağlık Anketi Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. IV. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi, İstanbul.

Aşçı Ö. (2013) Gebe kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gülay Rathfish).

Auwad W., Steggles P., Bombieri L., Waterfield M., Wilkin T., Freeman R. (2008) Moderate weight loss in obese women with urinary incontinence: a prospective longitudinal study. Int Urogynecol J, 19:1251–1259

Aydemir İ. Edirne il merkezindeki 40–59 yaş arası kadınların sağlıklı ilişkili yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne (Danışman: Doç. Dr. H. Nezh Dağdeviren).

Aydinoğlu E., Bal K., Özçift B., Bölükbaşı A. (2012) Üriner inkontinans ve veya alt üriner sistem semptomlarının kadın cinsel sağlığı üzerine etkisi. Yeni Üroloji Dergisi - The New Journal of Urology, 7 (1): 33-41.

Bahar Z., Beser A., Gördes N., Ersin F., Kıssal A. (2008) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1).

Balcı MBC., Akçetin YZ. (2009) Üriner inkontinans ve sınıflaması. [abstract] Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics, 2(1): 13-6.

Balcı UG., Balcı U., Öngel K. (2013) Obez hastalarda aşırı aktif mesane semptomlarının OAB-V8 formu ile değerlendirilmesi. Yeni Üroloji Dergisi - The New Journal of Urology, 8 (3): 6-11.

Banakhar MA., Al-Shaiji TF., Hassouna MM. (2012) Pathophysiology of overactive bladder. Int Urogynecol J, 23: 975–982. DOI 10.1007/s00192-012-1682-6

Basak T., Uzun S., Arslan F. (2012) Incontinence features, risk factors, and quality of life in Turkish women presenting at the hospital for urinary incontinence. Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing, 39(1): 84–89. DOI: 10.1097/WON.0b013e31823efd47

Başgöl Ş. (2016) Pelvik taban disfonksiyonunu önlemede sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli. HSP 2016, 3(1):57-65. DOI:10.17681/hsp.45119

Başgöl Ş., Kızılkaya Beji N. (2015) Kontinans hemşirelerinin gelişen rollerinin uluslar arası düzeyde irdelenmesi. F.N. Hem. Derg, 23(3): 224-230.

Bernstein H., Cosford P., Williams A. (2010) Enabling effective delivery of health and wellbeing: An independent report. London: DH.

Beytur A., Yalçinkaya FR. (2010) Aşırı aktif mesane tedavisinde farmakoterapi. Turk Urol Sem, 1: 32-6.

Bilgiç Çelik D., Kızılkaya Beji N. (2012) Pelvik taban fonksiyon bozuklukları ve yaşam kalitesi. Ü.F.N. Hem. Derg, (20)1: 69-79.

Bilgili N., Akın B., Ege E., Ayaz S. (2008) Kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen risk faktörleri. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 28: 487-493.

Borges JBR., Neri L., Sigrist RMS., Martins LO., Guarisi T., Marchesini AC. (2009) Assessing quality of life of women with urinary incontinence using the King's Health questionnaire. Einstein; 7(3 Pt 1): 308-13.

Bozhüyük A. (2010) Çukurova üniversitesi sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana.

Buldu İ. (2010) Kliniğimizde takip edilen aşırı aktif mesaneli hastaların ürodinamik ve demografik özelliklerinin belirlenmesi. T.C. İstanbul Üniversitesi

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr. Oktay Demirkesen).

Bunn F., Kirby M., Pinkney E., Cardozo L., Chapple C., Chester K., Cruz F., Haab F., Kelleher C., Milsom I. et al. (2015) Is there a link between overactive bladder and the metabolic syndrome in women? A systematic review of observational studies. *Int J Clin Pract*, February, 69(2): 199–217.

Burgio KL. (2009) Behavioral treatment of urinary incontinence, voiding dysfunction, and overactive bladder. *Obstet Gynecol Clin N Am*, 36: 475–491. DOI:10.1016/j.ogc.2009.08.005

Burgio KL. (2013) Update on Behavioral and Physical Therapies for Incontinence and Overactive Bladder: The Role of Pelvic Floor Muscle Training. *Curr Urol Rep*, 14:457–464. DOI 10.1007/s11934-013-0358-1

Burgio KL., Kraus SR., Menefee S., France DB., Corton, M., Johnson HW., Mallett V., Norton P., FitzGerald MP., Dandreo KJ., et al. (2008) Behavior Therapy to Enable Drug Discontinuation in the Treatment of Urge Incontinence: A Randomized Controlled Trial *Ann Intern Med.*, August 5; 149(3): 161–169.

Cameron AP., Jimbo M., Heidelbaugh JJ. (2013) Diagnosis and office-based treatment of urinary incontinence in adults. Part two: treatment. *Therapeutic Advances in Urology*, 5(4): 189–200. DOI: 10.1177/ 1756287213495100

Can Güler T., Yağcı N. (2006) Kadın üriner inkontinansı ve fizyoterapi yaklaşımları. *D.P.Ü. Fen Bilimleri Enstitü Dergisi*, 11.

Cangöl E., Aslan E., Yalçın Ö. (2013) Kadınlarda pelvik taban kas egzersizleri ve hemşirenin rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(3): 49-56.

Cardozo L., Staskin D., Currie B., Wiklund I., Globe D., Signori M., Dmochowski R., MacDiarmid S., Nitti VW., Noblett K. (2014) Validation of a bladder symptom screening tool in women with incontinence due to overactive bladder. *Int Urogynecol J*, Dec 24;25(12):1655-63. DOI 10.1007/s00192-014-2417-7.

Cardozo L., Thorpe A., Warner J., Sidhu M. (2010) The cost-effectiveness of solifenacin vs. fesoterodine, oxybutynin immediate-release, propiverine, tolterodine extended-release and tolterodine immediate-release in the treatment of patients with overactive bladder in the UK National Health Service. *BJU International*, 106, 506–514. doi:10.1111/j.1464-410X.2009.09160.x

Chancellor MB., Kianifard F., Beamer E., Mongay L., Ebinger U., Hicks G., DelConte A. (2008) A Comparison of the efficacy of darifenacin alone vs. darifenacin plus a behavioural modification programme upon the symptoms of overactive bladder. *Int J Clin Pract*, April; 62(4): 606–613.

Christofi N., Hextall A. (2007) An evidence-based approach to lifestyle interventions in urogynaecology. *Menopause International*, 13:154–158.

Cihangiroğlu Z., Deveci SE. (2011) Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2): 78-83.

Coşkun A. (2012) Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul, s. 238-315.

Çankaya A. (2008) Aşırı Aktif Mesane tanısı almış kadınlarda mesane günlüklerinin incelenmesi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman Yard. Doç. Dr. Ümran (Yeşiltepe) Oskay).

Çapan N. (2016) Pelvik taban disfonksiyonunda etyoloji ve risk faktedavi öncesirleri. İçinde: Ürojinekolojide Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. Ed: Karan A., Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, s. 25-34.

Çetin C. (2010) Edirne ili merkezinde 20 yaş üstü popülasyonda üriner inkontinans prevalansı ve üriner inkontinansı etkileyen faktörler. T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, (Danışman: Doç. Dr. H. Neziğ Dağdeviren).

Çetinel B. (2008) İdrar kaçırma (Uriner İnkontinans): Tanımlama, sınıflandırma, değerlendirme ve tipleri. *Klinik Gelişim, Üroloji özel sayısı*, 21(3): 52-57.

Çiftçi Ö. (2009) Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, (Danışman: Prof. Dr. Osman Günay).

Danforth KN., Mary K., Townsend BA., Lifford K., Curhan GC., Resnick NM., Grodstein F. (2006) Risk Factors for Urinary Incontinence among Middle-aged Women *Am J Obstet Gynecol*. February; 194 (2): 339–345.

Davies N. (2011) Healthier lifestyles: Behaviour change. Nursing Times, 107(23): 20-23. www.nursingtimes.net

Demir S., Kızılkaya Beji N. (2015) Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışları F.N. Hem. Derg, 23(1): 23-31.

Demirci F. (2002) Üriner inkontinansta cerrahi ve farmakolojik tedavi yöntemleri. İçinde: Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı, Ed: Nezihe Kızılkaya Beji, İstanbul Üniversitesi Yayınları, Rektörlük No. 4338, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayın No.5, ISBN No. 975-404-653-0, Emek Matbaacılık, İstanbul, s: 91-102.

Demirci N., Aba YA., Süzer F., Karadağ F., Ataman H. (2012) 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesine etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 7(19).

Demirci N., Coşar F. (2009) Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg, 16(3): 35-40.

Ege E., Akın B., Koçoğlu D., Arıöz A. (2007) Postpartum bir yıllık dönemde üriner inkontinans sorunu yaşayan kadınlarda yaşam kalitesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2.

Eren Fidancı B. (2010) Nola J. Pender' in sağlığı geliştirme modelinin obez çocuklarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve özgüven kavramına etkisinin değerlendirilmesi. T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Ankara.

Ersin F., Bahar Z. (2012) Sağlığı geliştirme modelleri'nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: Bir literatür derlemesi. DEUHYO ED, 5(1): 28-38.

Ersoy Cingi M. (2013) Postmenopozal Kadınlarda Anal İnkontinans Görülme Sıklığı, Etiyolojisi ve Tedavisinde Pelvik Taban Egzersizlerinin Uygulanması. Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Nuran Kömürcü).

Fırdolaş F., Penbegül N., Dağgüllü M. (2010) Aşırı Aktif Mesane Tedavisinde Konservatif Yaklaşımlar. Turk Urol Sem, 1: 27-31

Filiz TM., Uludağ C., Cinar N., Gorpelioğlu S., Topsever P. (2006) Risk factory

for urinary incontinence in Turkish women A cross-sectional study. Saudi Med J, 27(11): 1688-92.

Gormley EA., Lightner DJ., Burgio KL., Chai TC., Clemens JQ., Culkin DJ., Das AK., Foster HE., Scarpero HM., Tessier CD. et al. (2014) Diagnosis and treatment of overactive bladder (Non-Neurogenic) in adults: AUA/SUFU Guideline. American Urological Association Education and Research. www.auanet.org/content/media/OAB_guideline.pdf

Gökkaya CS, Demirel HC, Aktaş BK, Bulut S, Doluoğlu ÖG, Erkmén AE, Akdemir AÖ, Memiş A. (2011) Üroloji Polikliniğinde KSA Sağlık Anketi Uygulaması. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 18 (2): 96-105.

Gönen İ., Akçam FZ., Yaylı G. (2004) Kadınlarda sık görülen üriner enfeksiyonlara yaklaşım. Sted, 13(4): 128-130.

Gördes Aydoğdu N., Bahar Z. (2011) Yoksul kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. DEUHYO ED, 4(1), 34-40.

Güler TC. (2006) Doğurgan çağda kadınlarda görülen üriner inkontinansın sağlık, sosyal, seksüel ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. T.C. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nesrin Yağcı).

Güler G., Güler N., Kocataş S., Yıldırım F., Akgül N. (2008) Bir üniversitede çalışan öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. C.Ü. Hemşirelik Dergisi; 12(3).

Gungor I., Kizilkaya Beji N. (2011) Lifestyle changes for the prevention and management of lower urinary tract symptoms in women. International Journal of Urological Nursing, 5(1).

Harvey MA. (2010) Pad test. In: Cardozo L., Staskin D. (Eds) Textbook of Female Urology and Orogynecology. 3rd Edition, UK, s. 250-256.

Haylen BT., De Ridder D., Freeman RM., Swift SE., Berghmans B., Lee J., Monga A., Petri E., Rizk DE., Sand PK., Schaer GN. (2010) An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourology and Urodynamics 29: 4-20.

İlgün S. (2011) Üriner inkontinansı olan hastalarda biyofeedback ile yapılan pelvik taban kas egzersizinin inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. T.C. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, (Danışman: Doç. Dr. Nimet Ovayolu).

Irwin DE., Milsom I., Kopp Z., Abrams P., Cardozo L. (2005) Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and emotional well-being in six European countries. *BJU International*, p: 96-100. Doi: 10.1111/j.1464-410X.2005.05889.x

Jayarajan J., Radomski SB. (2014) Pharmacotherapy of overactive bladder in adults: a review of efficacy, tolerability, and quality of life. *Research and Reports in Urology*. *Research and Reports in Urology*, 6: 1–16.

Karadamar M. (2010) Ergenlerin kiloları ile ilgili algılarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi. T.C. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Danışman Doç. Dr. Rana Yiğit).

Karasaç M. (2011) Normal vajinal doğum yapmış genç kadınlarda obesite ve doğum sayısı ile üriner inkontinans arasındaki ilişkinin karşılaştırılması. T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon. (Danışman Doç. Dr. Mehmet Yılmazer).

Kaya K., Ersöz M. (2008) Aşırı Aktif Mesaneli Hastalarda Antimuskarinik İlaçların Etkinliği ve Tolerabilitesi. *Derleme. FTR Bil Der J PMR, Sci*; 2: 92-103.

Kızılkaya Beji N. (2009) Üriner günlük ve mesane eğitimi. Edit. Yalçın Ö. *Temel Ürojinekoloji*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s: 283-291.

Kızılkaya Beji N., Başgöl Ş. (2016) Pelvik taban disfonksiyonunda yaşam tarzı değişiklikleri. İçinde: *Ürojinekolojide Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon*. Ed: Karan A., Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, s: 49-61.

Klutke CG, Burgio KL., Wyman JF., Guan Z., Sun F., Berriman S., Bavendam T. (2009) Combined Effects of Behavioral Intervention and Tolterodine in Patients Dissatisfied With Overactive Bladder Medication. *The Journal of Urology*, 181: 2599-2607.

Kulakçı H. (2011) Huzurevinde verilen hemşirelik hizmetlerinin yaşlıların özyeterlilik algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Ankara, (Tez Danışman: Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu).

Kuliyeva, S. (2007) Post menopozal dönemdeki kadınlara uygulanan hormon tedavisi ve antimuskarinik ilaçların üriner inkontinans üzerine etkisi. T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Süleyman Cansun Demir).

Kurul Ş. (2013) Üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi, tedavi öncesi - sonrası dönemde objektif ve subjektif parametrelerin karşılaştırılması. T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, (Danışman: Doç. Dr. Nebahat Özerdoğan, İkinci Danışman: Prof. Dr. Ömer Tarık Yalçın).

Lam S., Hilas O. (2007) Pharmacologic management of overactive bladder. *Clinical Interventions in Aging*, 2 (3): 337–345.

Lucas MG., Bedretidnova D., Berghmans LC., Bosch JLHR., Burkhard FC., Cruz F., Nambiar AK., Nilsson CG., Tubaro A., Pickard RS. (2015) Guidelines on urinary incontinence. European Association of Urology. (Erişim: 11.01.2017)

Lukacz ES., Sampsel C., Gray M., MacDiarmid S., Rosenberg M., Ellsworth P., Palme MH. (2011) A healthy bladder: a consensus statement. *Int J Clin Pract*, October, 65(10): 1026–1036. DOI: 10.1111/j.1742-1241.2011.02763.x

Mehdiyev M., İtil İM., Şendağ F., Akdemir A., Aşkar N. (2010) Stres inkontinans olgularının cerrahi tedavisinde transvaginal tape (TVT) ve transobturator tape (TOT) uygulamalarının etkinliğinin ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin karşılaştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 7: 117-24.

Mertoğlu O. (2012) Antimuskarinik ilaçların kullanım süresi üzerinde tartışmalar ve antimuskarinik reçetelerin akibeti. *Güncelleme Serileri*, Temmuz, 1(3): 38-39.

Milsom I., Altman D., Cartwright R., Lapitan MC., Nelson R., Sillén U., Tikkinen K. (2013) Epidemiology of urinary incontinence and other lower urinary tract symptoms, pelvic organ prolapse and anal incontinence. In: *Incontinence. European Association of Urology-The International Consultation on Urological Diseases*. Eds:

Abrams P., Cardozo L., Khoury S., Wein A., 5th International Consultation on Incontinence Paris February, 2012, p: 15-107.

Mody L., Juthani-Mehta M. (2014) Urinary tract infections in older women. JAMA, February 26, 311(8): 874. Doi:10.1001/jama.2014.1152.

Moonmuang N. (2005) Stress management and health promotion behaviours in young men in tertiary education settings [PhD thesis]. University of Victoria, Australia.

Newman DK., Buckley B., Gordon D., Griebing TL., Petty LE., Wang K. (2013) Continence promotion, education & primary prevention. In: Incontinence. European Association of Urology-The International Consultation on Urological Diseases. Eds: Abrams P., Cardozo L., Khoury S., Wein A., 5th International Consultation on Incontinence Paris February, 2012, p: 1787-1825.

NICE (National Institute for Health and Care Excellence, UK) (2015) Urinary incontinence in women: management. Clinical guideline, Last updated: November 2015. nice.org.uk/guidance/cg171.

Osman NI., Chapple CR. (2013) Overactive bladder syndrome: Current pathophysiological concepts and therapeutic approaches. Arab Journal of Urology, 11: 313–318.

O’Sullivan R., Karantanis E., Stevermuer TL., Allen W., Moore KH. (2004) Definition of mild, moderate and severe incontinence on the 24-hour pad test. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, August, 111: 859–862. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2004.00211.x

Özcan, H. (2016) Gümüşhane’de yaşayan 50 yaş ve üzeri kadınlarda, alt üriner sistem şikayetleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ilişkisi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji).

Özdemir E. (2009) Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi’nde 20 yaş ve üzeri evli kadınlarda üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon üzerine etkisi. T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nebahat Özerdoğan).

Özdurak İ. (2009) Stres üriner inkontinans ile sezaryen abdominalis ve vaginal yolla doğum eylemi arasındaki ilişkinin araştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Okmeydanı

Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Tez Danışmanı: H.Ekrem Özakın).

Özkan S., Yılmaz E. (2008) Hastanede alışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimini davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(7).

Refshauge A., Kalisch D. (2013) Incontinence in Australia. Australian Institute of Health and Welfare, Australia; p.13.

Rosenberg MT., Witt ES., Barkin J., Miner M. (2014) A practical primary care approach to overactive bladder. Can J Urol, 21(Suppl 2):2-11.

Sakraida TJ. (2010) Health Promotion Model. Ed. Alligood M.R., Tomey A.M.: Nursing Teorists and Their Work. Mosby Elsevier, USA.

Saleh S., Majumdar A., Williams K., (2014) The conservative (non-pharmacological) management of female urinary incontinence. The Obstetrician&Gynaecologist; 16: 169–77. DOI: 10.1111/tog.12110.

Sarı D. (2007) Pelvik taban kas egzersizinin üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi, İzmir (Tez Danışmanı Prof. Dr. Leyla Khorshid).

Sarıcı DY. (2009) riner inkontinans tedavisinde pelvik taban egzersizleri nöromodülasyon-biofeedback için evde egzersiz eğitim uygulaması kısa dönem sonuçları. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Tez Danışmanı Doç. Dr. Ahmet Birtan Boran).

Sevinç S. (2012) Pender’ in Sağlığı Geliştirme modelinin miyokard infarktüsü geçirmiş bireylerde uygulanması. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman Prof. Dr. Glmser Argon).

Song C, Park JT, Heo KO, Lee KS, Choo MS (2006) Effects of Bladder Training and/or Tolterodine in Female Patients with Overactive Bladder Syndrome: A Prospective, Randomized Study. J Korean Med Sci; 21: 1060-3.

Srikrishna S., Robinson D., Cardozo L., Vella M. (2007) Management of overactive bladder syndrome. Postgrad Med J, 83: 481-486. DOI: 10.1136/pgmj.2007.057232.

Subak LL., Whitcomb E., Shen H., Saxton J., Vittinghoff E., Jeanette BS. (2005) Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence. J Urol. July; 174 (1): 190–195.

Subak LL., Wing R., West DS., Franklin F., Vittinghoff E., Creasman JM., Richter HE., Myers D., Burgio KL., Amy A. et al. (2009) Weight Loss to Treat Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women. The New England Journal Of Medicine, 360;5, s. 481-90.

Şahin NH., Durak Batıgün A., Uğurtaş S. (2002) Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler için Kullanımının Geçerlik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. Türk Psikiyatri Dergisi, 13(2):125-135.

Şükür N. (2012) Kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumlarının vajinal duş yapma durumuna etkisi. T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman Yrd. Doç. Dr. Hatice Yıldız).

Tarcan T. (2008) Aşırı Aktif Mesane. Klinik Gelişim, Üroloji Özel Sayısı, 21(3): 59-64.

Tarcan T., Mangır N., Özgür MÖ., Akbal C. (2012) OAB-V8 Aşırı Aktif Mesane sorgulama formu validasyon çalışması. Üroloji Bülteni, 21: 113-116.

Taşkın, L. (2011) Doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği. Genişletilmiş 10. Baskı. Sistem ofset matbaacılık, Ankara, s. 295.

Tehrani FJ., Nikpour S., Kazemi EAH., Sanaie N., Panahi SAS. (2014) The Effect of education based on Health Belief Model on Health Beliefs of women with urinary tract infection, IJCBNM, 2(1):2-11.

Tikkinen KAO., Auvinen A., Heini H., Tammela TLJ. (2006) Nocturia and Obesity: A Population-based Study in Finland. Am J Epidemiol, 163:1003–1011.

TNSA-2013 (2014). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, s. 62. (Erişim 23.12.16) www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013

Topuz Ş. (2011) Üriner inkontinanstaki uygulanan kegel egzersizlerinin kadın cinsel doyumu üzerine etkileri. T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Tezi, Kayseri, (Danışman: Prof. Dr. E. Ümit Seviğ).

TÜİK (2016) Türkiye İstatistik Kurumu, Doğum İstatistikleri, 2015, Ankara. (Erişim 22.12.16).

Turhan (Türkanık) A. (2010) Üriner inkontinansın röproduktif ve postmenopozal dönemde kadın cinsel fonksiyon bozuklukları üzerine etkisi. T.C. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Süleyman Engin Akhan).

Üçer O., Gümüş B., Albaz AC., Pekindil G. (2016) Aşırı aktif mesaneli kadınlarda mesane duvar kalınlığının değerlendirilmesi. Turk J Urol; 42(2): 97-100. DOI:10.5152/tud.2016.95871.

Ünsal Barlas G., Karaca S., Onan N., Işıl Ö. (2010) Üniversite Sınavına Hazırlanan Bir Grup Öğrencinin Kendilik Alguları ve Ruhsal Belirtileri Arasındaki İlişki. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nurses, 1(1): 18-24.

Wong T., Lau BYT., Mak HL., Pang MW., Cheon C., Yip SK. (2006). Changing prevalence and knowledge of urinary incontinence among Hong Kong Chinese women. Int Urogynecol J., Nov; 17(6): 593- 597.

Wyman JF., Burgio KL., Newman DK. (2009) Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. Int J Clin Pract, 63: 1122–3.

Xu TZ, Sun QH, Huang X, Lyu BD. (2015) A nurse-led long-term pelvic floor muscle training program in the management of female patient with overactive bladder e A study protocol for a randomized controlled trial. International journal of nursing sciences 2, p. 158-166.

Yağmur Y., Ulukoca N. (2010) Urinary incontinence in hospital-based nurses working in Turkey. International Journal of Gynecology and Obstetrics 108; 224–227.

Yalçın Ö. (2000) Üriner İnkontinanslara Genel Bakış. Ed. Haldun Güner, Ürojinekoloji, Atlas KitapTic. Ltd. Şti., Birinci Baskı, Ankara.

Yalçın Ö., Ayyıldız Erkan H. (2003) Mesane eğitimi el kitapçığı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Birimi, İstanbul.

Yamaguchi O., Nishizawa O., Takeda M., Yokoyama O., Homma Y., Kakizaki H., Obara K., Gotoh M., Igawa Y., Seki N., et al. (2009) Clinical guidelines for

overactive bladder. *International Journal of Urology*, 16, 126–142. DOI: 10.1111/j.1442-2042.2008.02177.x

Yeşiltepe Oskay Ü. (2002) Üriner inkontinansın önlenmesi ve kontinansın geliştirilmesi. İçinde: Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı, Ed: Nezihe Kızılkaya Beji, İstanbul Üniversitesi Yayınları, Rektörlük No. 4338, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayın No.5, ISBN No. 975-404-653-0, Emek Matbaacılık, İstanbul, s: 61-73.

Yıldırım M. (2008) Meme cerrahisi geçirmiş kadınların ruhsal durumları ve algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile ilgili bir çalışma. T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Makbule Batmaz).

Yüce T. (2010) Aşırı Aktif Mesane Sendromu tedavisinde antikolinergikler ile ağırlıklı vajinal koniler ile yaptırılan pelvik taban kas egzersizlerinin etkisinin karşılaştırılması. T.C. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Fulya Dökmeci).

10. EKLER

EK: 1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Aşırı Aktif Mesaneli Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Eğitiminin Tedavi Üzerine Etkisi'ni belirlemek amacıyla yapılacak olan bu araştırma, doktora tezi olarak hazırlanacaktır. Bu araştırmaya katılmaya karar verdiğinizde “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu”nu onaylamanız gereklidir. Yazılı Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formunu imzaladığınızda, araştırmacı ve birim çalışanlarının orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişmesine izin vermiş olacaksınız, ancak bu bilgileriniz gizli tutulacaktır. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacak, araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Çalışma sürecinde, araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde ettiğimizde siz veya yasal temsilcisiniz zamanında bilgilendirilecektir.

Araştırmaya katıldığınızda, rastgele kura ile iki grup oluşturmayı ve 105 kadının ilaç grubu ile 105 kadının ilaç+eğitim grubu olmasını planlıyoruz. İlk görüşmede size “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Üriner Günlük”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II”, “Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu (OAB V8)”, “King Sağlık Anketi”, “Kısa Semptom Envanteri”, “24 Saatlik Standart Ped Testi Uygulaması” yapılacaktır. Eğer ilaç grubunda olursanız, hekim tarafından ilaç tedavisi size verilecek ve 3. ayda görüşmeye gelmeniz istenecek ve ilk görüşmede uygulananlar ile birlikte “İzlem Formu” da doldurulacaktır.

Eğer ilaç+eğitim grubunda olursanız, size hekim tarafından verilecek ilaç tedavisi ile birlikte araştırmacı tarafından Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış eğitimi uygulanacaktır. Aşırı Aktif Mesanede Sağlıklı Yaşam Biçimi Eğitim Elkitapçığı verilecek, mesane eğitimi yapılarak ortalama 6 hafta üriner günlük formunu kayıt etmeniz ve haftalık görüşmeye gelmeniz istenecektir. Devamında 3. aya kadar haftalık telefonla aranarak tedaviniz için istediğimiz davranışları uygulamanız sorgulanacak ve “Uygulama Kayıt Formu”na kayıt edilecektir. 3. ayda da görüşmeye gelmeniz istenecek ve ilk görüşmede uygulananlar ile birlikte “İzlem Formu” da doldurulacaktır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahiptir. Bu çalışmaya katılarak Aşırı Aktif Mesane tanısı almış olan kadınların sağlığına olumlu yönde katkıda bulunmuş olacaksınız. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istedik ve bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu çalışma için sizden herhangi bir ücret alınmayacak, size de hiçbir ücret ödenmeyecektir. Bağlı bulunduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'ndan da herhangi bir ücret alınmayacaktır. İlgü ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı: Gülsen Çayır
0 533 517 52 12

Yukarıda sözü geçen araştırmanın; amacı, uygulama süresi, uygulanacak araçlar ve yöntem konusunda bilgilendirildim. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

EK: 2**TANITICI BİLGİ FORMU**

Çalışma kapsamına alındığınız zaman cevaplarınız saklı kalacağı için, sorulara içtenlikle ve doğru şekilde cevap vermeniz rica olunur.

1. Grup No: 1) Girişim Grubu 2) Kontrol Grubu Tarih: ____/____/201__

2. Adı, Soyadı:

Demografik Özellikler:

3. Yaş:

4. Kilo:

5. Boyunuz:

6. BKİ:

7. Eğitim durumu:

8. Medeni Durum:

9. Aile Tipi: 1) Çekirdek Aile 2) Geniş Aile

10. Mesleği: 1) Ev hanımı 2) Çalışan 3) Emekli

11. Sosyal Güvence:

12. Algılanan Ekonomik Durum: 1) İyi 2) Orta 3) Kötü

Obstetrik Özellikler:

13. Gebelik Sayısı:

14. Doğum Sayısı:

15. Doğum Şekli: 1) Vajinal 2) Sezaryen

16. Epizyotomi Uygulaması: 1) Hayır 2) Evet

17. Vakum, Forseps Kullanımı: 1) Hayır 2) Evet

18. 4000 gr Üzerinde Bebek Doğurma: 1) Hayır 2) Evet

19. Çoğul Gebelik Durumu: 1) Hayır 2) Evet

20. Kürtaj: 1) Hayır 2) Evet

21. Menapoz Durumu: 1) Hayır 2) Evet

22. Menopoza Kaç Yıl Önce Girildiği:

23. Hormon Replasman Tedavisi Kullanımı: 1) Hayır 2) Evet

Alışkanlıklar:

24. Sigara Kullanma Durumu: 1) Hiç İçmemiş 2) Bırakmış 3) Evet ___adet/gün

25. Asitli Meyve Alımı:

1) Hayır 2) Evet: _____ (portakal, greyfurt, limon, ananas)

26. Mesane İritasyonuna Neden Olan Diğer Yiyeceklerin Alımı:

1) Hayır 2) Evet: _____ (süt, yoğurt, domates, çikolata)

27. Defekasyona Çıkma Durumu: _____ kez/hafta

Sağlık Durumu:

28. Sık Üriner Sistem Enfeksiyonu Geçirme Durumu: 1) Hayır

2) Evet _____ kez/yılda

29. Mesanede Ağrı Hissetme Durumu:

1) Hiçbir zaman 2) Ara sıra 3) Bazen 4) Genellikle 5) Her zaman

30. İdrar Yapmak İçin Tuvalete Yetişmekte Acele Etme Durumu:

1) Hiçbir zaman 2) Ara sıra 3) Bazen 4) Genellikle 5) Her zaman

31. Tuvalete Yetişmeden İdrar Kaçırma Durumu:

1) Hiçbir zaman 2) Ara sıra 3) Bazen 4) Genellikle 5) Her zaman

32. Ne Sıklıkla İdrar Kaçırıldığı: 1) Hiçbir zaman

2) Ara sıra (Haftada 1 veya daha az)

3) Bazen (Haftada 2-3 kez)

4) Genellikle (Günde 1 kez)

5) Her zaman (Günde birkaç kez)

33. Kaç Yıldır İdrar Kaçırıldığı: _____ ay/yıl

34. Hiçbir Neden Yokken ve İdrar Hissi Olmadan (tuvalete gitme isteği hissetmeksizin) İdrar Kaçırma Durumu:

1) Hiçbir zaman 2) Ara sıra 3) Bazen 4) Genellikle 5) Her zaman

35. Cinsel İlişki Sırasında İdrar Kaçırma Durumu:

1) Hiçbir zaman 2) Ara sıra 3) Bazen 4) Genellikle 5) Her zaman

6) Uygun değil

36. İdrar Kaçırma Yöntemi (Fazla sayıda şık işaretlenebilir):

1) Oturma/Çömelme

6) Tuvalet yakınında olma

2) Zihinsel konsantrasyon

7) Sık idrara gitme

3) Yavaş ve derin nefes alma

8) Koşarak tuvalete gitme

4) Pelvik taban kas kontraksiyonu

9) Normal tempoda yürüyerek tuvalete gitme

5) Pelvik taban kas egzersizi

10) Su içmeyi azaltma

37. İdrar kaçırma sorunu için ne sıklıkta ped/bez kullanıldığı:

- 1) Hiç Kullanılmıyor
- 2) Haftada_____adet
- 3) Günde_____adet

38.24 Saatlik Ped Test Sonucu:

39.Digital palpasyon Sonucu:

40.Perineometri Sonucu:

41.İdrar kaçırma nedeniyle gün içerisinde kıyafetlerinizi değiştirmeniz gerekiyor mu?

- 1) Hiçbir zaman
- 2) Ara sıra
- 3) Bazen
- 4) Genellikle
- 5) Her zaman

42.İdrar Sorunu Nedeniyle Daha Önce Uygulanan Tedavi:

- 1) Hayır
- 2) İlaç Tedavisi
- 3) Elektriksel stimülasyon
- 4) Biofeedback
- 5) Mesane eğitim
- 6) Kegel egzersizi
- 7) Diyet

43. Konulan Tanı:

44. Uygulanacak Farmakolojik Tedavi:

45. Uygulanacak Ek Tedavi:

46. Geçirilen Jinekolojik Operasyon: 1) Hayır

- 2) TAH+BSO
- 3) Kolporafi Anterior
- 4) Endometrial polip

47. Kronik Hastalık Durumu: 1) Hayır 2) Evet ise Türü _____

48. Kronik Öksürük Durumu: 1) Hayır 2) Evet

49. Diyabet Durumu: 1) Hayır 2) Regüle Değil 3)Regüle

50. Tansiyon Arteriel: 1) Normal 2) Yüksek

51. Devamlı Kullanılan İlaçlar: 1) 2)

EK: 3A**ÜRİNER GÜNLÜK AÇIKLAMA**

Bu kart size idrar kaçırma ve idrar yapma kayıtlarınızı tutmanıza yardım edecektir. Lütfen bu kartı 3 gün süreyle doldurun. Her gün için yeni bir karta başlayın. Bir gün için birden fazla kart kullanabilirsiniz. Bu kayıtları tutarken her gün 6-8 su bardağı su içmenizi öneriyoruz. Kartı doldururken aşağıdaki yönergeyi inceleyiniz.

ÖRNEK:

Saat (1)	Alınan sıvı tipi (2)	Miktar	İdrar yapma zorunluluğu (3) (X)	İdrar Yapma (4) (X)	İdrar Kaçırma (5) (X)	Yapılan Meşguliyet (6)
08:00	Çay	Bir çay bardağı		X		
09:15			X		X	Bulaşık yıkarken
09:30	Kahve	Bir fincan			X	Otururken
11:00			X			

- İdrar kaçırdığınız ya da idrarınızı yaptığınız zamanlar gibi sıvı aldığınız zamanları da kaydediniz.
- Aldığınız sıvının türünü (kahve, su vb) ve miktarını (su bardağı, fincan vb) kaydedin. Oda ısısında sıvı olan her şey sıvı olarak düşünülmelidir (Örn: Dondurma).
- İdrar yapma zorunluluğu hissettiğiniz her zamanı işaretleyiniz.
- İdrar yaptığınız her zamanı işaretleyiniz.
- İdrar sızıntısı olan her zamanı işaretleyiniz.
- İdrar kaçırdığınız sıradaki işinizi kaydedin. Eğer herhangi bir şey yapmıyorsanız oturduğunuzu, ayakta olduğunuzu, uzandığınızı kaydediniz.

EK: 4 AŞIRI AKTİF MESANE SORGULAMA FORMU (OAB- V8)

Adı Soyadı:

Aşağıdakiler sizi ne ölçüde rahatsız etmektedir?	Hiç		Çok az		Biraz		Epey		Çok		Çok fazla	
	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
Aylar												
1. Gündüz sık idrara çıkma	0	0	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
2. Rahatsız edici bir idrar sıkışması	0	0	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
3. Ani, beklenmedik bir idrar sıkışması	0	0	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
4. Kazara az miktarda idrar kaçırma	0	0	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
5. Gece idrara çıkma	0	0	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
6. Gece idrar yapma ihtiyacı ile uyanma	0	0	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
7. Kontrol edilemez bir idrar sıkışması	0	0	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
8. Aşırı idrar yapma isteği ile birlikte idrar kaçırma	0	0	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
	1.TÖ-TOPLAM PUAN:.....						3.AY TS-TOPLAM PUAN:.....					

EK: 5**KİNG SAĞLIK ANKETİ**

Hastanın Adı Soyadı:

Bölüm I.	Derece	1.AY TÖ Puan	3.AY TS Puan
Genel Sağlık Algılama			
1. Şu anki sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?	- Çok iyi - İyi - Fena değil - Kötü - Çok kötü	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
İnkontinans Etki			
2. İdrar sorununuzun hayatınızı ne kadar etkilediğini düşünüyorsunuz?	- Hiç - Biraz - Orta - Çok	1 2 3 4	1 2 3 4
Bölüm II.	Derece	Puan	Puan
Rol kısıtlamaları			
3a. İdrar sorunu evdeki görevlerinizi ne ölçüde etkiler? (temizlik, alışveriş vb.)	- Hiç - Biraz - Orta - Çok	1 2 3 4	1 2 3 4
3b. İdrar sorunu ev dışındaki normal günlük aktivitelerinizi veya işinizi etkiler mi?	- Hiç - Biraz - Orta - Çok	1 2 3 4	1 2 3 4
Fiziksel kısıtlamalar			
4a. İdrar sorunu fiziksel aktivitelerinizi etkiler mi? (yürüyüş yapma, koşma, spor, jimnastik vb.)	- Hiç - Biraz - Orta - Çok	1 2 3 4	1 2 3 4
4b. İdrar sorunu seyahat etmenizi etkiler mi?	- Hiç - Biraz - Orta - Çok	1 2 3 4	1 2 3 4
Sosyal kısıtlamalar			
4c. İdrar sorunu sosyal yaşamınızı etkiler mi?	- Hiç - Biraz - Orta - Çok	1 2 3 4	1 2 3 4
4d. İdrar sorunu arkadaşlarınızla görüşmenizi/ ziyaretlerinizi kısıtlar mı?	- Hiç - Biraz - Orta - Çok	1 2 3 4	1 2 3 4
Kişilerarası ilişkiler			
5a. İdrar sorunu eşinizle olan ilişkinizi etkiler mi?	-Bana uygun değil - Hiç - Biraz - Orta - Çok	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
5b. İdrar sorunu cinsel yaşamınızı etkiler mi?	-Bana uygun değil - Hiç - Biraz - Orta - Çok	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
5c. İdrar sorunu aile yaşamınızı etkiler mi?	-Bana uygun değil - Hiç - Biraz - Orta - Çok	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

Duygular			
6a. İdrar sorunu nedeniyle kendinizi depresif hisseder misiniz?	- Hiç - Biraz - Orta - Çok	1 2 3 4	1 2 3 4
6b. İdrar sorunu nedeniyle kendinizi sınırlı ve endişeli hisseder misiniz?	- Hiç - Biraz - Orta - Çok	1 2 3 4	1 2 3 4
6c. İdrar sorunu nedeniyle kendinizi kötü bir kişi olarak görür müsünüz?	- Hiç - Biraz - Orta - Çok	1 2 3 4	1 2 3 4
Uyku/Enerji			
7a. İdrar sorunu uykunuzu etkiler mi?	- Hiç - Bazen - Sık sık - Her zaman	1 2 3 4	1 2 3 4
7b. Kendinizi yıpranmış ve yorgun hisseder misiniz?	- Hiç - Bazen - Sık sık - Her zaman	1 2 3 4	1 2 3 4
Şiddet ölçümleri-Aşağıdakilerden herhangi birisini yapar mısınız; eğer yaparsanız ne kadar?			
8a. Kuru kalmak için ped kullanma?	- Hiç - Bazen - Sık sık - Her zaman	1 2 3 4	1 2 3 4
8b. İçilen sıvı miktarına dikkat etme?	- Hiç - Bazen - Sık sık - Her zaman	1 2 3 4	1 2 3 4
8c. Islandığı zaman iç çamaşırlarını değiştirme?	- Hiç - Bazen - Sık sık - Her zaman	1 2 3 4	1 2 3 4
8d. Koku olduğunda üzülme?	- Hiç - Bazen - Sık sık - Her zaman	1 2 3 4	1 2 3 4
8e. İdrar sorunundan dolayı sıkıntı duyma?	- Hiç - Bazen - Sık sık - Her zaman	1 2 3 4	1 2 3 4
Frequency	Çok sık tuvalete gitme	- Biraz - Orta - Çok - İhmal edilebilecek kadar az	1 2 3 0
Noctüri	Gece tuvalete gitme		1 2
Urgency	İdrar yapma isteğini bastırmada zorluk ve güçlük		2 3
Urge inkontinans	Ani idrar yapma hissiyle sıkışıp idrar yapma		3 0
Stres inkontinans	Fiziksel aktivite, gülme, öksürme, koşma vb. sırasında idrar kaçırma		0
Noktürnal enürezis	Gece yatağı ıslatma		
İlişkide inkontinans	Cinsel birleşme anında idrar kaçırma		
Sık sık idrar yolu enfeksiyonu			
İdrar torbasında ağrı			
İdrar yapmada zorluk			
Diğer (lütfen belirtiniz)			

EK: 6**SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II**

Bu ankette su anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği (X) şeklinde belirtiniz.

Adı Soyadı: _____

1.TÖ ___/___/201__

3. ay TS ___/___/201__

Sayı	Sorular	Hiç bir zaman (1)		Bazen (2)		Sık sık (3)		Düzenli olarak (4)	
		1	3	1	3	1	3	1	3
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım								
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim								
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım								
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım								
5	Yeterince uyurum								
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim								
7	İnsanları başarıları için takdir ederim								
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım								
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum								
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)								
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım								
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım								
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm								
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim								
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım								
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm								
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim								
18	Geleceğe umutla bakarım								
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım								
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim								
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım								
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım								
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm								
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim								
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır								
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim								
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım								
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım								
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım								
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım								
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum								
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim								
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim								
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)								

Sayı	Sorular	Hiç bir zaman (1)		Bazen (2)		Sık sık (3)		Düzenli olarak (4)	
		1	3	1	3	1	3	1	3
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim								
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum								
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım								
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez turu gıdalardan 3-4 porsiyon yerim								
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım								
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim								
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım								
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım								
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım								
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum								
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım								
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım								
47	Yorulmaktan kendimi korurum								
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım								
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim								
50	Kahvaltı yaparım								
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım								
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım								

EK: 7**KISA SEMPTOM ENVANTERİ****Hastanın Adı Soyadı:**

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra o belirtinin sizde bugün dahil, son bir haftadır ne kadar var olduğunu yandaki bölmede uygun olan yere işaretleyiniz.

Her belirti için sadece bir yeri işaretleyiniz ve hiçbir maddeyi atlamayınız. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyiniz, eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı siliniz.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendiriniz:

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0. Hiç yok

1. Biraz var

2. Orta derecede var

3. Epey var

4. Çok fazla var

1.TÖ**3.AY TS**

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?		Hiç		Biraz		Orta		Epey		Çok	
		1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
1	İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali										
2	Baygınlık, baş dönmesi										
3	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri										
4	Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu										
5	Olayları hatırlamada güçlük										
6	Çok kolayca kızıp öfkelenme										
7	Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar										
8	Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu										
9	Yaşamınıza son verme düşünceleri										
10	İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi										
11	İştahta bozukluklar										
12	Hiçbir nedeni olmayan ani korkular										
13	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları										
14	Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek										
15	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek										
16	Yalnızlık hissetmek										
17	Hüzünlü, kederli hissetmek										
18	Hiçbir şeye ilgi duymamak										
19	Ağlamaklı hissetmek										
20	Kolayca incinebilmek, kırılmak										
21	İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak										
22	Kendini diğerlerinden daha aşağı görme										
23	Mide bozukluğu, bulantı										
24	Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu										
25	Uykuya dalmada güçlük										
26	Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek										
27	Karar vermede güçlükler										

		Hiç		Biraz		Orta		Epey		Çok	
		1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
28	Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak										
29	Nefes darlığı, nefessiz kalmak										
30	Sıcak, soğuk basmaları										
31	Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak										
32	Kafanızın “bomboş” kalması										
33	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar										
34	Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği										
35	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları										
36	Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük / zorlanmak										
37	Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi										
38	Kendini gergin ve tedirgin hissetmek										
39	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler										
40	Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği										
41	Bir şeyleri kırma, dökme isteği										
42	Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak										
43	Kalabalıklarda rahatsızlık duymak										
44	Başka bir insana hiç yakınlık duymamak										
45	Dehşet ve panik nöbetleri										
46	Sık sık tartışmaya girmek										
47	Yalnız bırakıldığında / kalındığında sinirlilik hissetmek										
48	Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek										
49	Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek										
50	Kendini değersiz görmek / değersizlik duyguları										
51	Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu										
52	Suçluluk duyguları										
53	Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri										

EK: 8**UYGULAMA KAYIT FORMU**

Adı, Soyadı:

0-Yapmayan

1- Arasıra yapan

2-Düzenli yapan

Tarih	İlaç kullanımı	Günlük alınan ortalama sıvı miktarı	Pelvik taban kas kontraksiyonu ve egzersizi uygulama	Zihinsel meşguliyet uygulama	Planlanan mesane eğitim saatlerine uyum	Kilo verme
...../...../201						
...../...../201						
...../...../201						
...../...../201						
...../...../201						
...../...../201						
...../...../201						
...../...../201						
...../...../201						
...../...../201						
...../...../201						
...../...../201						
...../...../201						
...../...../201						
...../...../201						

EK: 9**İZLEM FORMU****Hastanın Adı Soyadı:**

1. Grup No:	___/___/201_
2. Adı, Soyadı:	3. Ay
3. Kilo:	
4. BKİ:	
5. Sigara Kullanma Durumu: 1) Hiç içmemiş 2) Bırakmış 3) Evet ___ adet/gün	
6. Alınan Su Miktarı: _____ litre/günde	
7. Kafeinli İçecek Alımı: 1) Hayır 2) Evet: _____ bardak/günde (kola, kahve, çay, soda ve alkol)	
8. Asitli Meyve Alımı: 1) Hayır 2) Evet:bardak/adet/günde (portakal, greyfurt, limon, ananas)	
9. Mesane İritasyonuna Neden Olan Diğer Yiyeceklerin Alımı: 1) Hayır 2) Evet: _____ bardak/adet/günde (süt, yoğurt, domates, çikolata)	
10. Gündüz İdrar yapma Sayısı: _____ kez	
11. Uykuda İken İdrara Kalkma Sayısı: 1) Hayır 2) Evet _____ kez/gece	
12. Defekasyona Çıkma Durumu: _____ kez/hafta	
13. Mesanede Ağrı Hissetme Durumu: 1) Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> 3) Genellikle 2) Bazen <input type="checkbox"/> 4) Her zaman	
14. İdrar Yapmak İçin Tuvalete Yetişmekte Acele Etme durumu: 1) Hiçbir zaman 4) Genellikle 2) Ara sıra 5) Her zaman 3) Bazen	
15. Tuvalete Yetişmeden İdrar Kaçırma Durumu: 1) Hiçbir zaman 4) Genellikle 2) Ara sıra 5) Her zaman 3) Bazen	
16. Ne Sıklıkla İdrar Kaçırıldığı: 1) Hiçbir zaman 2) Ara sıra (Haftada 1 veya daha az) 3) Bazen (Haftada 2-3 kez) 4) Genellikle (Günde 1 kez) 5) Her zaman (Günde birkaç kez)	

	__/__/201__
17. İdrar Kaçırma Sırasında Yapılan Meşguliyet:	
18. Hiçbir neden yokken ve idrar hissi olmadan (tuvalete gitme isteği hissetmeksizin) idrar kaçırma Durumu: 1) Hiçbir zaman 4) Genellikle 2) Ara sıra 5) Her zaman 3) Bazen	
19. Cinsel İlişki Sırasında İdrar Kaçırma Durumu: 1) Hiçbir zaman 4) Genellikle 2) Ara sıra 5) Her zaman 3) Bazen 6) Uygun değil	
20. İdrar Kaçırmayı Engelleme Yöntemi (Fazla sayıda şık işaretlenebilir): 1) Oturma/Çömelme 2) Zihinsel konsantrasyon 3) Yavaş ve derin nefes alma 4) Pelvik taban kas kontraksiyonu 5) Pelvik taban kas egzersizi 6) Tuvalet yakınında olma 7) Sık idrara gitme 8) Koşarak tuvalete gitme 9) Normal tempoda yürüyerek tuvalete gitme 10) Su içmeyi azaltma	
21. İdrar kaçırma sorununuz için ne sıklıkta ped/bez kullanırsınız? 1) Hayır 2) Haftada _____ adet 3) Günde _____ adet	
22. 24 Saatlik Ped Test Sonucu:	
23. Digital palpasyon Sonucu:	
24. Perineometri Sonucu:	
25. İdrar kaçırma nedeniyle gün içerisinde kıyafetlerinizi değiştirmeniz gerekiyor mu? 1) Hiçbir zaman 4) Genellikle 2) Ara sıra 5) Her zaman 3) Bazen	
26. Diyabet Durumu: 1) Hayır 2) HbA1c: % _____	
27. Tansiyon Arteriel: _____ mmHg	

EK: 10 AŞIRI AKTİF MESANELİ KADINLARDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞ EĞİTİMİ SUNUMU

**AŞIRI AKTİF MESANELİ
KADINLARDA
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞ EĞİTİMİ**



Gülşen Çayır

KADINDA İDRAR YOLLARI SİSTEMİ

İDRAR YOLLARINA ÖNDEN BAKIŞ



BÖBREK BÖBREK
ÜRETER ÜRETER
İDRAR TORBASİ
SFINKTER ÜRETRA

KADINDA ÜREME ORGANLARI



Rahim (Uterus) Fallop tüpü
Yumurtalık (Over) Rahim boynu (Serviks)
Vajina

KADINDA ÜREME ORGANLARI

Normal Kadın Pelvis Anatomisi



Rahim Makat
Mesane İdrar Kanalı
Hazne



Mesaneden İdrar Boşalması



Beyin-Mesane İletisi



Mesaneden İdrar Boşalması



Mesane Üretra Kaslar

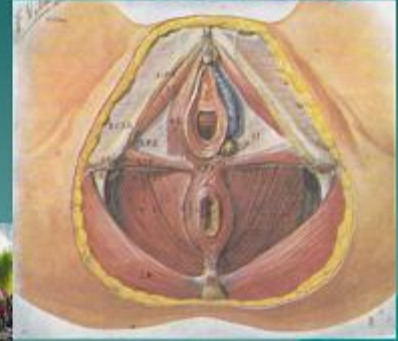
Dolmakta olan bir mesane: Detrusor kas gevşektir, sfinkter kaslar kasılmış ve üretra sımsıkı kapalıdır. Mesane dolar ve gerilir.

Mesaneden İdrar Boşalması



"Şimdi Boşalt" mesajı ile sfinkter kasları gevşer ve üretra açılır. Mesane kası (Detrusor) kasılır ve idrar boşaltılır.

Pelvik Taban Kasları



AŞIRI AKTİF MESANE

Mesane dolunca istemsiz gelişen ve önlenemeyen kasılmalar ve sonucunda gelişen idrar yakınmalarıyla ilgili bir durumdur



AŞIRI AKTİF MESANE

Sıkışma, sıkışarak idrar kaçırma veya idrar kaçırma olmaksızın genellikle gündüz (8 kezden fazla) ve gece (2 kezden fazla) idrara çıkma sayısında artma

AŞIRI AKTİF MESANE



AŞIRI AKTİF MESANE



"Boşalt" mesajını beklemeden boşalan bir mesane

AŞIRI AKTİF MESANE

Uygulanabilecek çeşitli tedavi seçenekleri vardır. Uygulanacak tedavilerin etkisini arttırmak ve sorunların tekrar başlamasına engel olmak için **Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış değişikliği**

13

Günlük Alınması Gereken Sıvı Miktarı Nedir?

- ❖ Aşırı sıvı alımı, idrar kaçırma belirtilerini arttırabilir
- ❖ Sıvıların kısıtlanması idrar yoğunluğunda bir artışa neden olabileğinden "idrar yolu enfeksiyonu", "sık idrar yapma", "sıkışma ve mesane mukozasının tahrişi", "ağrılı idrar yapma" nedeni olabilir

14

Günlük Alınması Gereken Sıvı Miktarı Nedir?

- 24 saatte yaklaşık 6-8 bardak (1500 ml veya 30 ml/kg vücut ağırlığı)
- Sıcak havalarda ve egzersiz yapıldığında sıvı alımı artırılmalıdır.
- Gece idrara çıkmayı azaltmak için, akşam yaklaşık olarak
- Yatmadan 3-4 saat önce sıvı alımının azaltılması



15

Diyet Nasıl Düzenlenmelidir?

- Kafein, mesaneyi tahriş eder,
- mesane düz kasını uyarır,
- mesane düz kas basıncının artmasını sağlar.
- Kafeinli ve gazlı yiyecek ve içecekler (kola, kahve, çay, soda, çikolata, öksürük ilaçları),
- alkol (likör, şarap, bira) idrar çıkışını arttırır

16

Diyet Nasıl Düzenlenmelidir?

- Karbonatlı içecekler, süt ürünleri (süt, peynir, yoğurt, dondurma),
- asitli içecekler ve meyve suları (portakal, greyfurt, limon, ananas),
- şeker (bal, suni tatlandırıcılar),
- fazla baharatlı yiyecekler ve domates (domates suyu, salça, ketçap, pizza, acı biber)

17

Kilo Kontrolü Önemli midir?

- Obezite (şişmanlık), yağ dokularında anormal ve aşırı miktarda artıştır.
- Düzensiz öğün,
- gece yatmadan önce besin alımı,
- aşırı beslenme,
- ev dışında yemek yeme alışkanlığı,
- ayaküstü beslenme



Kilo Kontrolü Önemli midir?

◆ **BKI (kg/m²)---Vücut ağırlığının durumu**

- ◆ 18.5'dan az-----Zayıf
- ◆ 18.5-19.9-----Normal kabul edilebilir (ince)
- ◆ 20-24.9-----Normal
- ◆ 25-29.9-----Toplu (Hafif şişman)
- ◆ 30-34.9-----I. Derece şişman (Obez)
- ◆ 35-39.9-----II. Derece şişman (Obez)
- ◆ 40 ve üzeri----III. Derece şişman (Obez)

19

Kilo Kontrolü Önemli midir?

Şişmanlığın zararları,

- kalp damar hastalıkları,
- şeker hastalığının oluşumu,
- kanser,
- adet düzensizlikleri,
- solunum hastalıkları,
- psikolojik bozukluklar,
- topluma uyumsuzluklar

20

Kilo Kontrolü Önemli midir?

➢ AAM belirtilerinin başlamasında, obezitenin riski artırdığı

- pelvik yapılarda kronik gerilme, esneme
 - kas ve sinir zayıflaması
 - kronik karın içi basınç artışına
- Kilo verilmesi ile mesane üzerindeki basınç azalır, idrar kaçırma azalır veya iyileşme sağlanabilir



Dışkılama Düzeni Önemli midir?

- ✓ Klinik olarak haftada 3'ten az dışkılama
- ✓ birey açısından dışkılama sırasında zorlanma mevcut ise kabızlıktır



Dışkılama Düzeni Önemli midir?

Yaş, stres, fiziksel hareketsizlik, yetersiz lif veya sıvı alımı, eşlik eden hastalıklar, depresyon varlığı, kullanılan ilaçlar, çoklu ilaç kullanımı nedeniyle olabilir



Dışkılama Düzeni Önemli midir?

- ✓ Diyetle lifin artırılması,
- ✓ sıvı alımının artırılması,
- ✓ düzenli egzersiz yapma,
- ✓ rutin dışkılama programının düzenlenmesi

24

Dışkılama Düzeni Önemli midir?

- *Meyveler (kayısı, incir, kavun, elma),
- *sebzeler (taze fasulye, lahana, mısır, brokoli, bol yeşil salata, bezelye)
- *kepekli ekme, tahıllı yiyecekler (bulgur)
- *kabuklu yiyecekler (badem, fıstık)



25

Sigara Kullanımının AAM'ye Etkisi Nedir?

DSÖ günde 1 sigara içeni bile "sigara tiryakisi" kabul etmektedir.

Bırakmanın kısa dönemdeki yararları;

- kan basıncı normale döner,
- karbonmonoksit atılır,
- ekonomik tasarruf sağlar,
- tat ve koku duyusu günler içinde düzelir,
- sigarayı bırakmak başarı duygusu ve özgüven verir.



26

Sigara Kullanımının AAM'ye Etkisi Nedir?

- Sigara içenlerde, içmeyenlere göre Üİ 2-3 katı daha fazla görülmekte
- Nikotin mesane düz kasını tahriş ederek mesane kasılmalarına,
- İdrara sıkışmaya
- Östrojen hormonunun etkisini engeller
- Kronik öksürük idrar kaçırmayı kolaylaştırır
- Anatomik hasarlanmaya sebep olabilir
- mesane içi basıncını artırır



Kronik Hastalıkların Tedavisi ve Kullanılan İlaçların İdrar Kaçırmaya Etkisi Nedir?

- *Kronik akciğer hastalıkları (astım bronşit, bronşit),
- *diabetes mellitus, diabetes insipidus, kas hastalıkları,
- *omurganın kaza sonucu zedelenmesi
- *bazı sinir sistemi hastalıklarının sık idrar yapma ve idrar kaçırmaya etkisi nedeniyle tedavisi önemlidir.



28

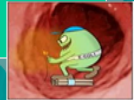
İdrar Yolu Enfeksiyonunun Etkisi Olur mu?

- ✓İYE Mukoza inflamasyonu sonucu istem dışı mesane düz kasının kasılmasına
- ✓Enfeksiyon ajanlarının salgıladıklarının etkisi ile üretral sfinkterde yetmezlik gelişebilmektedir.



İdrar Yolu Enfeksiyonunun Etkisi Olur mu?

- ▶ Genellikle ani başlayan ağrılı ve sık idrar yapma, idrara sıkışma hissi ile şikayetler başlar.
- ▶ İdrar yaparken yanma hissi,
- ▶ sık sık idrar yapma isteği,
- ▶ her zamankinden daha fazla idrar kaçırmaya,
- ▶ idrarda kan görme gibi belirtilerin bir kısmını daha fazla su içerek azaltabilirsiniz



İlaçla Tedavisi Nasıl Yönetilir?

- ✓ AAM tedavisinde antimuskarinik ve antikolinergik (düz kas gevşetici) ilaçlar kullanılmaktadır.

İlaçların yan etkileri olması rağmen *bireysel farklılıklar, *ilaç farklılıkları, *ilaç dozu ve *ilacın kullanım zamanı farklılıklarından yan etkiler sizde daha az olabilir.



31

İlaçla Tedavisi Nasıl Yönetilir?

AAM için kullanılan ilaçların ağız kuruluğu, kabızlık, baş ağrısı, baş dönmesi, çarpıntı, bulantı, uyku hali veya uykusuzluk, terlemede azalma, göz kuruluğu, bulanık görme gibi yan etkileri olabilmektedir.



32

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Nasıl Sürdürülür?

- ❖ Düzenli olarak günlük 6-8 bardak su içiyorsanız, idrarınız su veya limonata renginde ise yeterli sıvı alıyorsunuz demektir.
- ❖ Aile içinde veya işyerinde AAM'ye neden olacak yiyecekleri yeme alışkanlığı olabilir.



Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Nasıl Sürdürülür?

- ❖ İdrar sıklığını ve sık idrara gitmeyi azaltmak için aldığımız kafein oranının günde 200 mg'ın altında (2 fincan kahve) olması önerilmektedir.
- ❖ Mesane sorunlarına neden olabilecek yiyecek ve içecekleri sırayla 3-5 gün diyetinizden çıkararak azalma olup olmadığını denenebilir



34

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Nasıl Sürdürülür?



- *Obezite tedavisinin temelini 'davranış değişikliği' oluşturma
- *vücuda alınan kaloriyi kısıtlama,
- *vücudun harcadığı enerjiyi arttırma
- *Davranış değişikliği tedavisinin temel ilkeleri;
- *yemek yemeyle ilgili istenmeyen davranışlardan vazgeçmek,
- *vazgeçilemeyen davranışları baskılamak veya azaltmak,
- *istenilen yemek yeme ve egzersiz davranışlarını sürdürmek ve tekrarlamaktır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Nasıl Sürdürülür?

- ✓ Davranışlarınızda değişiklikler ile barsak alışkanlığınızı düzenleyebilirsiniz.
- *Sıvı alımı, *düzenli egzersiz, *diyetin ayarlanması,
- *dışkılama yeri ve zamanını ayarlama,
- *kronik hastalıkların tedavisi ve
- *ilaçların düzenlenmesini yeniden planlamalı

- ✓ Haftada en az 3 kez dışkılamanız oluyorsa başarılısınız.



Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Nasıl Sürdürülür?

- ❖Sağlığınız için sigarayı bırakmayı yeniden denemelisiniz
- ❖Kronik hastalıklarınızın tedavisine önem vererek, takiplerinizi düzenli yapabilirsiniz.



37

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Nasıl Sürdürülür?

◆ İdrar yolu enfeksiyonunun gelişmesini önlemek;

- ✓Her tuvalete gitme önce ve sonrası eller su ve sabunla yıkanmalı
- ✓Genital bölge kuru ve temiz tutulmalı
- ✓Vulva önden arkaya doğru temizlenmeli
- ✓Kurulama amaçlı mutlaka beyaz ve parfümsüz tuvalet kağıdı kullanılmalı
- ✓Pamuklu olmayan ve sıkı iç çamaşırlar giyilmemeli

38

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Nasıl Sürdürülür?

- ✓İç çamaşırı her gün değiştirilmelidir.
- ✓Adet görme döneminde hijyene dikkat
- ✓Cinsel ilişki sonrası hemen idrar yapılmalı, genital bölge yıkanmalı veya banyo
- ✓Klorlu suda, havuzda ve denizde yüzdükten sonra mutlaka duş alınmalı
- ✓Mayo ve bornozlar kuru tutulmalı, kuru giyilmeli
- ✓Halka açık yerlerde klozet tipi tuvalet tercih edilmemelidir.



39

İşeme Aralığı ve Tuvalete Gitme Programı Nasıl Oluşturulur?

- ❖İşeme aralığı ile idrara seyrek çıkanlar için mesaneyi 3-4 saatte bir boşaltmak amaçlanır

- ❖Tuvalete gitme programında, işeme programı oluşturmak için fazla doluluk nedeniyle acil idrar yapma isteğinden, idrar kaçırma olayından önce düzenli aralıklarla (2-4 saat) tuvalete gidilmesidir



40

Zihinsel Odaklanma ve Pelvik Taban Kas Kasılması Nedir?

- ✓İdrar sıklığı hissedildiği zaman hemen tuvalete koşmak yerine
- ✓zihinsel odaklanma ile oyalama tekniklerini uygulama



- ✓İşemeyi geciktirme ve idrar sıklığının yoğunluğunu azaltmada yararlı olabilir

41

Zihinsel Odaklanma ve Pelvik Taban Kas Kasılması Nedir?

- ✓motive edici ifadeler olan "bekleyebilirim" "kontrol edebilirim" ve "bunu başaracağım" gibi zihinsel odaklanma uygulanabilir



- ✓Oyalama teknikleri için
Örn. alışveriş listesi hazırlama, arkadaşlara telefon etme, kitap okuma, yavaş ve derin nefes alma gibi egzersizler de uygulanabilir.

42

Zihinsel Odaklanma ve Pelvik Taban Kas Kasılması Nedir?

- ✓pelvik taban kas kasılmaları kullanılabilir
- İdrar sıklığı hissedildiği zaman,
*hareket etme yerine mümkünse **oturma**,
- ***tüm vücudu gevşetme**, ***bekleme**,
- ***defalarca pelvik taban kas kasılmaları yapma**,
- ✓sıklık azaldığı zaman normal tempoda yürüyerek tuvalete gitme kaçırma önleyebilir.



43

Pelvik Taban Kas Egzersizleri Nedir?

- Pelvik taban kas egzersizleri (Kegel egzersizleri) uygulanarak
- pelvik taban kas gücü ve motor becerisi artırılır
- pelvik organ sarkma ihtimalini azaltır,
- bağırsak kontrolünü artırır,
- orgazm artar ve seksüel problemler azalır,
- doğumda vajinal yırtık olasılığı azalır



Pelvik Taban Kas Egzersizleri Nedir?

- İdrar kaçırmayı,
- sıklığı hafifletmek
- işeme aralıklarını genişletmek
- ilaç tedavisinin etkisini de arttırmak için kullanılır.



44

Pelvik Taban Kas Egzersizleri Nedir?

◆ Doğru kasları kasmayı öğrenmek için;

- ✓Sırtüstü yatılır, vaginaya bir parmak yerleştirilir, vaginal kaslarla parmak sıkılır. Kasılmanın parmağın etrafında hissedilmesi gerekir
- ✓İdrar yaparken pelvik taban kasları kasılarak orta akım idrar akışı durdurulur. Ancak sadece öğrenme aşamasında uygulanır.

45

Pelvik Taban Kas Egzersizleri Nedir?

- ✓Vaginada olan bir tamponun düşeceği farz edilerek, tamponu vaginaya itmek için pelvik taban kasları sıkılır.
- ✓İdrarı tutmak ve/veya gaz çıkışını durdurmak için de bu kaslar sıkılır.



46

Pelvik Taban Kas Egzersizleri Nedir?

◆ Pelvik taban kas egzersiz sırasında dikkat edilmesi gerekenler;

- Egzersizleri uygulamadan önce mesane boşaltılır.
- Karın ve uyluk kasları gevşek tutulur.
- Kaslar yukarı çekilir, karın aşağı doğru zorlanmaz, ıkmılmaz.
- Pelvik taban kasları kasılırken nefes alınır.
- Farklı pozisyonlarda (otururken, sırtüstü ya da yüzüstü yatarken, diz çökmüş, ayakta vb) egzersiz yapılabilir.



47

Pelvik Taban Kas Egzersizleri Nedir?

Başlangıçta, egzersiz programı için sırtüstü yatar pozisyonda, baş hafifçe bir yastıkla yükselterek (200° lik bir açı), dizler bükük şekilde uzanılır.



49

Pelvik Taban Kas Egzersizleri Nedir?

- ✓ İşlem öncesi derin bir soluk alarak gevsemeye odaklanın
- ✓ Pelvik taban kaslarına konsantre olun
- ✓ Vajinanın etrafını düşünmeye başlayın
- ✓ Sanki gazı, idrarı durdurmak için kasları çabucak kasın
- ✓ kasmayı 6-8 sn sürdürün
- ✓ Sonra tamamen gevşeyin
- ✓ Tekrar için 6-8 sn gevşemiş halde bekleyin
- ✓ Egzersiz programına göre uygulanmalı

50

Pelvik Taban Kas Egzersizleri Nedir?

- ✓ Egzersizin fizyolojik etkileri, iki hafta sonra ortaya çıkmaya başlar.
- ✓ 6-8. haftada şikâyetler azalır ve 6. ayda da düzelleme/iyileşme olur.
- ✓ Egzersiz öğrenme süreci 6 hafta ile 6 ay arasında değişebilmektedir.

51

Mesane Eğitimi Neden Uygulanır?

- Normalden daha sık ve acil olarak idrar yapma ihtiyacı duyan,
- bu durumdan rahatsız olan bireyler için bir tedavi yöntemidir
- Özellikle idrar kaçırmayı önlemek için sık sık tuvalete giden kişiler bu yöntemden yarar sağlayacaktır



Mesane Eğitimi Neden Uygulanır?

- Amaç işeme aralıklarını giderek açmak,
- mesane kapasitesini geliştirmek,
- sıkışıklık hissinin kontrolünü sağlamak
 - kendine güvenini arttırmak,
 - belirli zamanlarda mesaneyi boşaltmaktır.
- ÜG ile tuvalete gitme sıklığı belirlenir
- bir haftalık tuvalete gitme programı
- Her sabah yataktan kalkar kalkmaz tuvalete giderek ME'ne başlayıp,
- yatağa yatmadan önce de bitirmeli



Mesane Eğitimi Neden Uygulanır?

- Bir hafta boyunca ihtiyaç hissettiğiniz zaman değil, belirlenen zamanda idrar yaparak kayıt edilir
- Belirlenen her zamanda boşaltma ihtiyacı olmasa da idrarı bir damla bile olsa boşaltmayı deneyin
- Programlanan sonraki işeme zamanından önce idrar yapma ihtiyacı olur ise, belirlenen zamana kadar sabretmek için elinizden geleni yapın

54

Mesane Eğitimi Neden Uygulanır?

- Ayaktaysanız ve idrar yapma ihtiyacınızı artıracak bir iş (bulaşık yıkama, elleri yıkama vb) yapıyorsanız bu işi bırakın ve ilginizi başka yöne çekin
- oturmuş olarak derin ve yavaş nefes alın
- 5-6 kez hızlı ve yoğun pelvik taban kas hareketlerini yapın.



Mesane Eğitimi Neden Uygulanır?

- Bütün çabanıza rağmen idrar yapma ihtiyacınız geçmez ,
- idrarınızı tutamazsanız idrarınızı yapın.
- Sonraki mesane eğitim programı
- zamanında tekrar idrarınızı boşaltarak programa devam edin



TEŞEKKÜRLER



11. ETİK KURUL ONAYI



T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



Sayı : 83045809/604.01/02 - 67405
Konu:

İstanbul .../.../.....

06 Kasım 2014

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Müdürlüğüne

İlgi: 21.10.2014 tarih, B.30.2.HAL.042.00.00-391 sayılı yazınıza;

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı **Doktora Öğrencisi Gülsen ÇAYIR**'ın yürütücülüğünde **Prof.Dr.Nezihe Kızılkaya BEJİ**'nin danışmanlığında "**Aşırı Aktif Mesaneli Kadınlarda Sağlık Yaşam Biçimli Davranış Eğitiminin Tedavi Üzerine Etkisi**" başlıklı **Doktora Tezi** hakkında ilgi yazınız ve ekleri **04 Kasım 2014** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi, durumun adı geçen anabilim dalı başkanlığına bildirilmesini rica ederim

Prof.Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

Eki:
1 dosya

Not: Yanıtlarımızda yazımızın gün ve sayısının belirtilmesi rica olunur.
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34098 Cerrahpaşa / İSTANBUL
Telefon 0 (212) 414 32 52 Dahili :22300 Faks: 0(212) 632 00 40 e-posta:ctfetik@istanbul.edu.tr

12. ARAŞTIRMA UYGULAMA ONAYI

İ. T. F.

FAKÜLTE YÖNETİM KURULU KARARLARI

No:34

24.12.2014 Tarihinde Toplanan Yönetim Kurulunca;

Prof. Dr. Neziha KIZILKAYA BEJİ'nin danışmanlığında, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı doktora öğrencisi Gülsen ÇAYIR'ın yürüteceği *"Aşırı Aktif Mesaneli Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Eğitiminin Tedavi Üzerine Etkisi"* başlıklı anket çalışmasını, Fakültemizde uygulamasına oybirliği ile karar verildi.

Aşlı Gibidir.
Ekrem AYDIN
Fakülte Sekreteri

13. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Gülsen Çayır

Doğum Yeri ve Tarihi: Tekirdağ-1966

Medeni Hali: Bekar

Yabancı Dil: İngilizce

E-posta Adresi: gulsencayir@gmail.com

Tel: 0533 517 52 12

Eğitim ve Akademik Durumu

Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise: SSK Tevfik Sağlam Sağlık Meslek Lisesi	1984
Lisans: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu	1994
Yüksek Lisans: İstanbul Üniversitesi	1999

İş Tecrübesi

Görev	Süre (yıl-yıl)
• SSK Bolu Hastanesi (Kadın Doğum servisi, Doğumhane)	1984-1988
• SSK İstanbul Eğitim Hastanesi (Koroner Yoğun Bakım, 1-4 Dahiliye servisi, Nöbetçi Sorumlu Hemşire, 2-4 Cerrahi servisi)	1988-2002
• SSK Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi (Ürodinami Birimi)	2002-2004
• SSK İstanbul Eğitim Hastanesi-SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Hastane Başhemşireliği)	2004-2009
• Emekli	16.03.2009
• Haliç Üniversitesi, SBYO Ebelik Bölümü	2009-2016
• Biruni Üniversitesi, Beceri Laboratuvarı	2016-Devam ediyor

Mesleki Dernek/Kurum Üyeliği

Türk Hemşireler Derneği

Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği

Türkiye Aile Planlaması Derneği

Üroloji Hemşireleri Derneği

Ebeler Derneği

Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği

Yayımlar:

Uluslar arası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceedins) basılan bildiriler

- Cayır, G., N, Beji Kızılkaya, A, Coskun ve O, Yalcın, “Effectiveness of the Nursing Care on the Post-operative Problems of Women with Urinary Incontinence Surgery,” International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction, 11: Suppl 1, Abstracts, Sprinter, p. FDP 43, 2000 (25th Annual Meeting of the International Urogynecological Association, Rome, Italy, 2000).

Kitap Bölüm yazarlığı

- **Çayır G.:** Üriner İnkontinans Operasyonu Geçiren Hastalarda Pre-Postoperatif Hemşirelik Bakımı, Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, Ed. Nezihe Kızılkaya Beji, İstanbul Üniversitesi Yayınları, Rektörlük No. 4338, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Yayın No.5, ISBN No. 975-404-653-0, Emek Matbaacılık, İstanbul, 2002.

Scı Expanded, Ssci, Ahcı Kapsamı Dışındaki Yurt Dışı Hakemli Dergilerdeki Yayınlar

- **Cayır G,** Beji Kızılkaya N, Yalcın O: Effectiveness of Nursing Care After Surgery for Stress Urinary Incontinence, Urologic Nursing, March, 2007.

Ulusal Yayınlar (Hakemli)

- **Çayır, G.** (1998) Üriner İnkontinans Operasyonu Geçiren Kadınlarda Postoperatif Dönemde Ortaya Çıkan Sorunlara Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliği. Hemşirelik Bülteni, Yüksek Lisans Tez Özetleri:1994-1999, Cilt: X, Sayı: 40-41, s.91-92.

- **Çayır, G.,** Şahbaz Nazife, Arslan Özkan H. (2013) Gebelikte Eşlerin Karşılıklı Olarak Beklentilerinin Uyumu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:8, Sayı:24, s.81-100.

- **Çayır, G., & Şendir, M.** (2014). Sezaryen sonrası vajinal doğum yapan kadınlarda uterus rüptür komplikasyonu: Bir sistematik inceleme. International Journal of Human Sciences, 11(2), 176-189. doi: [10.14687/ijhs.v11i2.2709](https://doi.org/10.14687/ijhs.v11i2.2709)

• **Çayır G.**, Kızılkaya Beji N. (Eylül 2015) “Cinsel sağlık eğitimi” Androloji Bülteni, 17(62), 231-240.

• Coşkun, A. M., Şenturan, L., **Çayır, G.**, & Yakıt, E. (2016). Çocuk gelinler sorununa toplumsal duyarlılık geliştirme. International Journal of Human Sciences, 13(1), 1107-1122. doi:[10.14687/ijhs.v13i1.3583](https://doi.org/10.14687/ijhs.v13i1.3583)

Hasta El Kitapçıkları

• Kızılkaya Beji N, Çayır G: Üriner İnkontinans ve Pelvik Relaksasyon Problemleri Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalara Yönelik El Kitapçığı. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 1998.

Projeler

• **Çayır G.**, Kızılkaya N. “Üriner İnkontinans Operasyonu Geçiren Kadınlarda Post-Operatif Dönemde Ortaya Çıkan Sorunlara Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliği”, İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü Araştırma Fonu, Proje No: T-517/180398. İstanbul, 1999.

• Coşkun AM, Şenturan^L, **Çayır G.**, Yakıt E. “Çocuk Gelinler Sorununa Toplumsal Duyarlılık Geliştirme” Haliç Üniversitesi Rektörlüğü, Proje No: İstanbul, Mayıs 2014-Mayıs 2015.

ULUSAL VE ULUSLAR ARASI KATILIMLI TOPLANTILARDA POSTER BİLDİRİ

• Akbulak F., **Çayır G.** Yıldız A., Keskin N., Sezer S. “Gestasyonel Diyabet; Diyabet Hemşireliğinde Özel Grup” II. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, 27-29 Nisan 2011, Aydın, Poster No: PB-038.

• Sevda Demir, Özen Esra Karaman, **Gülşen Çayır** “Doğal Doğuma Genel Bir bakış” 20-22 Eylül 2012 “Ulusal Kadın Hastalıkları ve Doğum Kongresi” Maltepe Tıp Dergisi, Cilt: 4 / Aralık 2012.

• Demir S, Karaman ÖE, **Çayır G.**, “Doğal Doğuma Genel Bir Bakış”, Maltepe Üniversitesi Ulusal Kadın Hastalıkları ve Doğum Kongresi, Maltepe Üniversitesi Marmara Eğitim Köyü Ahmet Adnan Konferans Salonu, 20-22 Eylül 2012, Poster Sunumu (2012). Poster No: 2.

• **Gülşen Çayır**, Nazife Şahbaz, Hediye Arslan Özkan "Gebelikte Eşlerin Karşılıklı Olarak Beklentilerinin Uyumu - Matching of Mutual Expectations of Couples During Pregnancy" 3. Ulusal-2. Uluslararası Ebelik Kongresi, 20-23 Kasım 2013 Antalya-BELEK.

• **Gülşen Çayır**, Özen Esra Karaman, Sevda Demir, Selma Sezer "Cinsel Şiddete

Uğrayan Mağdurlarda Ebelik/Hemşirelik Yaklaşımı" 6. Ulusal & 2. Uluslararası Ebelik Öğrencileri Kongresi" 27-30 Nisan 2015.

- Sevda Demir, **Gülşen Çayır**, Özen Esra Karaman, Selma Sezer "Türkiye' de Aile Planlaması Hizmetlerinde Güncel Durum" 6. Ulusal & 2. Uluslararası Ebelik Öğrencileri Kongresi" 27-30 Nisan 2015

- Özen Esra Karaman, **Gülşen Çayır**, Sevda Demir, Selma Sezer "Sağlık Ekibinin Doğal Doğuma Bakış Açısı" 6. Ulusal & 2. Uluslararası Ebelik Öğrencileri Kongresi" 27-30 Nisan 2015.

- **Gülşen Çayır**, Nezihe Kızılkaya Beji, "Aşırı Aktif Mesane Tedavisinde Davranış Değişikliğinin Önemi" 3. Ürojinekolojide Güncel Yaklaşımlar Sempozyumu" 03-05 Haziran 2016.

KONFERANS VE PANEL KONUŞMALARI

- Ürojinekoloji Hemşireliği Mezuniyet Sonrası Kursu ("Üriner İnkontinans Cerrahi Operasyon Geçiren Hastalara Yönelik hemşirelik Yaklaşımı" konulu konferans sunumu) 7-8 Haziran 1999, İstanbul.

- II. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi ("Ürojinekolojide Hemşirenin Rolü" konulu konferans sunumu) 17-19 Nisan 2002, İstanbul.

- 3. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi ("Üriner İnkontinans Cerrahi Tedavi Yaklaşımları ve Hemşirelik Bakımı" konulu konferans sunumu) 21-23 Eylül 2005, İstanbul.

- 7. Ulusal Ürojinekolojik Kongresi ("Pelvik taban disfonksiyonu, Epidemiyolojisi, Risk Faktörleri, Yaşam kalitesi üzerine etkisi" konulu konferans sunumu) 14-17 Ekim 2015, İstanbul.

**AŞIRI AKTİF MESANELİ
KADINLARDA SAĞLIKLIL YAŞAM
BIŐİMİ DAVRANIŞ EĞİTİMİ EL
KİTAPŐIĐI**



**HALİÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**İSTANBUL
2015**

GİRİŞ

Gündüz ve gece sık idrara çıkma, sıkışma, sıkıştığınız zaman tuvalete yetişemediğiniz idrar kaçırmaya sorunları yaşıyorsanız sizde Aşırı Aktif Mesane (AAM) olabilir. Bu sorunlar, sizin günlük yaşamınızı olumsuz etkiliyordur.

AAM için size uygulanabilecek çeşitli tedavi seçenekleri vardır. Uygulanacak tedavilerin etkisini arttırmak ve sorunların tekrar başlamasına engel olmak için Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış (SYBD) değişikliği yapabilirsiniz. SYBD'larına; günlük sıvı alımınızı, diyetinizi, kilonuzu ve dışkılamanızı düzenleyerek, sigara kullanıyorsanız bırakarak, kronik hastalığınız varsa tedavi ile kontrol altına alarak, idrar yolu enfeksiyonlarından korunarak başlayabilirsiniz. Aynı zamanda, AAM belirtilerini, acil idrar kaçırmayı önleme ve yönetme yöntemlerini sabırlı bir şekilde uygulamanız iyileşmeniz için faydalı olacaktır.

Bu kitapçıkta, AAM'li kadınların SYBD'ları, sık idrar yapma, sıkışma, idrar kaçırmayı önleme ve tedavi olma yöntemlerinde size daha faydalı olacağı düşünülerek Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda hazırlanmıştır. Birçok konuda, örneğin şeker hastalığı, şişmanlık, hipertansiyon ve idrar yolu enfeksiyonları vs. gibi sorunlarla baş etmeye yönelik hazırlanan eğitimlerde de rehber olarak kullanılan Sağlığı Geliştirme Modeli bu kitapçıkta da kullanılmıştır.

Msc. Gülsen Çayır

Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji

İÇİNDEKİLER

1. KADINDA ÜREME ORGANLARI VE İDRAR YOLLARI SİSTEMİ--	2
2. AŞIRI AKTİF MESANE-----	4
3. AŞIRI AKTİF MESANE GÖRÜLME SIKLIĞI-----	5
4. AAM'LI KADINLARDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI-----	6
4.1. Günlük Alınması Gerekten Sıvı Miktarı Nedir?-----	6
4.2. Diyet Nasıl Düzenlenmelidir?-----	7
4.3. Kilo Kontrolü Önemli midir?-----	8
4.4. Dışkılama Düzeni Önemli midir?-----	9
4.5. Sigara Kullanımının Aşırı Aktif Mesaneye Etkisi Nedir?-----	11
4.6. Kronik Hastalıkların Tedavisi Ve Kullanılan İlaçların İdrar Kağırmaya Etkisi Nedir?-----	12
4.7. İdrar Yolu Enfeksiyonunun Etkisi Olur mu?-----	12
4.8. İlaçla Tedavisi Nasıl Yönetilir?-----	14
5. AŞIRI AKTİF MESANE BELİRTİLERİNİ, SIKIŞMA İLE İDRAR KAÇIRMAYI ÖNLEME VE YÖNETME-----	15
5.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Nasıl Sürdürülür?-----	15
5.2. İşeme Aralığı ve Tuvalete Gitme Programı Nasıl Oluşturulur?-----	18
5.3. Zihinsel Odaklanma ve Pelvik Taban Kas Kasılması Nedir?-----	19
5.4. Pelvik Taban Kas Egzersizleri Nedir?-----	20
5.5. Mesane Eğitimi Neden Uygulanır?-----	24



1. KADINDA ÜREME ORGANLARI VE İDRAR YOLLARI SİSTEMİ

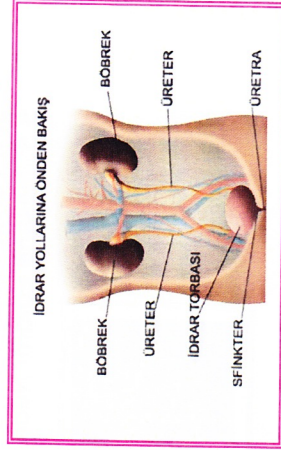
İdrar yolları, iki böbrek, iki üreter (idrarı böbreklerden mesaneye taşıyan tüpler), mesane (idrar torbası) ve üretradan (idrar yolu) oluşur. Sfinkter olarak adlandırılan halka şeklindeki çizgili kaslar, üretrayı çepe çevre saran ve kapanmasını sağlayan sık kas liflerinden oluşur. Mesane çıkışında boşalmayı engelleyen iç sfinkter vardır ve istemsiz olarak kontrol edilir. Üretra üzerindeki istemli kontrol edilen ikinci sfinkter ise dış sfinkterdir. Böylece idrarın tutulması ve isteğe bağlı olarak mesanenin boşaltılması mümkün olur.

Böbrekler: İki tane olup yaşam için gerekli organlardır. Vücuttaki atık ürünleri kandan süzerler.

Üreterler: İki tane olup böbreklerden süzülen idrarı mesaneye getiren tüplerdir. Uzunlukları kişinin boyuna göre değişir. Yaklaşık 25-35 cm kadardır.

Mesane: İdrarın toplandığı bir torbadır. Mesane duvarını kaplayan düz kas tabakasına detrusor adı verilir. Kasılarak idrarın boşalmasını sağlar. Dolum aşamasında kas gevşek kalır.

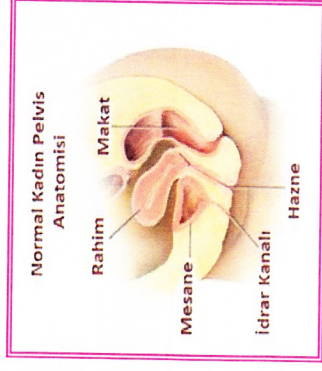
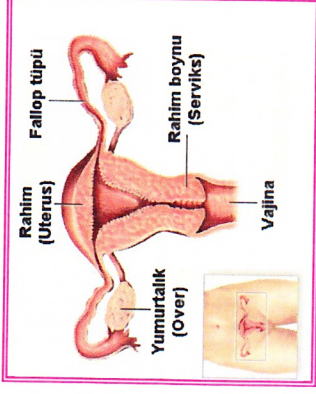
Üretra: İdrarın, mesaneden vücut dışına atıldığı yoldur. 3,5-4,5 cm uzunluğundadır.



Kadın Üriner Sistemi

2

Üreme Sistemi: Vagina (döl yolu), uterus (rahim), fallop tüpleri (tüpler), overlerden (yumurtalıklar) oluşur.



Kadın Üreme Sistemi

Kadın Pelvis Anatomisi

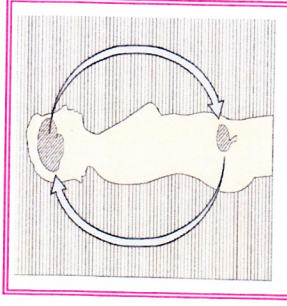
Mesaneden İdrar Boşalması: Böbreklerden üretilen idrar, üreterler aracılığı ile mesaneye gelerek biriktirilir. Mesane oldukça gerilir ve yaklaşık olarak mesanenin yarısı dolduğunda, beyine "çok geçmeden boşalt" mesajı gönderilir.

Tamamen dolu olduğunda ise "artık boşaltmalısın" mesajı gönderilir. Kişi uygun bir tuvalet bulup, hazır oluncaya kadar, beyin mesaneye "boşalt" mesajı göndermez.

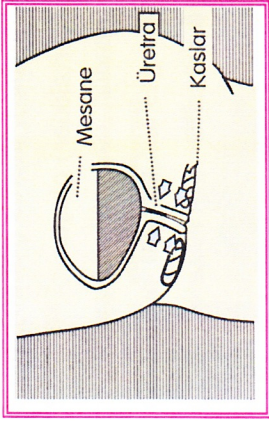
Normalde üretra beyinden gönderilen

"boşalt" mesajı gelinceye kadar kapalı kalır

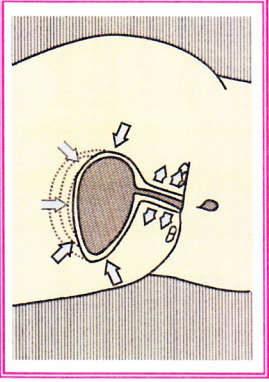
ve üretra içindeki basınç, mesane içindeki basınçtan dolmuş fazlasında daha fazladır. Uygun ortam ve zamanda üretra ve kaslar gevşer, üretradaki basınç düşer, mesane kası kasılır, mesane küçülerek, idrar dışarı



Beyin- Mesane İletisi

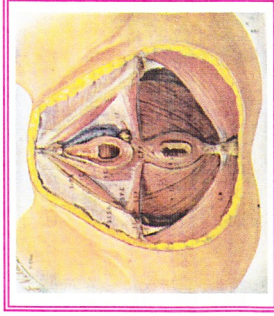


Dolmakta Olan Bir Mesane: Detrusor Kas Gevşektir, Sfinkter Kaslar Kasılmış ve Üretra Sımsıkı Kaptır. Mesane ve Dolar ve Genilir.



"Şimdi Boşalt" Mesajı ile Sfinkter Kasları Gevşer ve Üretra Açılır. Mesane kısı (Detrusor) Kasılır İdrar Boşaltılır.

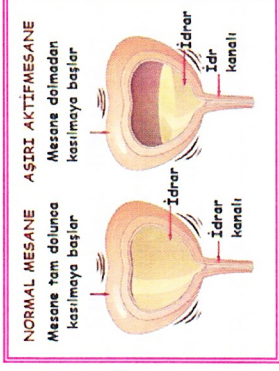
Pelvik Taban Kasları: Karın içi ve pelvik organları destekleyen, önde pubis kemiği, arkada bel kemiği arasında hamak şeklinde uzanan kas tabakasına, pelvik taban kasları denir. Pelvik taban kaslarının görevleri, pelvik organları (mesane, üretra, uterus, rektum) desteklemek ve sfinkter kaslarının çalışmasına katkıda bulunmaktır.



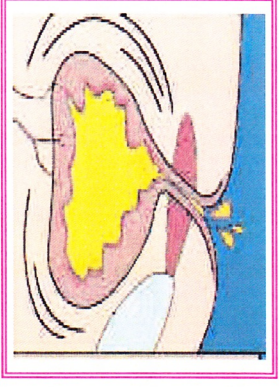
Pelvik Taban Kasları

2. AŞIRI AKTİF MESANE

Aşırı Aktif Mesane (AAM), sıkışma, sıkışarak idrar kaçırmaya veya idrar kaçırmaya olmaksızın genellikle gündüz (8 kezden fazla) ve gece (2 kezden fazla) idrara çıkma sayısında artma olarak tanımlanmıştır. Mesanenin dolmuş fazında istemsiz gelişen ve önlenemeyen kasılmalar ve bunun sonucunda gelişen idrar yakınmalarıyla ilgili bir durumdur.



Aşırı Aktif Mesane



"Boşalt" Mesajını Beklemeden Boşalan Bir Mesane

3. AŞIRI AKTİF MESANE GÖRÜLME SIKLIĞI

İdrar kaçırmaya, kadınlarda erkeklerle oranla 3-4 kat daha fazla olan, tüm yaş gruplarındaki kadınlarda görülebilen ve yaş ilerledikçe daha sık görülen, kadının psikososyal sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, ciddi bir sağlık sorunudur. İdrar kaçırmaya, görülme sıklığı farklı çalışmalarda kadınlarda %4.5-53 aralığında bulunmuş ve yakınması olan kadınlarda sıkışma tipi kaçırmaya ülkemizde, 2009'da yapılan bir çalışmada %11, 2012'de yapılan başka bir çalışmada ise %23.6 oranında görüldüğü bulunmuştur.

Avrupa'da yapılan bir çalışmada AAM'nin genel sıklık %16,6 bulunmuş olup, kadınlarda (%17,4) erkeklere (%15,6) göre biraz daha sık olduğu görülmektedir. Yaş arttıkça her iki cinsten de AAM sıklığının arttığı gözlenmiştir.

Önemli bir problem olan idrar kaçırmaya yaygınlığı 15-64 yaş arası kadınlarda %10-30, daha yaşlılarda ise %17-55 arasında rağmen hastaların ancak ¼'ü bu soruna çözüm aramaktadır.

4. AAM'LI KADINLARDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

4.1. Günlük Alınması Gereken Sıvı Miktarı Nedir?

Aşırı sıvı alımı, idrar kaçırma belirtilerini arttırabilir. Sıvıların kısıtlanması ise idrar yoğunluğunda bir artışa neden olabildiğinden idrar yolu enfeksiyonu, sık idrar yapma, sıkışma ve mesane mukozasının tahrişi ile ağrılı idrar yapma nedeni olabilir.

Bazen idrar kaçırma sorunları doğal karşılanarak sorunlarla yaşamakta, bazen alışkanlıklar değiştirilmekte, emici pedler kullanılmakta, sürekli çamaşır değiştirilmekte, tuvaletlere yakın bir yaşam tarzı organize edilmekte ve sıvı alımını kısıtlama gibi yöntemler geliştirilerek yaşantılarda düzenlemeler yapılmaktadır. Belirli bir miktarda sıvı alımının sürdürülmesi, mesane kapasitesinin de sürdürülmesini sağlar. İdrar sıklığı veya kaçırma korkusu nedeniyle sıvı alımı kısıtlanmamalıdır.

Günlük sıvı alımı, 24 saatte yaklaşık 6-8 bardak (1500 ml veya 30 ml/kg vücut ağırlığı) olmalıdır. Sıcak havalarda ve egzersiz yapıldığında sıvı alımı artırılmalıdır. azaltmak için, akşam 6'dan sonra (yaklaşık olarak yatmadan 3-4 saat önce) sıvı alımının azaltılması tavsiye edilir. Gün içinde sıvı alma veya içilen miktar unutulabilir. Ev dışında, iş yerinde sıvıya ulaşma sorunları yaşamamak için gerekli tedbirler alınmalıdır.



4.2. Diyet Nasıl Düzenlenmelidir?

Bazı yiyecek ve içecekler, özellikle kafein idrar çıkışını artırıcı etkiye sahiptir. Kafein içeren yiyecek ve içecekler mesaneyi tahriş eder, mesane düz kasını uyarır ve mesane düz kas basıncının artması ile AAM belirtileri ortaya çıkabilir. Sosyokültürel olarak veya kişisel beslenme alışkanlığı nedeniyle AAM'ye neden olan yiyecek ve içecekler diyetinizde fazla olabilir ve alışkanlık gelişmiş olabilir. Bunların tüketiminde dikkatli olunmalıdır.

Kafeinli ve gazlı yiyecek ve içecekler (kola, kahve, çay,



soda, çikolata, öksürük ilaçları), alkol (likör, şarap, bira) idrar çıkışını arttırdığı için diyet menüsünden çıkarılmalıdır.

Karbonatlı içecekler, süt ürünleri (süt, peynir, yoğurt, dondurma), asitli içecekler ve meyve suları (portakal, greyfurt, limon, ananas), şeker (bal, suni tatlandırıcılar), fazla baharatlı yiyecekler ve domates (domates suyu, salça, ketçap, pizza, acı biber) gibi yiyeceklerin diyetten az miktarda alınması mesane kontrolünü arttırmaya yardımcı olabilir. Örneğin; meyve suyu yerine bizzat meyve tüketilmelidir. Bu arada meyvenin posası barsak faaliyetlerine katkısı dolayısıyla da ayrıca faydalıdır.



4.3. Kilo Kontrolü Önemli midir?

Dünya Sağlık Örgütü obeziteyi (şişmanlık), yağ dokularında anormal ve aşırı miktarda artış olarak tanımlamaktadır. Düzensiz öğün, gece yatmadan önce besin alımı, aşırı beslenme, ev dışında yemek yeme alışkanlığı, ayaküstü beslenme (fast food), öğün aralarında abur-cubur yeme gibi davranışlar obezite için büyük risk faktörleridir.

Hareketsiz yaşam tarzı obeziteye neden olabileceği gibi, obeziteye eşlik eden bir durum da olabilir. Obezite oranında fiziksel hareketsizliğin



sorumluluk payı %67.5 olarak rapor edilmiştir. Şişmanlığın zararları, kalp damar hastalıkları, şeker hastalığının oluşumu, kanser, adet düzensizlikleri, solunum hastalıkları, psikolojik bozukluklar ve topluma uyumsuzluklar olarak sıralamak mümkündür.

AAM belirtilerinin başlamasında, obezitenin riski artırdığı belirtilmektedir. Çalışmalarda, Beden Kitle İndeksi (BKİ) 25'ten (kg/m²) fazla olanlarda idrar kaçırmanın daha yaygın olduğu ve 30'dan (kg/m²) fazla olduğunda ise AAM için tek başına bir kolaylaştırıcı faktör olduğu bulunmuştur. Obezite ile birlikte pelvik yapılar kronik gerilme, esneme, kas ve sinir zayıflaması meydana gelebilir. Obezite, kronik karın içi basınç artışına neden olmakta ve kilo verilmesi ile mesane üzerindeki basınç azaldığından idrar kaçırmada azalma veya iyileşme sağlanabilmektedir.

BKİ'ne [kg/boy(m²)] göre yetişkinlerin vücut ağırlıklarının değerlendirilmesi aşağıda gösterilmiştir.

BKİ (kg/m ²)	Vücut ağırlığının durumu
18.5'dan az	Zayıf
18.5-19.9	Normal kabul edilebilir (ince)
20-24.9	Normal
25-29.9	Toplu (Hafif şişman)
30-34.9	I. Derece şişman (Obez)
35-39.9	II. Derece şişman (Obez)
40 ve üzeri	III. Derece şişman (Obez)

Düzenli beslenme ve egzersiz yapmayı kendi sağlığınız

açısından olumlu bir davranış olarak kabul ederseniz başarılı olabilirsiniz. Kilo vermenin zor veya imkansız olduğuna dair inancınız kilo vermeye başlama niyetinizi etkileyebilir. Kendinize yürüyüş



yapmak için zaman ayırmanız ve alanlar bulmalısınız. Davranışlarınızı uygulamak için aile, arkadaş veya diyetisyen desteği de alabilirsiniz.

4.4. Dışkılama Düzeni Önemli midir?

Kabızlık oldukça sık rastlanılan bir sağlık problemi olup kadınlarda daha sık görülmektedir. Yaş, stres, fiziksel hareketsizlik, yetersiz lif veya sıvı alımı, eşlik eden hastalıklar, depresyon varlığı, kullanılan ilaçlar ve çoklu ilaç kullanımı kabızlık için birer kolaylaştırıcı faktördür.

Dışkılamada zorluk ve kronik kabızlık dolayısıyla ikınarak dışkılamak perineal sinir ve pelvik tabana zarar vererek pelvik

taban güçsüzlüğüne neden olur. İkinma destek dokuların zayıflamasına neden olarak idrar kaçırmaya yol açmaktadır.

Klinik olarak haftada 3'ten az dışkılama veya birey açısından dışkılama sırasında zorlanma mevcut ise kabızlık olarak tanımlanır. Kronik kabızlık, AAM ve acil idrar kaçırmaya için olası bir risk faktörü olduğundan SYBD değişikliği tavsiye edilir. Bu tür değişiklikler, diyetle lifin artırılması, sıvı alımının artırılması, düzenli egzersiz yapma ve rutin dışkılama programının düzenlenmesi gibi uygulamalardır. Lifli katı yiyecekler bağırsak hareketlerini başlatacağından bol bol tüketilmelidir. Meyveler (kayısı, incir, kavun, elma vb), sebzeler (taze fasulye, lahana, mısır, brokoli, bol yeşil salata, bezelye vb) kepekli ekmekek, tahıllı yiyecekler (bulgur vb) ve kabuklu yiyecekler (badem, fıstık vb) liften zengin yiyeceklerdir.

Çoğu insan, bağırsak boşaltım alışkanlığı olarak kendi evinde, aynı saatlerde dışkılamayı tercih eder. Çok yoğun işi olanlar ise ev ortamında olmadıkları ve dışkılamayı erteledikleri için kabızlık sorunu yaşama olasılıkları yüksektir.

4.5. Sigara Kullanımının AAM'ye Etkisi Nedir?

Dünya Sağlık Örgütü günde 1 sigara içeni bile "sigara tiryakisi" kabul etmektedir. Sigarayı bırakmanın kısa dönemdeki yararları; kan basıncı normale döner, bir zehir olan karbonmonoksit atılır, ekonomik tasarruf sağlar, tat ve koku

duyusu günler içinde düzelir, sigarayı bırakmak başarı duygusu ve özgüven verir. Uzun dönemdeki yararlar; akciğer işlevi 2-3 ay içerisinde belirgin biçimde düzelmeye başlar, ilk 1 yılın sonunda kalp-damar hastalığı riski %50 oranında azalır, inme riski 5-15 yıl içinde sigara kullanmayanlarla eşit hale gelir, sigarayı bırakmanın verdiği özgüven devam eder. Sigarayı bırakmayı denemekten vazgeçmemelisiniz. Sigaradaki nikotin, bağımlılığa neden olmaktadır. Bu nedenle daha önce sigara bırakmayı deneyip başarısız olmuş olabilirsiniz. Bu durum cesaretinizi kırmamalıdır.

Araştırmalar, sıkışarak idrar kaçırmaya sigara arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir. Sigara içenlerde, içmeyenlere göre üriner inkontinans 2-3 katı daha fazla görülmektedir. Sigarada bulunan nikotin mesane düz kasını tahriş ederek mesane kasılmalarına ve idrara sıkışmaya neden olur. Sigara, östrojen hormonunun etkisini de engeller. Sigara içen kişinin, kronik öksürüğünün olması idrar kaçırmayı 11 kolaylaştırır ve anatomik hasarlanmaya sebep olabilir. Sürekli öksürük, mesane içi basıncını artırarak idrar kaçırmaya ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Antihipertansifler (tansiyon düşürücü) de kronik öksürüğe sebep olabildiğinden gerekirse başka bir ilaçla değiştirilmelidir.

Ailede veya arkadaşlarınız içinde sigara içenlerin fazla olması, çok yoğun ve stresli olmanız nedeniyle sigarayı bırakmanızın zor olduğunu düşünebilirsiniz. Önemli olan bırakmaya karar vermenizdir.



4.6. Kronik Hastalıkların Tedavisi ve Kullanılan İlaçların İdrar Kaçırmaya Etkisi Nedir?

Kronik hastalığının tedavisi için henüz başvurmamış veya tedaviniz başarısız olmuş olabilir. Sürekli kullandığınız ilaçlar AAM sorunlarınızın başlamasına veya var olan sorunlarınızın da artmasına neden olmuş olabilir.



Kronik akciğer hastalıkları (astım bronşit, bronşit), diabetes mellitus (şeker hastalığı) ve diabetes insipidus, kas hastalıkları, omurganın kaza sonucu zedelenmesi ve bazı sinir sistemi hastalıklarının sık idrar yapma ve idrar kaçırma etkisi nedeniyle tedavisi önemlidir.

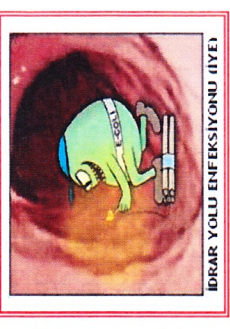
İdrar söktürücü ilaçların, idrar çıkışı artırarak kaçırmaı ağırlaştırdığı bilinmektedir. Bazı ilaçlar, idrar yapma fonksiyonunu etkileyerek idrar kaçırmaıya neden olabildiğinden ilaç tipinde, dozunda, alım saatinde değişiklikler yapılarak düzenleme yapılabilir.

4.7. İdrar Yolu Enfeksiyonunun Etkisi Olur mu?

İdrar yolu enfeksiyonları, özellikle genç kadınlar ve yaşlılarda en sık görülen bakteriyel enfeksiyondur. Kadınlarda daha fazla idrar yolu enfeksiyonu gelişmesinin bir nedeni üretranın (idrar yolunun) kısalığı ve anatomik olarak makatın yakınlığıdır. Kadınların %10-35'inin yaşınının belli bir döneminde idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği bilinmektedir.

İdrar yolu enfeksiyonları, mukozada inflamasyon

oluşturduğundan istem dışı olarak mesane düz kasında kasılmalar yol açmaktadır. Ayrıca, enfeksiyon ajanlarının salgıladıklarının etkisi ile üretral sfinkterde yetmezlik gelişebilmektedir. Üriner sistem yapı ve fonksiyon bozukluğu, diyabet gibi çeşitli hastalıklar, menopoz (ürogenital flora değişir ve vaginal pH artar), az sıvı alımı, ağır ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarına yol açmaktadır. Genital hijyenin önemsenmemesi, yanlış inanç ve uygulamalar, genital organlara ilişkin hastalıkların tedavi edilmemesi genito-üriner sistem enfeksiyonlarının artmasında önemli rol oynar.



Genellikle ani başlayan ağrılı ve sık idrar yapma, idrara sıkışma hissi ile şikayetler başlar. İdrar yaparken yanma hissi, sık sık idrar yapma isteği, her zamankinden daha fazla idrar kaçırma, idrarda kan görme gibi belirtilerin bir kısmını daha fazla su içerek azaltabilirsiniz. Bu belirtilerin idrar yolu enfeksiyonu olduğu anlamına gelebileceğinden doktorunuza da söylemelisiniz. Sızden, Tam İdrar Tahlili, İdrar Kültürü yapılması istenebilir ve sonuçlarına göre uygun ilaç başlanır. İdrar yolu enfeksiyonlarının tekrarlamasını ve kötü sonuçlarını önlemek için erken tanı konulması ve acilen tedavi edilmesi gereklidir. Ateş ve bel ağrısı varsa daha ciddi bir sorun olduğu anlamına gelir. Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları sonucunda böbrek yetmezliği, enfeksiyonlar, yapışıklıklar ve tıkanıklıklar gibi kalıcı hasarlar gelişebilir.

4.8. İlaçla Tedavisi Nasıl Yönetilir?

AAM tedavisinde başlangıçta; yaşam tarzı değişiklikleri, davranışsal tedaviler, mesane (idrar torbası) eğitimi, pelvik tabanı güçlendirici uygulamalar önerilebilir. Başlangıç tedavisi ile birlikte veya bir sonraki aşamada antimuskarinik ve antikolinerjik (düz kas gevşetici) ilaçlar kullanılmaktadır. Bu amaçla kullanılan ilaçların yan etkileri olması rağmen bireysel farklılıklar, ilaç farklılıkları, ilaç dozu ve ilacın kullanım zamanı farklılıklarından dolayı yan etkiler sizde daha az olabilir.



İlaç tedavisinin amacı AAM'nin rahatsız edici belirtilerini engellemek, idrar depolamayı düzenlemektir. Bu amaçla değişik etki mekanizması olan birçok ilaç kullanılmaktadır. Ancak ilaçların yan etkileri kullanımı kısıtlamakta, kadınların bir kısmı tedaviyi yarım bırakmak zorunda kalmaktadırlar. Genel olarak, antimuskarinik ilaçlar 12 haftalık kullanım sonunda etkileri değerlendirilmektedir. AAM tedavisi için kullanılan ilaçların ağız kuruluğu, kabızlık, baş ağrısı, baş dönmesi, çarpıntı, bulantı, uyku hali veya uykusuzluk, terlemede azalma, göz kuruluğu, bulanık görme gibi yan etkileri olabilmektedir. Ağız kuruluğu en sık görülen ve en rahatsızlık veren yan etkidir. İlaçların yan etkilerini doktorunuza bildiriniz, kullandığınız ilaçta veya ilaç dozunda değişiklikler yapılarak yan etkiler azaltılabilir.

Bir ilaç etkili olmadığında başka bir ilaç veya farklı ilaçların bir arada kullanımı yararlı olabilir. İlaç tedavisinin başarısını

artırmak için menopoza girmiş kadınlarda Hormon Replasman (Destek) Tedavisi (HRT) ile verilebilir. HRT, östrojen hormon eksikliğine bağlı olarak gelişen sorunları önleyerek idrar kontrolünün gelişmesini sağlamaktadır. Östrojenin, hem mesane kapasitesini artırıcı etkisi vardır, hem de sfinkter (halka şeklindeki çizgili kaslar) direncini artırmaktadır.

5. AŞIRI AKTİF MESANE BELİRTİLERİNİ, SIKIŞMA İLE İDRAR KAÇIRMAYI ÖNLEME VE YÖNETME

5.1.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Nasıl Sürdürülür?

Eğer düzenli olarak günlük 6-8 bardak su içiyorsanız, idrarınız su veya limonata renginde ise yeterli sıvı alıyorsanız demektir. Önemli olan ihtiyacınız kadar sıvı almanız gerektiğine inanmanız. Nerede olursanız olun sıvı alabilmelisiniz. Günlük almanız gereken miktarı önceden hazırlayarak veya kayıt ederek gerektiği ölçüde sıvı almanızı sağlayabilirsiniz. Aileniz veya arkadaşlarınızdan hatırlatmaları için destek alabilirsiniz.

Aile içinde veya işyerinde AAM'ye neden

olacak yiyecekleri yeme alışkanlığı olabilir.

Diyetinizi düzenlemek için aile üyelerinden

destek alabilirsiniz. İdrar sıkışıklığını ve sık

idrarra gitmeyi azaltmak için aldığımız kafein

oranının günde 200 mg'ın altında (2 fincan kahve) olması önerilmektedir. Mesane sorunlarına neden olabilecek yiyecek ve içecekleri sırayla 3-5 gün diyetinizden çıkararak azalma olup



olmadığını deneyebilir ve daha sonra sürekli olarak diyetinizden çıkarabilirsiniz.

Obezite tedavisinin temelini 'davranış değişikliği' oluşturmaktadır ve vücuda alınan kalori kısıtlanmalı, vücudun harcadığı enerji artırılmalıdır. Davranış değişikliği tedavisinin temel ilkeleri; yemek yemeye ilgili istenmeyen davranışlardan vazgeçmek, vazgeçilemeyen davranışları baskılamak veya azaltmak, istenilen yemek yeme ve egzersiz davranışlarını sürdürmek ve tekrarlamaktır. Önemli olan kazanılan alışkanlıkların yaşam boyu sürdürülmesidir.



Davranışlarınızda yapacağınız değişiklikler ile barsak alışkanlığınızı düzenleyebilirsiniz. Sıvı alımı, düzenli egzersiz, diyetin ayarlanması, dışkılama yeri ve zamanını ayarlama, kronik hastalıkların tedavisi ve ilaçların düzenlenmesini yeniden planlamalısınız. Haftada en az 3 kez dışkılamanız oluyorsa başarılısınız.

Sağlığınız için sigarayı bırakmayı yeniden denemelisiniz. Bırakmak için yardıma ihtiyaç duyuyor olabilirsiniz. Doktorunuza danışarak yardım alabilirsiniz.

Kronik hastalıklarınızın tedavisine önem vererek, takiplerinize düzenli devam etmeyi tekrar planlayabilirsiniz. Gerekiyorsa kullandığınız ilaçların saatini tekrar düzenleyebilirsiniz.

İdrar yolu enfeksiyonunun gelişmesini önlemek için doğru kişisel hijyen kurallarının kazanılması gerekir;

- ✓ Her tuvalete gitme önce ve sonrası eller su ve sabunla yıkanmalıdır.
- ✓ Genital bölge kuru ve temiz tutulmalıdır. Her tuvalete gittikten sonra vulva önden arkaya doğru temizlenmelidir. Kurulama amaçlı mutlaka beyaz ve parfümsüz tuvalet kağıdı kullanılmalıdır.
- ✓ Pamuklu olmayan ve sıkı iç çamaşırlar, genital bölgenin havalanmasını önledikleri için giyilmemelidir.
- ✓ İç çamaşırı her gün değiştirilmelidir.
- ✓ Adet görme döneminde hijyene dikkat edilmelidir.
- ✓ Cinsel ilişki sonrası hemen idrar yapılmalı, genital bölge yıkanmalı veya banyo yapılmalıdır
- ✓ Klorlu suda, havuzda ve denizde yüzdükten sonra mutlaka duş alınmalıdır.
- ✓ Mayo ve bornozlar kuru tutulmalı ve kuru giyilmelidir.
- ✓ Halka açık yerlerde klozet tipi tuvalet tercih edilmemelidir.

İlaç kullanan bireylerin %35'i tedavi kesilmesinden bir ay sonra tekrar tedavi gereksinimi duymuşlardır. Bundan dolayı ilaç



tedavisi uzun sürebilir. Doktorunuz tarafından önerilen ilacı kullanma saatini planlayınız ve en az 12 hafta sonunda değerlendirme zamanına kadar düzenli kullanınız. İlaç saatini hatırlamak için ailenizden, arkadaşlarınızdan destek alabilirsiniz.

Davranışsal girişimlerin temeli, sabırlı olmak, normal mesane fonksiyon anlayışı gelişmesini sağlamak, daha sonra AAM ve sıkışarak idrar kaçırmayı önleme veya yönetme yöntemlerini öğrenmektir. İlaç tedavisinin yanı sıra, mesane kasılmalarının bastırılması, duyuşsal uyarılmanın azaltılması ve mesane kapasitesinin artırılması idrarı tutabilmek için önemlidir.

Çalışmalarda, sıkışmayı baskılama tekniklerinin AAM için kullanılan ilaç tedavisinin etkinliğini arttırdığı gösterilmiştir. Bu amaçla AAM'li kadınların normal mesane fonksiyonlarını kazanabilmeleri için aşağıdaki konuların öğretilmesi planlanmıştır.

5.2. İşeme Aralığı ve Tuvalete Gitme Programı Nasıl Oluşturulur?

Bazı bireylerde, mesane kapasitesi belirli bir doluluğa ulaştığı zaman acil idrar yapma isteği gelişebilir. İdrara çıkma ihtiyacını dikkate almama alışkanlığı mesanenin fazla gerilmesine ve mesanede boşaltım sorunlarına neden olabilir.

İşeme aralığı ile idrara seyrek çıkanlar için mesanenin 3-4 saatte bir boşaltmak gerektiğinin öğrenilmesi amaçlanır. Özellikle yaşlı, yatağa bağımlı ve Alzheimer'lı bireylerde önerilir.

Tuvalete gitme programında ise, bir işeme programı oluşturmak için fazla doluluk nedeniyle acil idrar yapma isteğinden veya idrar kaçırmaya olandır önce düzenli aralıklarla (2-4 saat) tuvalete gidilmesi önerilir. Düzenli bir işeme programı



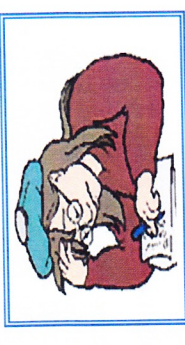
oluşturarak, idrar kaçırmadan önce idrar yapma ve kuru kalma amaçlanır.

Mesane kontrolünü iyileştirmek amacıyla, sözel tavsiyeler ve pozitif desteğın sağlanması ile işeme programı oluşturularak idrar kaçırmaya önenebilir. Tuvalete gitme zamanlarına uymak için bulunduğunuz yeri planlayabilirsiniz, aile üyeleri, bakıcıdan destek alabilirsiniz.

5.3. Zihinsel Odaklanma ve Pelvik Taban Kas Kasılması Nedir?

Önceden yaşanan idrar kaçırmaya deneyimi nedeniyle idrar sıklığı hissedildiğinde kaçırmaya korkusu ile hemen tuvalete koşuyor olabilirsiniz. Ancak idrar sıklığı hissedildiği zaman, hemen tuvalete koşmak yerine zihinsel odaklanma ile oyalama tekniklerinin uygulanması işemeyi geciktirme ve idrar sıklığının yoğunluğunu azaltmada yararlı olabilmektedir.

Kendini motive edici ifadeler olan "bekleyebilirim" "kontrol edebilirim" ve "bunu başaracağım" gibi zihinsel odaklanma uygulanabilir. Oyalama teknikleri için örneğın alışveriş listesi hazırlama, arkadaşlara telefon etme, kitap okuma, yavaş ve derin nefes alma gibi egzersizler de uygulanabilir.



Sıkışmayı bastırmak, idrar kaçırmayı kontrol etmek ve normal işeme aralığını düzenlemek için pelvik taban kasılmaları da kullanılabilir. İdrar sıklığı hissedildiği zaman,

hareket etme yerine mümkünse oturma, tüm vücudu gevşetme, bekleme, defalarca pelvik taban kas kasılmaları yapma, sıkışıklık azaldığı zaman normal tempoda yürüyerek tuvalete gitme, kaçırmayı önleyebilir.

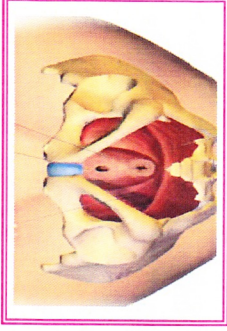
İdrar sıkışıklığı hissettiğinizde zihinsel odaklanma ve pelvik taban kas kasılması yöntemini uygulayarak idrar kaçırmayı önleyebilir veya geciktirebilirsiniz. İdrar sıkışıklığı 30 saniye engellenebilirse sıkışma hissi genellikle ortadan kalkmaktadır.

5.4. Pelvik Taban Kas Egzersizleri Nedir?

Pelvik taban kasları, üretral kapanma basıncını sağlayan ve pelvik organlara (üretra, vagina ve rektum) yapasal ve fonksiyonel destek veren kas gruplarıdır.

Pelvik taban kas egzersizleri (Kegel egzersizleri) uygulanarak pelvik taban kas gücü ve motor becerisi artırılır.

İdrar kaçırmayı, sıkışıklığı hafifletmek ve işeme aralıklarını genişletmek için kullanılır, ilaç tedavisinin etkisini de artırır. Pelvik taban kas egzersizleri, pelvik taban kas gücü artışı yanında, pelvik organ prolapsusu (sarkma) ihtimalini azaltır, bağırsak kontrolünü artırır, orgazm artar ve seksüel problemler azalır, doğumda vajinal yırtık olasılığı azalır. Son yıllarda yapılan araştırmalar, pelvik taban kas egzersizleri kullanımının idrar kaçırmada %50-%80 arasında iyileşme sağladığını göstermektedir.



Pelvik Taban Kasları

Egzersiz yaparken karın ve uyluk kasları yerine doğru pelvik taban kas grubunu çalıştırmak önemlidir.

Doğru kasları kasmayı öğrenmek için yapılması gerekenler;

- ✓ Sırtüstü yatılır, vaginaya bir parmak yerleştirilir, vaginal kaslarla parmak sıkılır. Kasılmanın parmağın etrafında hissedilmesi gerekir.
- ✓ İdrar yaparken pelvik taban kasları kasılarak orta akım idrar akışı durdurulur. Ancak sürekli yapılması önerilmez, öğrenme aşamasında uygulanır.
- ✓ Vajinada olan bir tamponun düşeceği farz edilerek, tamponu vaginaya itmek için pelvik taban kasları sıkılır.
- ✓ İdrarı tutmak ve/veya gaz çıkışını durdurmak için de bu kaslar sıkılır.

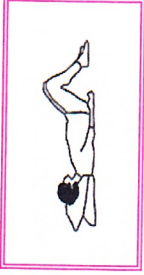
Pelvik taban kas egzersizleri, kadınların tüm yaşamları boyunca özellikle gebelik, doğum ve menopozda yapmaları gereken önemli egzersizlerdir. Bu egzersizlere başladığınızda, kaslarınızın kolayca yorulduğunu, çok hafif kas ağrısı olduğunu veya kasmayı sürdürmediğinizi göreceksiniz. Egzersizi tekrarladıkça öğreneceksiniz. Pelvik taban kasları doğru olarak belirledikten ve kasıldıktan sonra egzersizleri öğrenmeye geçilir.



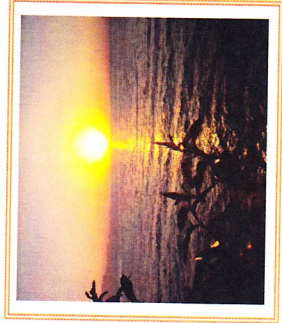
Pelvik taban kas egzersiz sırasında dikkat edilmesi gerekenler;

- ✓ Egzersizleri uygulamaya başlamadan önce mesane boşaltılır.
- ✓ Karın ve uyluk kasları gevşek tutulur.
- ✓ Kaslar yukarı çekilir, karın aşağı doğru zorlanmaz, ıkınılmaz.
- ✓ Pelvik taban kasları kasılırken nefes alınır.
- ✓ Farklı pozisyonlarda (otururken, sırtüstü ya da yüzüstü yatarken, diz çökmüş, ayakta vb) egzersiz yapılabilir.

Başlangıçta öğrenme aşamasında, egzersiz programı için sırtüstü yatar pozisyonda, baş hafifçe bir yastıkla yükselterek (20° lik bir açı), dizler bükük şekilde uzanılır.



Karın, kalça ve uyluk kasları gevşek olmalıdır. İşlem öncesi derin bir soluk alın ve vücudunuzu gevşetmeye odaklanın. Şimdi pelvik taban kaslarınıza konsantre olun. Vajinanın etrafındaki bölgeyi düşünmeye başlayın. Sanki bağırsak hareketlerinizi (gaz çıkarmayı) veya idrarınızı durdurmaya çalışıyormuşsunuz gibi kaslarınızı birlikte, çabucak gerin (kasın). Bu kasmayı etkin şekilde 6-8 sn sürdürün. Sonra tamamen gevşeyin. Yeni bir kas germeye başlamadan önce yaklaşık olarak 6-8 sn gevşemiş halde bekleyin. Egzersiz programı örneğine göre pelvik taban kas egzersizleri düzenli olarak uygulanmalıdır.



Egzersiz Programı Örneği;

1. Hafta: *6 saniye pelvik taban kasları kasılır, 6 saniye dinlenilir.
*25 kez tekrarlanır.
*Günde 3 kez yapılır (toplam 75 kasılma).
 2. Hafta: *6 saniye pelvik taban kasları kasılır, 6 saniye dinlenilir.
*50 kez tekrarlanır.
*Günde 3 kez yapılır (toplam 150 kasılma).
 3. Hafta: *6 saniye pelvik taban kasları kasılır, 6 saniye dinlenilir.
*75 kez tekrarlanır.
*Günde 3 kez yapılır (toplam 225 kasılma).
- 4-24. Hafta: *6 saniye pelvik taban kasları kasılır, 6 saniye dinlenilir
*100 kez tekrarlanır.
*Günde 3 kez yapılır (toplam 300 kasılma).
24. Haftadan sonra: *6 saniye pelvik taban kasları kasılır, 6 saniye dinlenilir.
*50 kez tekrarlanır.
*Günde 3 kez yapılır (toplam 150 kasılma).
- ya da tercihen;**
*6 saniye pelvik taban kasları kasılır, 6 saniye dinlenilir.
*75 kez tekrarlanır.
*Günde 2 kez yapılır (toplam 150 kasılma).

Pelvik taban kas egzersiz programının her gün düzenli şekilde (en az haftada 3-4 kez) 15-20 hafta boyunca uygulanması ve belli bir kas tonüsüne ulaşınca ömür boyu sürdürülmesi önerilir. Pelvik taban kas egzersizleri ile başarı elde edilse bile düzenli uygulanmadığında şikâyetler tekrarlanabilmektedir. Egzersizin fizyolojik etkileri, iki hafta sonra ortaya çıkmaya başlar. 6-8. haftada şikâyetler azalır ve 6. ayda da düzelmeye/iyleşme olur. Egzersiz öğrenme süreci 6 hafta ile 6 ay arasında değişebilmektedir.

Pelvik taban kas egzersizleri, kadınların tüm yaşamları boyunca özellikle gebelik, doğum ve menopozda yapmaları gereken önemli egzersizlerdir. Bu egzersizleri yapmak için kendinize zaman ayırmalısınız. Egzersizleri sabah yataktan kalkmadan, akşam uymadan önce, otobüs beklerken veya otobüsteyken, işteyken, yemek yaparken gibi gün içindeki faaliyetleriniz sırasında da yapabilirsiniz.

5.5. Mesane Eğitimi Neden Uygulanır?

Mesane eğitimi, normalden daha sık ve acil olarak idrar yapma ihtiyacı duyan, bu durumdan rahatsız olan bireyler için bir tedavi yöntemidir. Özellikle idrar kaçırmayı önlemek için sık sık tuvalete giden kişiler bu yöntemden yarar sağlayacaktır.

Mesane eğitimi idrara sıkışma hissini baskılayarak hatta bu hissi azaltarak daha normal bir işeme düzenine ulaşmayı sağlar. Acil idrar kaçırmada, özellikle AAM'si olan bireylerde yarar sağlayan ve sık uygulanan bir davranış tedavisi şeklindedir. Mesane eğitiminde amaç işeme aralıklarını giderek açmak, mesane kapasitesini geliştirmek, bireyin sıkışıklık hissini kontrol etmesini sağlamak ve kendine güvenini arttırmak, belirli zamanlarda mesaneyi boşaltmaktır.

İlk olarak, üriner (idrar) günlük doldurmanız gerekmektedir. Birbirini izleyen 3 gün süresince 24 saatlik bir izlem şeklinde doldurulur. Her tuvalete gidilen zaman, alınan her sıvı (miktar,

saat ve türü ile), her idrar kaçırmaya olayı, idrar yapmayı erteleyememe durumu ve bu sırada yapılan meşguliyet kayıt edilir. Ancak günlük doldurma sırasında normal günlük yaşantı devam ettirilmelidir. Tatil, oruç vb durumlarda günlük kaydı yapılmamalıdır. Üriner günlük ile sizin idrar yapma, idrar kaçırmaya, aldığınız yiyecek ve içecekler ile ilgili sorunlarınız belirlemeye çalışılacaktır.

Üriner Günlük Örneği

SAAT	ALINAN SIVI TİPİ (2)	MİKTAR	İDRAR YAPMA ZORUNLULUĞU (3)	İDRAR YAPMA (4)	İDRAR KAÇIRMA (5)	YAPILAN MEŞGULİYET
(1)			(X)	(X)	(X)	
08 ⁰⁰	ÇAY	BİR FİNCAN	(X)			YÜRÜRKEN
09 ⁰⁰					(X)	ÖKSÜRÜKEN
09 ³⁰			(X)	(X)		

Üriner günlük ile tuvalete gitme sıklığınız belirlenerek bir hafta boyunca tuvalete gitme programı oluşturulacaktır. Her sabah yataktan kalkar kalkmaz tuvalete giderek mesane eğitim programına başlayıp, yatağa yatmadan önce de bitirmelisiniz.



Belirlenen zamanda tuvalete gitmeyi unutmamanız için saatinizin alarımını ayarlayın. Bir hafta boyunca ihtiyaç hissettiğiniz zaman değil, belirlenen zamanda idrar yaparak üriner günlük kaydını tutunuz. Gün boyunca her tuvalete gidişi, idrar yapma zorunluluğunu ve idrar kaçağını, alınan sıvı miktarı üriner günlüklere kayıt ediniz.

Belirlenen her zamanda boşaltma ihtiyacınız olmasa da idrarınızı bir damla bile olsa boşaltmayı deneyin. Programlanmış olan sonraki işeme zamanından önce idrar yapma ihtiyacınız olur ise, belirlenen zamana kadar sabretmek için elinizden geleni yapın. Ayaktaysanız ve idrar yapma ihtiyacınızı artıracak bir iş (bulaşık yıkama, elleri yıkama vb) yapıyorsanız bu işi bırakın ve ilginizi başka yöne çekin veya oturmuş olarak derin ve yavaş nefes alın veya 5-6 kez hızlı ve yoğun pelvik taban kas hareketlerini yapın.



Bütün çabanıza rağmen idrar yapma ihtiyacınız geçmez veya idrarınızı tutamazsanız idrarınızı yapın. Sonraki mesane eğitim programı zamanında tekrar idrarınızı boşaltarak programa devam edin.

İşeme aralığı, başarılı olduğunuzda her hafta yaklaşık olarak 15-30 dakika artırılır ve gelişmelere göre devam edilir. 3-4 saatte bir idrar yapma süresine ulaşılması sağlanır. Ev dışında olduğunuz zaman mesane eğitim programını aksatmayacak şekilde planlama yapmayı unutmayınız. Mesane eğitim programında çok sabırlı olmalısınız, başarıya ulaşmanız uzun sürebilir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını ve Aşırı Aktif Mesane belirtilerini, acil idrar kaçırmayı önleme ve yönetmeyi birlikte uyguladığınız zaman başarılı olabilirsiniz ve ömür boyu bu davranışları devam ettirmelisiniz.

Sağlıklı Mutlu Günler Dilerim.



