



T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

**KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN HASTALARDA AŞIRI AKTİF MESANE
PREVALANSI SAPTANMASI VE YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Burcu YÜCESOY KÖSE
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

DİYARBAKIR - 2019



T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

**KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN HASTALARDA AŞIRI AKTİF MESANE
PREVALANSI SAPTANMASI VE YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Burcu YÜCESOY KÖSE
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Elif AĞAÇAYAK**

DİYARBAKIR - 2019

TEŞEKKÜR

Zorlu geçen asistanlık sürecimde bana anneliğin kutsallığını ve ne kadar cefa dolu olduğunu, her zaman fedakârlık ve özveri gerektirdiğini, ömür boyu yılmadan ve ara vermeden devam edecek bir süreç olduğunu öğreten hastalarım ve Prof. Dr. Talip Gül'e, Prof. Dr. Ahmet Yalınkaya'ya, Prof. Dr. Erdal Sak'a, Doç. Dr. Mehmet Sıddık Evsen'e, Doç. Dr. Senem Yaman Tunç'a, Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Sait İçen'e ve Dr. Öğr. Üyesi Nurullah Peker'e teşekkür ederim. Ayrıca tezimin hazırlanmasında katkılarını sunan tez danışmanım Doç. Dr. Elif Ağaçayak'a ve bu süreçte bana her konuda koşulsuz olarak desteğini sunan ve sorunların mantıklı bir çözüme ulaşmasına çabalayan Dr. Öğr. Üyesi Fatih Mehmet Fındık'a da ayrıca şükranlarımı sunmaktayım.

Asistanlık sürecimin uzun bir bölümünü birlikte geçirdiğim poliklinik hemşirelerim Aysun Balıkçı ve Aynur Çevik başta olmak üzere tüm hemşire, personel ve diğer çalışma arkadaşlarıma da teşekkür ederim.

İnandığım doğruların peşinden her zaman kararlılıkla gitmemi ve dürüstlüğü en değerli erdem olduğunu öğreten, artık göremesem de varlığını hep hissettiğim canım babam Ömer Yücesoy'a ve beni her zaman hayat karşısında cesaretlendiren biricik oğlum Ömer Köse'ye de teşekkür ederim.

Zor ve sıkıntılı süreçlerde ailenin tek servet olduğunu bana her zaman hissettiren, yol göstericim olan annem Süreyya Yücesoy'a, değerli ablam Ebru Yücesoy'a ve beni anlayıp her zaman koşulsuz destekleyen eşim Salih Köse'ye de ayrıca teşekkürlerimi sunmaktayım.

Dr. Burcu YÜCESOY KÖSE

Diyarbakır-2019

İçindekiler

ÖZET	vi
Amaç	vi
Materyal ve Metot	vi
Bulgular	vi
Sonuç	vi
Anahtar Kelimeler	vi
ABSTRACT	vii
Objective	vii
Method and Material	vii
Results	vii
Conclusion	viii
Keywords	viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 Pelvik Taban Yapısı ve Fonksiyonu	4
2.1.1 Pelvik organların desteği	4
2.1.2 Pelvik kemikler ve ligamanlar	4
2.1.3 Foraminalar	4
2.1.4 Kaslar	4
2.2 Üriner Sistem Anatomisi	5
2.2.1 Üreter	5
2.2.2 Üretra	6
2.2.3 Mesane	6
2.3. Mesane Histolojisi ve Aşırı Aktif Mesane Histopatolojisi	7
2.4 Alt Üriner Sistemin İnervasyonu	7
2.5 Miksiyon Fizyolojisi	8
2.5.1 Dolum ve Depolama Fazı	8
2.5.2 İşeme Refleksi	9
2.6 Alt Üriner Sistem Disfonksiyon Tanımlamaları ve Semptomları	9
2.7 Pelvik Taban Disfonksiyonu Olan Hastaların Değerlendirilmesi	11
2.7.1 Öykü	11
2.7.2 Fizik muayene	12

2.8 Aşırı Aktif Mesane.....	12
2.8.1 Aşırı aktif mesane prevalansı.....	16
2.8.2 Aşırı aktif mesanenin hayat kalitesine etkileri.....	17
2.8.3 Aşırı aktif mesane tedavisi.....	20
2.9. Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu (OAB V8).....	23
2.10. Yaşam Kalitesi Ölçeği (King Sağlık Anketi –KSA).....	23
3. MATERYAL ve METOD.....	24
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA.....	40
6.SONUÇ.....	48
7-KAYNAKLAR.....	50
8-EKLER	58
8-1 KİNG SAĞLIK ANKETİ	58
8-2 OAB-V8 TÜRKÇE SORGULAMA FORMU	60

KISALTMALAR DİZİNİ

AAM	: Aşırı Aktif Mesane
ACh	: Asetilkolin
ART	: Articulatio
AÜS	: Alt Üriner Sistem
AÜSH	: Alt Üriner Sistem Hastalıkları
BKİ	: Beden Kilo İndeksi
BMI	: Body Mass Index
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
DAA	: Detrüsör Aşırı Aktivitesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KHQ	: King Health Questionnaire
ML	: Mililitre
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
OAB-V8	: Overactive Bladder Questionnaire Form
PAG	: Periaqueductal Gri Madde
SÜİ	: Stres Üriner İnkontinans
USG	: Ultrasonografi
Üİ	: Üriner İnkontinans
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

Amaç

Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran hastalarda aşırı aktif mesane prevalansının saptanması ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesidir.

Materyal ve Metot

Polikliniğimize 01.06.2018-31.11.2018 tarihlerinde başvuran 7072 hastadan gebeler, sistemik hastalığı veya ilaç kullanımı olanlar, aktif idrar yolu enfeksiyonu geçirenler, pelvik organ cerrahisi olanlar ve beden kitle indeksi > 40 olanlar çalışma dışı tutuldu. Geri kalan 999 hastaya OAB-V8 aşırı aktif mesane sorgulama uygulanarak 8 ve üzeri puan alanlara KİNG SAĞLIK ANKETİ uygulandı. Veriler, SPSS 17.0 paket programına göre değerlendirildi.

Bulgular

Katılımcı olan 999 hastanın 171 (%17,2)'inde aşırı aktif mesane saptandı. Hayat kalitesi en çok bozulanlar ilaç kullanımını bırakanlardı. Aşırı aktif mesanelilerde çocukluk çağı enürezis noktürna %29,24 ve sigara içiciliği %45,35'tir. Koit inkontinansının da aşırı aktif mesanelilerde yüksek olduğunu saptadık. Genel sağlık durumu, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fizik limitasyon, sosyal limitasyon, kişisel ilişki, duygu durum, uyku enerji düzeyi semptom şiddetlerinin aralarındaki ilişkilerine bakıldığında bölümler arası pozitif ilişki olduğu görülmüştür.

Sonuç

Aşırı aktif mesane sendromunun doktora başvuru şikâyeti olarak görülmediği ve detaylı bir anamnez ve fiziki muayene ile saptanabileceği saptandı. Sigara içiciliği ve çocukluk çağı enürezis hikâyesinin de bağımsız risk faktörleri olabileceğini düşünüyoruz. Aşırı aktif mesanelilerde semptomlar şiddetlendikçe eşleriyle olan ilişkilerini ve kendi duygu durumlarını olumsuz etkilediğini gözlemledik. Farkındalığının artırılmasının ve risk faktörlerinin azaltılmasının tanı kolaylaştırıp, hayat kalitesinin artırılması sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler

Aşırı aktif mesane, prevalans, king sağlık anketi, yaşam kalitesi, üriner inkontinans

ABSTRACT

Objective

Aim of this study is to determine the prevalence of over active bladder (OAB) and assess the severity of complaints and quality of life of these patients who were referred to department of gynecology and obstetrics clinic.

Method and Material

Patients who were referred to the University of Dicle Department of Gynecology and Obstetrics with various complaints in a period of six months between dates of 01.06.2018 and 31.11.2018 were totally 7072. We excluded patients with pregnancies, systemic diseases, history of drug usage, active urinary tract infections, history of pelvic organ surgeries and body mass index (BMI) over 40. 999 of them could be included to study were subjected to OAB-V8 Over Active Bladder Questionnaire Form. Patients who completed OAB-V8 questionnaire and scored 8 or more were diagnosed with OAB and asked to complete King Health Questionnaire (KHQ). Data was evaluated with SPSS 17.0 package program.

Results

171 of the 999 patients who were participant of the study included within our study (17.2%) were diagnosed with OAB. According to the KHQ performed on patients, highest scores for mood were reported by the group that expressed they have stopped using the prescribed medications because of the side effects and longevity of the treatment. We have found that OAB (29.24%) had a history of childhood enuresis nocturna. Tobacco usage rate in patients who were diagnosed with OAB was %45.35. Coital inkontinans were also higher in OAB group. We have determined a positive correlation between general health condition, physical limitation, effects of incontinence, role limitation, social limitation, personal relationship, mood, sleep energy level, and symptom severity for all our patients diagnosed with OAB.

Conclusion

In our study we concluded that while the OAB is a common medical condition; patients do not view this condition as problem that should be treated by a medical professional, and keep living with this situation; and normalizing their situation by associating their condition with irrelevant factors. Also we consider the possibility of tobacco usage and childhood enuresis being risk factors other than known ones. We determined in our patients that mood and relationship with partners are also affected by severity of symptoms. We think increasing awareness of patients and medical professionals about OAB and decreasing risk factors may contribute to easier diagnosis and treatment, and increase patient's quality of life.

Keywords

Overactive bladder, prevalence, king health questionnaire, quality of life, urinary incontinence

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfalar
Şekil 1: Pelvik kemikler ve ligamentler	4
Şekil 2: Pelvik taban kasları.....	5
Şekil 3: Mesane Boynu ve Kadın Üretrasının Longitudinal Kesiti	6
Şekil 4: Mesane ve Duvarı Anatomisi	6
Şekil 5: Alt üriner sistem innervasyonu.	8



TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1: King Sağlık Anketi Skor Hesaplama	26
Tablo 2: Çalışmaya Katılanların Demografik Özellikleri	28
Tablo 3. Çalışmaya katılanların yaş, evlilik süresi, BKİ ve şikâyet süreleri	29
Tablo 4. Aşırı aktif mesaneli hastaların (grup1) yaş, evlilik süresi, BKİ ve şikâyet süreleri	29
Tablo 5. Gruplara göre yaş, sigara, parite ve BKİ değerleri.....	30
Tablo 6. Aşırı aktif mesanelilerde (grup 1) enürezis noktürna ve koit inkontinans oranları	30
Tablo 7. Aşırı aktif mesane olanlarda (grup 1) rahatsızlık, ani his, kazara kaçırma, noktüri, gece uyandırma, kontrol edilemeyen sıkışma, aşırı istekle kaçırma oranları	31
Tablo 8. Aşırı aktif mesane olmayan hastalarda rahatsızlık, ani his, kazara kaçırma, noktüri, gece uyandırma, kontrol edilemeyen sıkışma, aşırı istekle kaçırma oranları	31
Tablo 9. Gruplara göre Rahatsızlık, Ani his, Kazara kaçırma, Noktüri, Gece uyandırma, Kontrol edilemeyen sıkışma, Aşırı istekle kaçırma oranları.	32
Tablo 10. Enürezis noktürna ve koit inkontinans birlikteliği.....	33
Tablo 11. Gruplara göre enürezis noktürna oranı ve enürezis noktürna-koit inkontinans birlikteliği oranları	33
Tablo 12. Koit inkontinans olanların eşlerinin tepkileri	33
Tablo 13. Eş tepkilerine göre skorlamalar.....	34
Tablo 14. Hastaların tedaviye başvurmama sebepleri.....	34
Tablo 15. Başvurmama sebeplerine göre duygu durum skorları	35
Tablo 16. Demografik özelliklerin skorlamalar arasındaki ilişkisi.....	36
Tablo 17. Şikâyet süresi ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki	37
Tablo 18. Çalışan hastaların hayat kalitesi skor değerleri.....	37
Tablo 19. Skorlamada en yüksek puan alan 10 hastanın bölüm değerleri	38
Tablo 20. Genel sağlık durumu, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fizik limitasyon, sosyal limitasyon, kişisel ilişki, duygu durum, uyku enerji düzeyi, semptom şiddeti bölümlerinin kendi aralarındaki ilişkileri	39

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Aşırı aktif mesane (AAM), artmış işeme sıklığı, noktüri ve esas olarak sıkışmanın ana şikâyet olduğu, inkontinansın eşlik edebildiği ve bu tabloyu açıklayabilecek herhangi bir metabolik ya da lokal hadisenin olmadığı klinik semptomların oluşturduğu bir tablodur(3). İlk olarak 1997 yılında Paul Abrams ve arkadaşları tarafından tanımlanmış olup etyopatogenezi net olarak aydınlatılamamış olsa da klinik olarak önemi giderek artmaktadır (4). Aşırı aktif mesane sendromu, 2002 yılında Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından tanımlanmıştır(3). Uluslararası Kontinans Derneğinin tanımlamasına göre “urgency” ani başlayan ve önlenemeyen işeme hissi; “artmış idrara çıkma sayısı” günde 8 ve üzeri idrara çıkma; “noktüri” uykudan bir ya da daha fazla kere işemek için uyanmak; “inkontinans” ise her türlü istemsiz idrar kaçırma durumudur. İnkontinansın eşlik ettiği grup ıslak AAM; eşlik etmediği grup ise kuru AAM olarak adlandırılır.

Aşırı aktif mesane tanısı klinik tablo ile konulduğundan hastalarının tanıları için ürodinami gibi invaziv işlemlerin yapılması gerekliliği yoktur. Aşırı aktif mesane ve AAM’ye eşlikçi olabilen, ürodinami testlerinde gözlenebilen detrüsör aşırı aktivitesi (DAA) ile ilgili üç farklı hipotez öne sürülmüştür. Nörojenik hipoteze göre inhibitör yollarda oluşan hasarın veya afferent sinirlerin duyarlılaşmasıyla ilkel işeme reflekslerinin ortaya çıkmasıyla aşırı aktif detrüsör kasılmalarını tetiklemesine neden olduğunu düşünülmektedir. Miyojenik hipotezde ise detrüsör myosit hücrelerinin aşırı duyarlanarak birbirleri arasındaki bağlantılarını arttırıp spontan olarak uyarılmaları öne sürülmektedir(5). Otonom uyarım ise öne sürülen diğer bir hipotez olup burada da otonom aktivite gösteren mesane içi yapıların birbirlerini uyararak aktivite oluşturmaları sonucu klinik tablo oluştuğunu öne sürmektedir(6).

Çeşitli hipotezler mevcut olsa da bazı hastaların neden tedavilerinin başarısız olduğunu anlamak için de etyopatogenezin net olarak ortaya konulması gerekmektedir.

Tanının klinik olarak konulması, ürodinaminin net olarak tanıda yardımcı olamaması, hastaların ilaçların olası yan etkilerini yaşaması nedeniyle tedaviye uyumu da zorlaştırmaktadır(7). Çünkü AAM tüm dünyada bölgesel farklılıklar gözlense de oldukça sık izlenmekte ve yaşam kalitesini ciddi anlamda düşürmektedir(8). Aşırı aktif mesane prevalansı dünya genelinde yapılan çalışmalarla saptanmış olup, bölgesel olarak farklılıklar izlenebilmektedir. Ülkemizde 18 yaş üzeri bireylerdeki prevalansı saptamak için yapılan çalışmada kadınlarda %35,7 olarak bulundu (9). 2003 yılında ABD’ de yapılan “National Overactive Bladder Evaluation (NOBLE)” araştırmasına göre ise 18 yaş üstü kadınlarda prevalansın %16,5 olduğu saptanmıştır (10). Dünya literatüründe ise kadınlarda ise %9,3-32,6 arasında olduğunu izlenmiştir (9). 2010 yılında çok merkezli olarak yürütülen bizim de kullandığımız OAB-V8 (overactive bladder questionnaire) anketi kullanılarak yapılan prevalans çalışmasında toplumun genelinde oran %21 iken, kadınların daha çok etkilendiği (25,6% vs. 13,7%) olduğu izlenmiştir (11). Hastaların birçok şikâyetle sağlık kuruluşlarına başvurmalarına rağmen hayat kalitelerini bu denli çok etkileyen durumlarda neden etkin bir tedavi almadıkları ya da tedaviye devam etmekten vazgeçmeleri tartışmaya açık bir konudur. Özellikle daha konservatif toplumlarda kadınlar için bu konuların konuşulması daha çok utanılacak bir durum olarak düşünüldüğü için kadın hastaların çoğunluğu bu durum için doktora gitmemekte, eşlerine dahi anlatmamakta veya eşleriyle ilişkileri ciddi anlamda etkilenmektedir. Bu durumu normal olarak görmektedirler. Hastalar mevcut durum nedeniyle üzülmekte, gergin ve huzursuz olmakta, yabancı bir ortama girmekten çekinmekte ya da en yakın tualeti aradıklarını ifade etmektedirler. Hastalar günlük aktivitelerini yapmak istememekte, topluluklara girmekten kaçınmaktadırlar (12). İnkontinansı olan yaşlı kadınlarda emosyonel bozukluklar, uyku anormallikleri, toplumdan kendini izole etme kendi yaş gruplarında şikâyetleri olmayan kadınlara göre daha yüksek izlenmektedir (13). Bu da hastaların duygusal olarak streslerini arttırmakta, iş gücü kayıplarına yol açabilmektedir.

Aşırı aktif mesane’nin Almanya, İtalya, İspanya, İsveç ve İngiltere’de 2000 yılında sağlık sistemine maliyetinin 4,2 milyon € olduğu bunun 2020’ye kadar artarak 5,2 milyon € olabileceği öngörülmektedir(14). AAM sıklığı yaşla birlikte

artmakta olup, bazı ülkelerde inkontinansın eşlik ettiği AAM huzur evlerine kabulde etkili olabilecek kadar önemli olmaktadır (15).

Hekimlerin yoğun çalışma şartları ve ürojinekolojik şikayetlerinin sorgulanmasının genellikle ikinci plana atılması; hastaların da bu şikayetlerini saklama ya da utanç duymaları nedeniyle genellikle semptomlar net olarak değerlendirilememektedir. Diğer şikâyetlerle başvuran hastaların alt üriner sisteme yönelik şikâyetlerinin de sorgulanması, anamnezinin alınması; hastaların artan yaş, gravide ya da sosyo-kültürel durumları nedeniyle gizledikleri ya da normal karşıladıkları bu şikâyetlerinin de hayat tarzı değişiklikleri, medikal ve gerekli olursa cerrahi olarak giderilmesinin yolunu açabilmektedir. Bu sayede de gereksiz maliyetlerin önüne geçilebilir, hastaların sağlık sisteminden ve kendi yaşamlarından memnuniyeti artabilecektir.

Biz çalışmamızda aşırı aktif mesane sendromunun sıklığının saptanması ve bu durumdan muzdarip olanların hayat kalitelerini ne kadar etkilediğini ortaya koyup, bu sendroma etki edebilecek risk faktörlerini de inceleyerek literatüre katkı sağlamayı amaçlamaktayız.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Pelvik Taban Yapısı ve Fonksiyonu

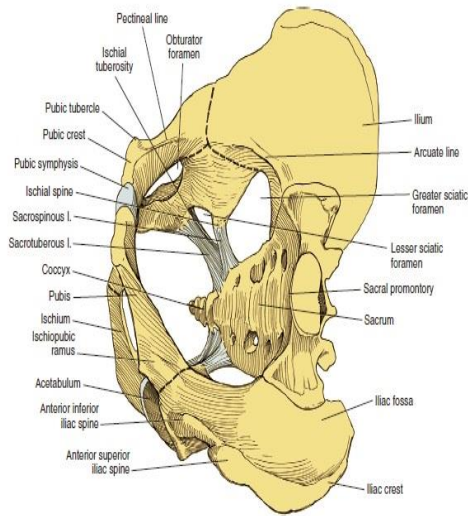
2.1.1 Pelvik organların desteği

Kemikler, kas ve bağ dokuları tarafından desteklenirler. Pelvik taban, kaslar ve destekçi yapılardır. İçten dışa doğru pelvis viseral peritonu, pelvik organlar ve endopelvik fasya, pelvik ve ürogenital diyafram, yüzeysel perineal kaslar ve cilt altı; cilt tabakaları gözlenebilir. Pelvik anatomi şekil 1’de gösterilmiştir.

2.1.2 Pelvik kemikler ve ligamanlar

Pelvik kemikler; os coxae, koksiks ve sakrumdan oluşmaktadır. Sakrokoksigeal eklem kısmi harekete izin vermektedir. Pelvik girim genişledikçe pelvik organ prolapsusun artma ihtimali artmaktadır(16). Kemikler arasında Art.

lumbosacrale, Art. sacrococcygeale, Art. sacroiliaca ve symphysis pubica bulunmaktadır. Sacrospinöz ve sacrotuberoz ligamentler pelvik stabiliteye destekler.



Şekil 1: Pelvik kemikler ve ligamentler

Kaynak: Jr., H.F., Atlas of urosurgical anatomy. 1993, Philadelphia: WB Saunders(1).

2.1.3 Foraminalar

Foraminalar büyük siyatik, küçük siyatik ve oburator foremen olarak adlandırılır.

2.1.4 Kaslar

2.1.4.1. Pelvik Diafragma

Pelvisi başlıca destekleyen fibromüsküler bölümdür. Levator ani ve koksigeal kaslar oluşturmaktadır (Şekil 2).

2.1.4.1.1. Levator Ani

Pubovajinalis, puboüretralis, puborektalis ve iliokoksigeus kaslarının oluşturduğu pubokoksigeus kasları tarafından oluşturulmaktadır. S3-S4; inferior rektal sinir ile inerve olur. Pudental sinirin inervasyona katkı sağlamamaktadır (17).

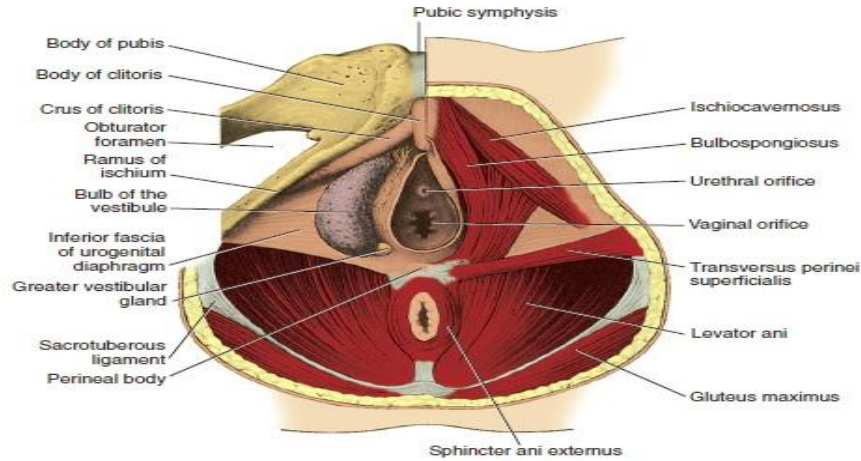
Karın içi ve pelvik organların ağırlığını karın içi basınca karşı dengeledikleri için sürekli olarak kasılıdırlar. Pelvik organların anatomik yerlerinde tutunmasına da yardımcı olmaktadır.

2.1.4.1.2. Ürogenital diyafram (perineal membran)

Pelvik diyaframı destekleyip derin transvers perineal kaslar ve üretra sfinkter kaslarından meydana gelmektedir. Perineal membran distal vajina ve üretraya destek görevi görmektedir.

2.1.4.1.3 Pelvik Periton

Mesane üst yüzü, korpus uteriği kaplayıp, serviks arka yüzünü örtüp uterus ve rektus arasında olan excavatio rektouterina olarak bilinen (Douglas)en derin batin boşluğunu da örterek rektum serozasını oluşturur(18).



Şekil 2: Pelvik taban kasları

Kaynak: Jr., H.F., Atlas of urosurgical anatomy. 1993, Philadelphia: WB Saunders (1).

2.2 Üriner Sistem Anatomisi

Genitoüriner sistem alt ve üst üriner sistem olarak iki bölümdür. Üst üriner sistemde (ÜÜS) böbrek ve üreterleri de kapsayan toplayıcı sistemlerden oluşmaktadır. Alt üriner sistemde (AÜS) ise mesane ve üretra bulunmaktadır.

2.2.1 Üreter

Üreter böbrekler ve mesane arasında bulunan kanallardır. Üreterler ve böbrekler retroperitoneal yerleşimlidir. Üreterlerin uzunluğu 22-26 cm'dir. Transisyonel epitelyum üreter mukozasını oluşturmaktadır. Üreterler üç noktada

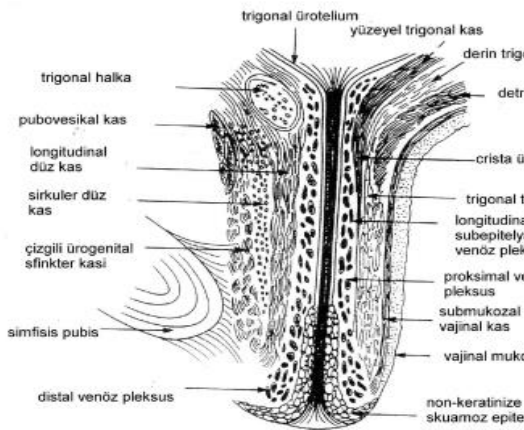
daralma gösterir; üreteropelvik bileşke, iliak damarla çaprazlaştığı yer ve mesaneye girim noktalarıdır.

2.2.2 Üretra

Kadın üretrası erkek üretrasına göre kısa ve geniş olup, ortalama 3-4 cm uzunluğunda ve 8-9 mm genişliğindedir. İdrarın mesaneden dışarı atılmasını sağlar. Üretranın duvarları düz kastan oluşup, iki tabakadır (Şekil 3). Sfinkter üretra (rabdofsfinkter) adlı sirküler iskelet kası ile çevrilidir. Üretranın orta ve alt üçte birinin bağlantı noktasında ise iki şerit kastan oluşan üretrovaginal sfinkter (kompresör üretra) adlı yapı bulunur. Bu kaslar birlikte fonksiyon gösterip inerve olmaktadır. Ürogenital sfinkter kompleksi olarak adlandırılan bu yapının amacı sabit bir tonus oluşturmaktır. Bu sayede aktif kontinansa yardımcı olurlar(19).

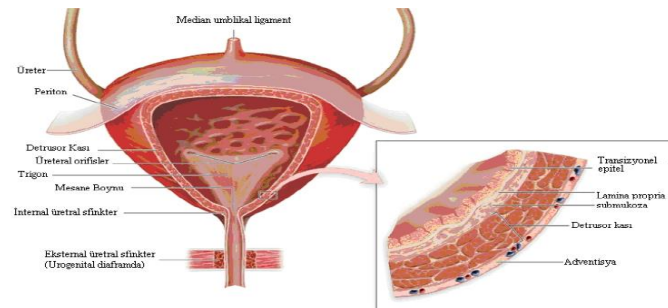
2.2.3 Mesane

Mesane, endodermden gelişim gösteren, gereklilikte aralıklı olarak da idrarın boşaltılmasını sağlayan müsküler bir organdır. Subperitoneal yerleşimlidir, doldukça yükselerek abdominal kaviteye doğru uzanım gösterir (20). Şekil 4'te görüleceği üzere transisyonel epitellerden oluşan ve mesane, üreter, renal pelvisin iç yüzeyini kaplayan yapı "üroepitelyum" tabakası olarak adlandırılır(21). Üroepitelyum, mesane kapasitesine göre şekil değiştirebilme kapasitesine sahiptir.



Şekil 3: Mesane Boynu ve Kadın Üretrasının Longitudinal Kesiti

Kaynak: Strohbein K, D.J., 2:5. , *The Anatomy of stres incontinence. . Oper. Tech. Gynecol Surg*, 1997. 2: p. 5 (22).



Şekil 4: Mesane ve Duvarı Anatomisi

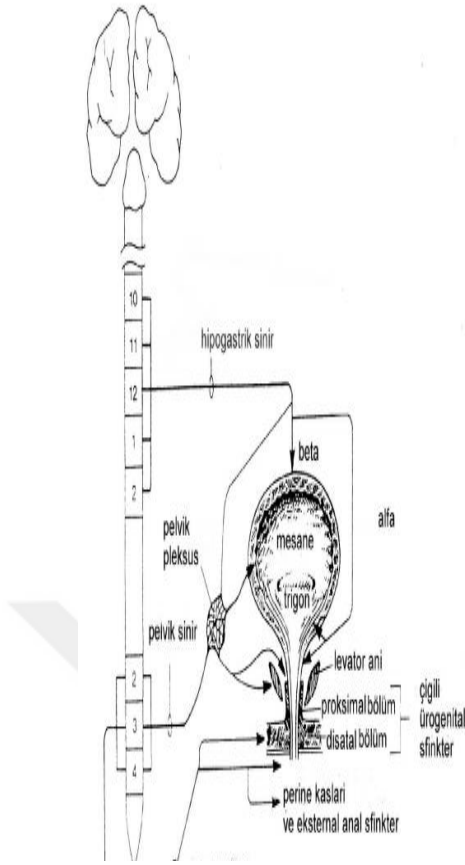
Kaynak: KL., M., *Clinically oriented anatomy*. Third edition ed. 1992 (23).

2.3. Mesane Histolojisi ve Aşırı Aktif Mesane Histopatolojisi

Mesane üroepitelyum ile kaplıdır. Epitelin altında lamina propria, muscularis propria ve seroza (adventisya) tabakaları uzanım göstermektedir(24). Üroepitelyum ayrıca üriner boşluk ve alttaki dokular arasında yerleşerek iyonlar, çözülebilen maddelere, suya ve patojenlere karşı yüksek dirençli bir bariyer görevi de görür. İdrarın içeriğini de düzenleyebilir. Alt tabakadaki sinir kas sistemlerine de dış ortamdan aldığı bilgilerin iletilmesini de sağlamaktadır (25). Mesane fonksiyonlarını düzenlemeye de katkıda bulunduğu gözlenmiştir. Bu tabakadan kaynaklı olan duysal iletilerdeki sapmaların da AAM'ye sebebiyet verebileceği öne sürülmüştür (26). Üroepitelyum, mesane dolumunda oluşan gerilime bağlı işeme esnasında ATP, prostaglandinler, nitrik oksit, asetilkolin (ACh) gibi, sinir ve düz kas, immün ve interstisyel hücreleri etkileyecek maddelerin salgılanmasında rol oynadığı öne sürülmektedir. Bunun da mesane sensörlerinin ve AAM semptomlarının artmasına sebebiyet verebilecek şekilde afferent sistemlerin değiştirebileceği öne sürülmüştür (27). Mesane dolumu esnasında ürotelyumdan normalden fazla ACh salınımının AAM semptomlarına sebebiyet verebileceği de düşünülmektedir (28).

2.4 Alt Üriner Sistemin İnervasyonu

Mesane çalışması istemli motor sistem ve istemsiz olarak kontrol edilen visseral motor sistemin birlikte çalışmasına örnek oluşturmaktadır (29). Mesane kaynaklı oluşan gerilme, duysal uyarılar ve bunlarla ilgili bilgiler efferentler olarak adlandırılıp, parasempatik ve sempatik sinirlere eşlik eden afferent sinirler ile taşınır. Afferentlerin sonlanması spinal kordun posterior boynuzundaki internöronlarında olur. İternöronlar ise orta beyindeki periakueduktal gri maddesine (PAG) ve sonrasında pontin miktürnayon merkezine ulaşır (30). Şekil 5'te de tariflendiği üzere parasempatik lifleri S2-S4 hizasından çıkan pelvik sinirlerle, sempatik lifler ise T10-L2 hizasından çıkan hipogastrik sinirlerle taşınır. Pudental sinirler somatik lifleri taşır. Parasempatikler mesane duvarındaki muskarinik reseptörleri uyarır, detrusör inhibisyonu oluşturur ve nitrik oksit salınarak üretrayı gevşetir. Sempatik sistem ise hipogastrik sinirlerle mesane duvarındaki β - adrenerjik inhibitör reseptörlerini aktive ederek detrusörün



Şekil 5: Alt üriner sistem innervasyonu.

Walters, M.D., Karram Mickey M.I
Neurophysiology of the lower urinary tract Clinical Urogyneco, 1993. 2: p. 17 (2).

relaksasyonuna ve üretradaki α -adrenerjik sistemi uyararak kasılmasına neden olabilmektedir. Böylece mesanede idrar depolanması sağlanabilir. Pudental sinirlerin görevi, dış sfinkterlerin ve pelvik taban kaslarının istemli kasılmasıdır (19).

Mesane afferentleri miyelinli A δ ve miyelinsiz C liflerini içermekte olduğu izlenmiştir (30). A δ mesane duvar gerginliğinden etkilenen mekanoreseptörlerdir. C lifleri ise sıkışma hissi ve mesanede ağrı duyusuyla ilgili olacağı düşünülmektedir. C lifleri %80 oranında kapsaisine duyarlıdır (31). C lifleri normal dolum fazında sessizken akut idrar yolu enfeksiyonlarında, kimyasal iritanlara maruziyette, soğuk hava ve asiditede aktifleşir ve ağrı, rahatsızlık hissi yaratır(19).

2.5Miksiyon Fizyolojisi

2.5.1 Dolum ve Depolama Fazı

Mesane boş iken intravezikal basınç 0 cmH₂O civarındadır. Mesane içinde 50-60 ml idrar birikirken 5-10 cmH₂O'ya yükselir. 200-300 ml artışta basınç çok az bir değişiklik gösterir. Bunu da mesane duvarının iç kısımdan kaynaklı gerilimi sağlamaktadır. Dolum evresi boyunca sempatik uyarım giderek artarken parasempatik uyarı baskılanır bu sayede mesane içi basınç düşük tutulur (32). Dolum 300-400 ml olduğunda ise basınç çok hızlı şekilde artış gösterir(33). Mesane dolum ve depolanmasının sağlanabilmesi için mesanenin de artan iç basıncıdaki artışa ve idrar hacmine uyumunu gerektirmektedir(19).

Üretral sfinkterin de dinlenme ve dolum sırasında da kaçırma olmaması için kapalı olması gerekmektedir. Mesane bunun için boyun kısmındaki güçlerin

ve üretra içi basıncın artmasını sağlayacaktır. Bu koruyucu refleks olarak bilinmektedir. Dolum süresince afferent aktivasyon artışıyla beyin merkezlerinin uyarımını sağlar.

2.5.2 İşeme Refleksi

İşeme refleksi medulla spinalis kökenli tamamen otonomik bir reflekstir. Beyin bu refleks üzerine kolaylaştırma ve baskılama etkisine sahiptir.

Mesane dolumu esnasında ilave kasılma dalgaları oluşmaktadır. Mesane kısmi olarak dolu olduğunda bu kasılmalar kısa süreli olup genellikle de spontan olarak gevşer sonucunda detrüsör kaslar da kasılmayı durdurup ve mesane içi basınç artmamış olur. Eğer dolum devam ederse bu reflekslerin ortaya çıkışı sıklaşır ve kasılma şiddeti giderek artar.

İşeme refleksi ortaya çıktıktan sonra kendini tekrar tekrar uyarma özelliğine sahiptir. Bu süreç güçlü kasılmalar ortaya çıkıncaya kadar devam eder. Refleks döngüler devam ettikçe yorulur ve mesane gevşemesine olanak sağlamış olur. Bu refleks ortaya çıktığında başka bir refleks oluşmadan giderek dolan mesaneye karşı daha sık ve daha şiddetli olarak cevap verir. Yeterli seviyeye geldiğinde ise pudental sinirler aracılığıyla dış sfinkterin inhibisyonu için oluşacak bir refleks, beynin sfinkter üzerindeki kasılma sinyallerinden daha fazla olursa işeme gerçekleşir.

Uygun zaman ve istek geldiğinde ise kişi karın kaslarını kasar, mesane içi basınç artar arka üretra ve mesane boynuna fazla idrar gidişi sağlanır bu bölgelerde artan idrara bağlı duvar gerilimi artar ve reseptörler uyarılarak refleks başlatılır dış sfinkter gevşetilir ve işeme başlatılmış olur(33).

2.6 Alt Üriner Sistem Disfonksiyon Tanımlamaları ve Semptomları

Uluslararası İnkontinans Derneği'nin (ICS) alt üriner sistem disfonksiyonlarına yönelik olarak 2003 yılında yayınladığı ve çocuklardan erişkinlere kadar kullanılabilen terminolojiye göre kadınlarda alt üriner sistem şikâyetleri sınıflandırılmıştır (34). Terminoloji 1988 yılından günümüze kadar aralıklarla düzenlenmiştir (35-40)

1. Depolama şikâyetleri:

- ✓ Noktüri: gece uykudan uyanarak iki ve üzeri tuvalete gitmektir.

- ✓ Urgency: ani başlayan ve ertelenemeyecek hale gelebilen idrara sıkışma hissi
- ✓ Frequency: sık idrara çıkmak olarak bildirilmiştir. Hastanın uyanık kaldığı sürece sekiz ve üzeri tuvalete gitmesidir.
- ✓ Üriner inkontinans: istem dışı idrar kaçırmadır ve alt tipleri bulunmaktadır.
 - a) Stres üriner inkontinans: efor, hapşırma, öksürükle oluşabilecek istemsiz kaçırma hissidir.
 - b) Urge üriner inkontinans: ani başlayan ve ertelenemeyecek olan istem dışı kaçaktır.
 - c) Mikst tip üriner inkontinans: stres ve urge inkontinans tipinin bir arada olmasıdır.
 - d) Enürezis: istem dışı idrar kaçırma olarak tariflenmektedir. Gece kaçırmaları tarif edilmek istenirse mutlaka nokturnal enürezis olarak adlandırılmalıdır.
 - e) Devamlı idrar kaçırma
 - f) Diğer tipler: yukarıda bahsedilen durumlar dışında pozisyonel, cinsel ilişki sırasında, kıkırdama gibi anlarda idrar kaçırma
- ✓ Mesane hissi beş alt kategoride tariflenebilmektedir.
 - a) Normal his
 - b) Artmış his
 - c) Azalmış his
 - d) Yokluk
 - e) Spesifik olmayan

2. İşeme semptomları:

- ✓ Yavaş akım
- ✓ İşeme sırasında bölünme veya püskürtme
- ✓ Hesitancy
- ✓ Suprapubik ağrı
- ✓ İşeme sonrası ağrı hissi
- ✓ Dizüri
- ✓ Strangüri
- ✓ Miksiyon sonrasında damlama

2.7 Pelvik Taban Disfonksiyonu Olan Hastaların Değerlendirilmesi

Pelvik taban disfonksiyonlarının değerlendirilmesinde temel olarak iyi alınmış öykü, fizik muayene ve gereklilik halinde klinik semptomlara yönelik testlerin gerçekleştirilmesi yer almaktadır.

2.7.1 Öykü

Pelvik taban bozuklukları, hastaların hakkında konuşmayı zor bulduğu hastalıklar grubunu oluşturmaktadır. Kadınların bir bölümü şikâyetlerini önemli olarak görmemekte mevcut durumlarıyla (multiparite, yaş, yoğun çalışma, menapoz vs.) bağdaştırmakta ya da utanma, sıkılma duygularıyla gizlemektedirler. Bir grup hasta ise bu hastalıkların herhangi bir tedavisi olmadığını düşünür (41). Hastanın yaşam kalitesini, hijyenik veya psikolojik olarak bozduğu noktada ise tedavi gerekliliği bulunmaktadır(42). Uluslararası Kontinans Derneği, AAM veya diğer üriner sistem disfonksiyonlarını tanımlamak için aşamalı yaklaşımlar benimsemiştir(35, 43) Pelvik taban bozukluklarının tanısı konulurken semptomatik yaklaşım da önemli olduğu için hastanın semptomlarının şiddeti ve hayat kalitesini ne kadar etkilediği de son derece önemli olmaktadır. Tanı ve tedavisinin esas temelinde hastaların yaşam kalitesinin bozukluğu bulunmaktadır. Her hasta aynı hastalıktan aynı şekilde rahatsız olmamaktadır.

Sağlık çalışanları açısından değerlendirildiğinde ise bu konuyla ilgilenen uzmanların sadece bu konuyla ilgilenmeleri tercih edilmekte olup konulara genel olarak aşina değildirler(4). “The National Center For Quality Assurance” pelvik taban problemleri yaşayan hastaların sağlık bireyleri tarafından taranmasının önemini vurgulamıştır(44). Yoğun primer bakım hizmetleri, obstetri veya jinekoloji pratiğinde inkontinans, prolapsus ya da genel olarak pelvik taban bozukluklarıyla ilgili soru sorabilmek için zamansal veya yoğunluk ile ilişkili problemler sebebiyle fırsat bulunamamaktadır(4). Hekimin bağırsak, mesane veya seksüel problemler ile ilgili soru sorması hastaların mevcut durumlarının tedavisi için kendini rahat hissetmesini sağlayabilmektedir.

Hasta eğer daha önceden tedavi almışsa mutlaka şikâyetlerinin süresi, sürecin nasıl ilerlediği, şikâyetlerinin artmasına veya azalmasına sebep olabilen durumlar, aldıysa tedavinin etkinliği ve süresi sorgulanmalıdır. Ayrıca hastanın ek

morbiditelerinin de değeriendirilmesi önem kazanabilmektedir (45). Eğer inkontinans varsa mutlak suretle tipinin değeriendirilmesi yapılmalıdır. Hastaların uzamış eylem, operatif vaginal doğum, artmış parite, geçirilmiş ürojinekolojik operasyon öyküsü üriner inkontinans ile ilişkili olabileceken, tekrarlayan üriner enfeksiyonlar, prolapsusa bağılı obstrüksiyonlar, mesane anomalileri, tümörler, nörolojik problemler, çeşitli sistematik hastalıklar, östrojen eksikliği ilaç öyküsü AAM ile ilgili olabilmektedir. Öykü çok önemli bir muayene basamağıdır.

2.7.2 Fizik muayene

Hastanın muayenesi sistemik, nörolojik ve genitoüriner sistemi kapsamalıdır. Hastanın olabilecek üriner inkontinansına, tuvalete yetişememesine veya sık tuvalete gidişine yönelik durumları incelenmeli gereklilik halinde ek görüş istenmelidir. Jinekolojik muayenesinde idrar maruziyetine bağılı eritem, yüzeysel lezyon veya ülserler idrar kaçırma, idrarın cilt temasının uzun süredir olduğu hakkında fikir sahibi olmamızı sağlayabilir(46). Hastanın spina bifida, alt ekstremitte ve perinede motor veya duysal kusurlar varsa incelenmelidir.

2.8 Aşırı Aktif Mesane

ICS tarafından aşırı aktif mesane kanıtlanmış bir enfeksiyon ya da herhangi bir metabolik sorun olmadan artmış işeme sıklığı, noktüri ve bazen inkontinansın eşlik edebildiğı sıkışma hissi olarak tariflenmiştir. Sıkışma, ertelenmesi ya da karşı konulması zor olan işeme arzusu olarak tanımlanabilmektedir. Artmış işeme sıklığı hastanın uyanık kaldığı süreç boyunca 8 ve üzeri olarak belirtilirken, gece ise 2 ve üzeri olarak idrara çıkma ise noktüri olarak bildirilmiştir. Hastanın esas karşı konulması veya baskılanması zor olan şiddetli bir işeme hissi mevcuttur. ICS bu tabloyu sendrom olarak tanımlamaktadır. Sendrom, bir araya geldiğı zaman anlamlı bir olgu bütünü oluşturan bulgular bütünü olarak tanımlanmaktadır. Aşırı aktif mesanenin ilk tanımlanması 1997 yılında Paul Abrams tarafından yapılsa da esas olarak 2002 yılında ICS tarafından tanımlanmıştır.

Sıkışma aşırı aktif mesanenin esas semptomu olduğundan bazı yazarlar patolojik sıkışma ve normal sıkışmanın farklılıklarını ele almışlardır. Bazı grup sıkışmanın ya hep ya hiç fenomeni olduğunu öne sürerken

derecelendirilemeyeceğini belirtmişlerdir. İşemenin ani zorlayıcı isteğinin olamayacağını öne sürmüşlerdir (47). Bir başka grup ise sıkışmanın kademeli olabileceği “Sıkışma Algı Ölçeği” ile ölçülebileceğini ortaya koymuşlardır. Ölçeğin sorusu “ genellikle işemenizin şiddeti nedir?” olup sıkışma yok, hafif, orta şiddetli ve dayanılmaz olarak 0-4 arası derecelendirme yapılır (48, 49).

Aşırı aktif mesanenin tüm komponentleri birlikte değerlendirildiğinde ürodinamide gözlenebilecek olan detrüsör aşırı aktivitesine bağlı olabileceği düşünülebilir. Detrüsör aşırı aktivitesi istemsiz detrüsör kasılmalarının sistometri esnasında gözlenmesidir. Bu kasılmalar kendiliğinden de oluşabileceği gibi provake edilerek de izlenebilmektedir. Detrüsör aşırı aktivitesi ICS’ye göre idipatik ve nörojenik olarak sınıflandırılmaktadır.

Aşırı aktif mesanenin sendromunda ürodinami her zaman şart olmamakla birlikte rolü de çok kısıtlı kalmaktadır. Hastanın ürodinamisinin normal olması AAM’yi ekarte ettirmeyeceği gibi hastanın hiçbir şikâyeti olmayıp ürodinamide detrüsörün aşırı aktivitesinin görülmesi de AAM tanısı koyduramamaktadır.

Ürodinaminin her hastada tercih edilmemesinin bir sebebi de invaziv işlem olmasıdır. Eğitimli personel gerekirken, işlem hem pahalı hem de her merkezde yetkin ürodinami ekip ve aletleri bulunmamaktadır. Esas endikasyonu ise hastanın yararına olması ve tedavi planını değiştirebilecek olmasıdır (4). AAM sendromu düşünülen bir hastada klinik olarak tanının net konulamaması (hastada stres üriner inkontinans ve urge üriner inkontinans birlikteliği olup ön planda hangisini olduğunu anlamak için), basit testlerin yetersiz olması, ilk basamak medikal veya cerrahi tedaviye yetersizlik artmış rezidü idrar hacmi düşünülmesi, mesane çıkış obstrüksiyon şüphesi olması, işeme ile ilgili anormallik olması, hastaların nörolojik hastalığının da olması ya da pelvik radyasyon öyküsüne bağlı AAM şüphesi var ise ürodinami kullanılabilmektedir (50).

AAM’de hastanın öyküsü bize hastalık hakkında çok net fikir verebilmektedir. Eğer şiddetli işeme hissi kontrol altına alınamıyorsa veya tualete ulaşmada sorun olursa inkontinans eşlik edebilmektedir. AAM esas olarak inkontinansın eşlik ettiği ıslak tip ve eşlik etmediği kuru tip olarak ayrılmaktadır. Hastaların yaklaşık üçte ikilik kısmının inkontinansının olmadığı

bildirilmiştir (51). Başka bir çalışmada ise AAM şikâyetleri olanların, %85 oranında sık idrar çıkma şikâyetleri varken, %54 oranında sıkışma hissi, % 36 oranında ise sıkışmaya bağlı inkontinans izlenmiştir (52). Tüm bu şikâyetlerin yanında hastanın geçirilmiş pelvik veya abdominal cerrahileri, sistemik hastalıkları, kullanılan ilaçların olası etkileri de bu tabloların oluşmasına katkı sağlayabilmekte bazen de bu durumu taklit edebilmektedir. Bu nedenle hastanın öyküsünün detaylı alınması önceki bölümde de anlatıldığı gibi çok önem kazanmaktadır. Ayrıca hastalar değerlendirilirken hastaların şikâyetlerinin başlangıcı nasıl ilerleme gösterdiği, mevcut tablolarını kötüleştiren durumlar ve hasta eğer tedavi aldıysa hastanın cevap veya cevapsızlığı da mutlaka detaylı olarak incelenmelidir.

İnkontinans, semptomların en can sıkıcısı olabilmektedir. AAM'ye bağlı bir inkontinansın mı yoksa stres üriner inkontinansın (SÜİ) mı olduğu da mutlaka öğrenilmelidir. Bazen bu iki durum birliktelik gösterebilmekteyken iki durumu da birbirinden ayıran özellikler de bulunmaktadır. AAM'de bahsettiğimiz gibi sıkışmaya, sık idrar çıkma ve noktüri veya noktürnal inkontinans eşlikçiyken SÜİ'de hastalar genellikle sık idrar çıkma, şiddetli sıkışma hissi ya da noktüriden yakınmazlar. AAM'de eğer inkontinans var ise kaçak miktarı fazladır. Hastalar genellikle tuvalete yetişemezken veya ucu ucuna yetişebilirken, SÜİ'de ise tuvalete yetişmekte sorun yaşamazken kaçakları karın içi basıncı arttıran; gülme, öksürme, hapşıрма, ağırlık kaldırma gibi aktivitelerle az miktarda olmaktadır. Aşırı aktif mesane yapılan prevalans çalışmalarında çok farklı oranlarda saptanmıştır. Bunun öne sürülen nedenleri de çalışma gruplarının yaş aralıkları, etnik yapı ve sosyoekonomik düzey olarak bildirilmiştir(53). Yine de aşırı aktif mesaneye yatkınlık yaratabilecek çeşitli parametreler bulunmaktadır

- **Cinsiyet**

Farklılık olduğunu gösteren çalışmalar da olsa geniş popülasyonlu çalışmalarda oranların benzer olduğu bildirilmiştir (54). İlk olarak 2006 yılında yayınlanan Kanada, Almanya, İsveç, İtalya ve Birleşik Krallıkta yürütülen ve 2002 ICS tanımlamaları kullanılarak yapılan, alt üriner semptomların sorgulandığı çalışmaya göre diğer semptomların aksine %11,8 oranıyla cinsiyetler arasında farklılık izlenmemiştir. Bu çalışma

ayrıca AAM ile ilgili yapılmış en geniş popülasyonlu çalışmadır (55). 2003 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde, aşırı aktif mesane prevalansı ve etkilerini incelemek üzere yapılmış olup kadınlarda prevalans %16,9 iken erkek katılımcılarda ise oran %16 olarak bildirilmiştir(10). 2001 yılında yapılan çalışmada ise oranlar kadınlarda %17,4 iken erkeklerde ise oran %15,6 olarak bildirilmiştir (52).

- **Yaş**

Aşırı aktif mesanenin yaş arttıkça görülme sıklığı artmaktadır(55). Şikâyetleri de yaşa bağlı olarak artış göstermektedir. NOBLE çalışmasında AAM şikâyetlerin yaşla birlikte arttığı izlenmiştir. 25 yaşında izlenen prevalans %5 iken, 5. dekada %25 izlenmiştir. 65 yaş üstü grupta ise %35'e kadar artmıştır.

- **Etnik Köken**

Jinekoloji pratiğinde farklılık bildirilmese de üroloji pratiğinde ise erkeklerde etnik kökenin AAM ile korelasyon gösterdiği bildirilmiştir (56, 57). 40 yaşın üstünde AAM en yüksek olarak afro-amerikan kadın ve erkeklerde görülürken en düşük olarak Asyalı kadınlarda izlenmiştir(58).

- **Doğum**

2015 yılında yapılan bir çalışmanın verilerine göre ilk doğumdan beş yıl sonraki süreçte AAM ve SÜİ semptomları daha sık izlenmekte olup, normal vaginal doğumun sezaryenle doğuma göre AAM ve SÜİ ile ilişkisinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (59). Semptom şiddetinin doğum şekliyle ilgisi gösterilememiştir. Pelvik tabanı etkileyebilecek olan operatif doğum, iri bebek öyküsü, perineal laserasyonlar veya epizyotomi de risk faktörlerini oluşturabilmektedir (60).

- **Perimenopozal ve postmenopozal dönem**

Perimenopozal şikâyetlerle ve AAM semptomlarının korelasyon gösterdiği bildirilmiştir(61).

Aşırı aktif mesane semptomları olan postmenopozal hastaların vaginal atrofileri varsa vaginal östrojen tedavisinden fayda gördüğünü bildiren yayınlar mevcuttur (62). Hastaların yaşlarının ilerlemesiyle eşlik edecek komorbiditeler artmasıdır. Bu nedenle de hastaların tedavileri

düzenlenirken hastaların tedavi rejimleri hastanın genel durumuna, komorbiditelerine göre seçilmelidir (63).

- **Sigara**

Sigara içiminin aşırı aktif mesane ile ilişkisiyle ilgili aksi görüşleri savunan çalışmalar da olsa genel bir sağlık problemi olmasından dolayı sigarayı bırakmaları önerilebilir. Üriner inkontinansla ilişkisi ise açıkça gösterilmiş olup şikâyetlerini birkaç kat arttırdığı belirtilmiştir(64).

- **Obezite**

Artmış BKİ'nin AAM ve üriner inkontinans (Üİ) ile ilişkisinin olduğunu net şekilde gösterilmiştir. Bunun en büyük sebeplerinden biri de pelvik tabanın zayıflaması ve artmış intraabdominal basınç ve bunlara bağlı artmış intravezikal basıncın sonucu olarak bildirilmiştir(65).

2.8.1 Aşırı aktif mesane prevalansı

Hastalar ve klinisyenler semptomların farkında olsalar dahi bu durumu genellikle hastalık olarak değerlendirmemekte olup bu nedenle prevalans çalışmaları aslında bu sendromun ne kadar yaygın olabildiğini göstermektedir. Prevalans çalışmalarında kadınlarda %9'dan %43'e kadar sonuçlar bildirilmiştir. Bazı yazarlar bunu aşırı aktif mesanenin etnik olarak farklılık gösterebildiği şeklinde açıklarken başka yazarlar da kullanılan anketlerin, çalışma gruplarının, semptomların sorgulanmasının da önemli olduğunu vurgulamışlardır(66, 67).

Dünya genelinde 2011 yılında alt üriner sistem hastalıkları (AÜSH), stres üriner inkontinans ve aşırı aktif mesane prevalansı ile ilgili yapılan çalışmada AÜSH %45,2, SÜİ %8,2, AAM ise %10,2 olarak bildirilmiştir. Bu hasta popülasyonun 2018 yılına kadar artacağı, oranların da yükseleceğini örnek olarak aşırı aktif mesane prevalansının %20,2'lere ulaşacağını bildirmişlerdir. Bu çalışmada yaşın AÜSH sıklığını arttırdığı da bildirilmiştir. Yaşlanmayla da prevalansın artacağı bildirilmiştir. Çalışmayı ilginç kılan özelliklerinden biri de en yüksek artışın gelişmekte olan ülkelerde olduğunu bildirmeleridir(8). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan 2003 yılında yayınlanan NOBLE (National Overactive Bladder Evaluation) çalışmasında ise aşırı aktif mesane prevalansı kadınlarda %16,9 olarak belirlenmiştir. Islak tip %9,3 iken kuru tip ise %7,6 olarak bildirilmiştir (10). Yukarıda belirttiğimiz Avrupa'nın beş ülkesini kapsayan

bir çalışmaya göre de genel popülasyonda oranlar NOBLE çalışmasına benzer olarak kadınlarda %17,4 olarak saptanmıştır. Çin’de %50 katılımcının kadın olduğu çalışmada (n:7230) prevalans %6 olarak saptanmış, inkontinansın eşlik ettiği ıslak tip %1,8 iken, inkontinansın olmadığı kuru tip ise %4,2 olarak bildirilmiştir. Kadınlarda sıkışmadan sonra en sık saptanan semptom nokturi iken bu çalışmada da artmış yaş, düşük eğitim düzeyi, evlilik, menopoz, parite artışı vaginal doğum potansiyel risk olarak bildirilmiştir (68). Amerika’da internet üzerinden 18-70 yaş grubunun dâhil edildiği prevalans çalışmasında ise AAM semptomlarının aralıklar oluştuğunu söyleyenler %30 oranında iken daha sıklıkla olduğunu belirtenler ise grubun %20’sini oluşturmaktadır. Bu çalışmada ise Afro-amerikanlar ve hispaniklerde semptomların görülme sıklığı beyazlara göre belirgin olarak artmıştır(69).

Ülkemizde yapılan bir prevalans çalışmasında ise 1571 hasta çalışmaya dâhil edilmiş, 919 kadının olduğu bu çalışmada ise kadınlarda görülme sıklığı %35,7saptanmıştır. Bu şikâyetleri haftada en az bir defa yaşadığını bildiren hastalar ise bu grubun %21,6’sını oluşturmaktadır(9).

2.8.2 Aşırı aktif mesanenin hayat kalitesine etkileri

AÜSH’nin hayat kalitesini etkilediği birçok araştırmacı tarafından belirtilmiş olup hastalara ekonomik ve sosyal olarak yük getirmektedir (8). Üriner inkontinansın kadınlarda daha sık olduğunun saptandığı bir çalışmada ilginç olarak erkeklerin daha sık olarak çözüm arayışında olduğu bildirilmiştir. Erkeklerin %29’u tedavi seçeneklerini araştırırken kadınlarda ise oran %13 oranlarında kalmaktadır (70). Kadınlar genel olarak bu durumu normal olarak kabul etmekte ya da kendilerini utanç duygusuyla gizleyerek sosyal hayattan kendilerini soyutlayarak bu durumu kabullenmektedirler.

AAM hastalarının semptomları, hastaların sosyal, ekonomik, psikolojik ve mesleki sosyal olarak etkilemektedir. Genellikle iş zamanlarında şikâyetleri nedeniyle kimi zaman odaklanamadıklarını, aralarını çok büyük bir istekle beklediklerini, yeni bir ortama girdiklerinde tuvalet aradıklarını ya da bilmedikleri ortamlara girmekten kaçındıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca AAM’nin seyahat, fiziksel aktiviteler, diğer bireylerle olan ilişkilerini, uyku düzenlerini bazen de

cinsel yaşamlarını etkilediğini bildirmişlerdir. AAM hastaların fiziksel, duygusal ve sosyal olarak tam bir bütünlük içinde sağlıklı olmasını etkileyebilmektedir(12).

Farklı etnik kökenlerden ve yaş gruplarından urge inkontinans problemi olan kadınlarla yapılan bir çalışmaya göre hastaların hayat kalitesi düşüklüğü sık idrara çıkmak, noktüri ve ped kullanımının kullanımı ile korelasyon göstermektedir. Hastaların %24'ü tuvalet müsaitliği, %14'ü mesane kontrolü konusunda, %10'u uyku bozukluğundan yakınırken, %11'i anksiyete yaşadığını belirtmiştir. Hastaların kendileri ve yaşamlarıyla ilgili görüşleri sorulduğunda, vücutlarının kontrolünü kaybettiklerini, inkontinansı olanların kendilerini çocuk gibi hissettiklerini, insanların yanlarında oturmaktan koku nedeniyle korktuklarını, bazen mevcut durum sebebiyle ağladıklarını bildirmişlerdir. Günlük aktiviteleriyle ilgili görüşleri sorulduğunda ise tuvaletin yerini bilmedikleri yerlerle ilgili plan yapamadıklarını, bazı iş yerlerinde çok defa tuvalete gitmelerinin işverenlerini rahatsız ettiğini, çalışma yaşantılarını bitirdiklerini bildirmişlerdir. Ayrıca cinsel hayatlarıyla ilgili problem yaşadıklarını, çocuklarıyla ev dışında aktivite yapmaktan kaçındıklarını bildirmişlerdir (71).

Hastaların yaşları ilerledikçe şikâyetlerinden bahsetmedikleri de bildirilmiştir. Lam ve arkadaşlarının 1992 yılında yaptıkları bir çalışmada yaşları 30 -59 arasında değişen 511 kadın ile görüşülmüş hastaların üriner inkontinans şikâyetleri bulunmaktaydı. Bu hastalara uygulanan anket sonuçlarına göre ise hastaların %19,4'ü idrar kaçırmanın en az bir sosyal aktivitesini kısıtladığını bildirirken, %6,3'ü birden fazla sefer kısıtlandığını bildirmiştir. Hastaların %1'i işlerinden ayrıldıklarını, %2,7'si arkadaş ziyaretlerini kısıtladıklarını, %15,7'si spor aktivitelerini kısıtlarken, %3,1'i ise alışverişe gitmekten kaçındıklarını bildirmişlerdir (72). Yapılan bir başka çalışmanın sonucuna göre ise inkontinansı olan hastaların günlük hayatta ev işlerinde daha çok yardıma gereksinimleri olduğu saptanmıştır (73).

Yapılan bir başka çalışmaya göre ise inkontinans şikâyeti olan grubun inkontinans şikâyeti olmayan grupla kıyaslaması yapıldığında daha düşük hayat kalitesi olduğu, stres üriner inkontinansı olanların ise urge inkontinanslı ve mikst tip inkontinanslı gruba göre daha iyi hayat kaliteleri olduğu gösterilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin ise sadece %6'sı tedavi aramışlardır(73).

AAM semptomu olan hastaların kendi yaş gruplarıyla kıyaslandıklarında daha düşük hayat kalitelerinin olduğu bildirilmiştir. Diabetes Mellituslu hasta popülasyonu AAM sendromlu hastaları kıyaslayan bir çalışmanın verilerine göre ise AAM hastalarının diyabetli hastalara göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu ortaya konmuştur(74).

İsveç tabanlı SIFO araştırma ve danışmanlık kurumunca yapılan bir çalışmanın verilerine göre AAM'nin yaşamı etkilediğini ve etkilenen hastaların %60'ı semptomların bir doktora başvuracak kadar rahatsız edebildiğini bildirmişlerdir. Katılımcılara ise sık idrara gitmenin ve sıkışma hissinin inkontinans kadar doktora başvurabilecek şekilde rahatsızlık verdiğini bildirmişlerdir. Fakat bu durum genellikle bu çalışmada bildirildiği gibi olmayıp hastaların büyük çoğunluğu mesane problemlerinin yaşanmanın kaçınılmaz bir sonucu olduğunu, herhangi bir tedavinin olmadığını veya bu konun konuşulmasından utandıkları için kaçtıkları bildirilmiştir. Hastaların %30'u hiç doktora başvurmadıklarını bildirirken, %80'i tedavi almamıştır (75). AAM şikâyeti olan hastaların sosyal hayatlarını ve kendilerini mutlu eden fiziksel aktivitelerini kısıtlama eğiliminde oldukları bildirilmiştir. Yine aynı şekilde utandıkları için ya da herhangi bir tedavi olabileceğini düşünmedikleri için durumu kabul etmişlerdir.

Üriner inkontinansı olan AAM'li hastalarda yaygın olarak, utanma, hayal kırıklığı, anksiyete, mevcut durumdan rahatsızlık, depresyon ve etrafa kötü koku oluşturma korkusunu yaşatmaktadır. Hastalar yaşadıkları bu durumlarla başa çıkabilmek için çeşitli yöntemler geliştirebilmektedir.

- Hastalar günlük gezilerini kısıtlarlar
- Bulundukları ortamlarda tuvaletlerin yerlerini öğrenirler
- Sıvı alımını azaltırlar
- Kaçırma ihtimaline karşı erişkin pedleri ya da bezi kullanırlar
- Ani durumlara karşı oluşabilecek tuvalet ihtiyacı nedeniyle toplu taşımadan ziyade bireysel ulaşım tercih etme eğilimindedirler.
- İnkontinans ihtimaline karşı ekstra yedek kıyafet ve bez taşırlar.
- Koyu renkli geniş kıyafetler giyerek idrar kaçırma lekelerini ve bezlerinin görülmesini engellemeye çalışırlar

Amerika Birleşik devletleri yaşlanma komitesine göre üriner inkontinans sağlıkla ilgili yaşam kalitesini bozan durumlarda ilk dörtte yer almaktadır. Yine de bahsettiğimiz gibi hastaların bu durumu yaşlanmaya bağlı görmesinden dolayı tedavi arayışını olumsuz etkilemektedir (76).

AAM kronik bir durum olup uzun dönem tedaviye ihtiyaç duymaktadır. Hastaların uzun dönem tedavi sonuçlarının verileri her zaman hasta uyumsuzluğu nedeniyle tam olmasa da hastaların tedaviye teşviki önem kazanmaktadır. Çünkü AAM sadece bireyi değil, yakın çevresini de etkileyebilen sosyal, hijyen ve çevresel durumları da kapsayan çok ayaklı bir sağlık problemidir.

2.8.3 Aşırı aktif mesane tedavisi

2.8.3.1 Konservatif Yaklaşım ve Davranış Tedavileri

a. Diyet alışkanlıkları:

Sıvı Alımı: Normale göre daha az sıvı alınması idrar konsantrasyonunu arttırmakta olup, mesane mukozasının iritanlara maruziyetine de arttırmaktadır. Ayrıca bu durum üriner enfeksiyonlarını gelişmesinde rol oynayabilirken, mesanenin fonksiyonel kapasitesinin azalmasına da sebebiyet verebilmektedir(77, 78). Hastaların normalin üstünde sıvı alımı da önerilmemektedir. Mesanenin yavaş dolması kompliyans üzerine olumlu etki yapmaktadır. Yaşlılarla yapılan çalışmalara göre hastaların gece sıvı alması nokturi ve gece işeme miktarıyla ilişkili olarak bulunmuştur(79). Aşırı aktif mesanelilere uykudan yaklaşık dört saat öncesinde sıvı alımının kesilmesi, tualete gidilmesi, gece sıvı oranı yüksek yiyeceklerin alımından kaçınılması önerilmektedir. Avrupa Üroloji Derneği (AÜD) sıvı kısıtlamasının kanıt değerini C olarak belirlemiştir.

Mesane İrritanları: Hastaların yeme içme alışkanlıkları da mesane alışkanlıklarında önem göstermektedir (80). Günlük tüketilen kafein miktarı 23 gramdan 14 grama düşürüldüğünde inkontinansın azaldığı saptanmıştır (81). Avrupa Üroloji Derneği azaltılmış kafein tüketiminin kanıt düzeyi B olarak bildirilmiştir. Bunlara ek olarak alkol tüketimi, tatlandırıcılar, baharatlı gıdaların tüketimi, asidik olan domates, turunçgiller, çikolata gibi yiyeceklerin azaltılması ya da tüketilmemesi de semptomların düzeltilmesi açısından önemli bulunmuştur (82).

- b) Obezite: İdrar kaçırma için obezite bağımsız bir risk faktörüdür (83). BKİ ile inkontinans arasında bağlantı bulunmuştur (84). Avrupa Üroloji Derneği kilo verme kanıt düzeyi A olarak bildirilmiştir.
- c) Sigara: Hayvan çalışmalarında nikotinin mesane üzerinde geniş fazik kontraksiyonlarına sebebiyet verebileceği gösterilmiştir (85). Nikotinin artmış detrüör aktivitesine de sebebiyet verebileceği gösterilmiştir. Sigara ile inkontinans arasında bağlantı olduğu bildirilmiştir (86).
- d) Bağırsak Düzeni: Defakasyon sırasında zorlanan kadınlarda pelvik taban nörolojik fonksiyonlarında bozulma tespit edilmiştir (87). Liftin zengin beslenmeleri, düzenli egzersiz, gerekli hallerde laksatif önerilmesi de bu düzenin oluşturulmasına katkı sağlar.
- e) Mesane Eğitimi: Hastanın günlük rutinde tuvalete gitme saatleri belirlenir, bu zamanlarda tuvalete gitmeleri aralarda idrarlarını tutmaları beklenmektedir. Hastaların belirlenen saatlerde idrar hissi olsa da olmasa da tuvalete gitmeleri önerilir. Bu sayede inkontinansın önüne geçmek hedeflenir. Ayrıca hastanın bu programa uyum sağlaması halinde haftalık olarak süreler 15-30 dk arasında arttırılarak günlük idrara gitme sayısının normalleştirilmesi hedeflenir.
- f) Pelvik Taban Kas Eğitimi: Amaç detrüör kasının ve üretral sfinkterin güçlendirilip inkontinansın önüne geçmektir (88). Bu kasların sürekli olarak az miktarda kontraksiyonu ile pelvik tabanı desteklemek ve üretral kapanma basıncının süreklilik göstermesi hedeflenir(89).
- Pelvik kas egzersizlerinde iki saniye süren kontraksiyonların ardından beş saniyelik güçlü kontraksiyonlar yapmasını ardından da on saniyelik relaksasyon önerilmektedir. Kontraksiyonların güçlü olması pelvik taban kas gücünü arttırmaktadır (90). Hastaların egzersizleri günde iki üç defa minimum 30-45 hareket planlayarak yapması önerilmektedir (91). Kegel egzersizlerinin faydaları gösterilse de yine yapılan bir çalışmaya göre de kadınların yaklaşık olarak yarısının da programı doğru uygulamadığı gösterilmiştir (82, 92).
- g) Biofeedback Tedavisi: Bu teknik pelvik taban kaslarının güçlendirilmesinde hastaların kasılmalarının doğruluğunu gösteren

tekniktir. Alt üriner sistem semptomlarının azaltılmasında hastaların ilaç ve plaseboya göre sonuçlar anlamlı çıkmıştır (93).

2.8.3.2 Farmakoterapi

a. Antimuskarinik - Antikolinergikler:

AAM tedavisinde en sık olarak kullanılan gruptur. Esas olarak detrüsor stabilizasyonu ve amplitüdünün düşürülmesini sağlamaktadır. Mesanenin spontan kontraksiyonlarını azaltıp, fonksiyonel kapasitesinin artmasını da sağlamaktadırlar. Bir diğer özelliği de ilk idrar hissini geciktirmesidir.

Kabızlık, taşikardi, ağız kuruluğu, ürtiker, SSS etkileri, akomodasyon paralizi bilinen yan etkileridir(94). Hastalar esas olarak ağrı kuruluğundan çok rahatsızdır ve tedaviyi bırakmalarında etkili olabilmektedir. Muskarinik reseptörlerin sistemik dağılımından dolayı kontrendikasyonlar da yan etkiler gibi sistemiktir. Tedavi edilmemiş dar açılı glokom, idrar retansiyonu öyküsü, intestinal sistem obstrüksiyonu, miyastenia gravis, kardiyak ritim bozuklukları ve birçok ilaçta kontrendikasyon olabilecek olan hasta uyumsuzluğu sıralanabilmektedir.

-Oksibutinin

-Trospiyum Klorid:

-Darifenasin

-Propiverin

-Tolterodin

-Solifenasin

b. β_3 -adrenoseptör agonist:

Mirabegron, AAM tedavisi için FDA tarafından onaylanan, günde bir kez oral alınan, aktif, güçlü bir β_3 -adrenoseptör agonistidir. (95). Tolterodine göre ağız kuruluğu şikâyetinin üç kat daha az görüldüğü bildirilmiştir. Yaşlı popülasyonda kullanımında dikkatli olunmalı, antimuskariniklerden yanıt alınamaması halinde bu preparatın denenmesi önerilmektedir.

c. Trisiklik

Antidepresanlar:

h. K⁺ kanal açıcılar

Desipramine, İmipramine

1. Lokal

Estrojenler

d. Kalsiyum Kanal Blokerleri:

Nifedipin, Verapamil

e. Muskulorelaksanlar: Flavoksat

f. Antidiüretik: Desmopressine

g. Prostaglandin

Sentez

inhibitörleri: İndometazin

2.9. Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu (OAB V8)

2002 yılında Coyne ve arkadaşları tarafından OAB-q (overactive bladder questionnaire) –aşırı aktif mesane anketi- olarak yayınlanmıştır (96). Bu anket aşırı aktif mesane sorgulamasına yönelik ilk anket olması ve inkontinansı olan veya olmayan bütün hastalara uygulanabilmesi açısından önem taşımaktadır. Zamanla daha kısa olarak OAB-V8 formları oluşturulmuştur. OAB-V8 8 sorudan oluşmakta olup AAM tarama testi işlevi görmektedir. Bu test birçok farklı dile çevrilmiş olup yaygın olarak kullanılmaktadır (97). AAM tanısı için birçok farklı anket çalışması da yapılmıştır. OAB-V8 Türkçeye de çevrilmiş olup geçerliliği ve validasyonu 2012 yılın Tarcan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(98).

2.10. Yaşam Kalitesi Ölçeği (King Sağlık Anketi –KSA)

Hastaların şikâyetlerinin şiddetinin tedavilerini ve prognozunu ciddi anlamda etkileyebildiği ürojinekoloji pratiğinde, yaşam kalitelerinin ölçülmesi önem arz etmektedir(99). AAM hastalarında da belirttiğimiz gibi klinik olarak tanı alan bir hastalık olduğu için hastaların şikâyetlerinin dereceleri ve yaşamlarını ne kadar etkilediği çok önemli olmaktadır. Bu anketlerin klinik pratikte uygulanabilmesi için basit ve konuya spesifik olması esastır (96). ICS tarafından da KSA en çok önerilen ölçeklerden biridir. A sınıfı kategorisinde yer almaktadır. KSA Londra’da Kings College Hospital’de yaklaşık 1000 hasta ile görüşülerek Linda Cardozo tarafından oluşturulmuştur. Hastalar tarafından kolay anlaşılabilmekte ve konuyla ilgili sensitivitesi de genel kapsamlı anketlere göre daha yüksek bulunmuştur. Üç bölümden oluşan bu anket ilk iki soruyla hastaların genel sağlığını değerlendirilirken, ikinci bölümde hastaların rol, sosyal ve fiziksel kısıtlılıklarını, inkontinansın hastanın yaşamına etkilerini, toplumdaki ilişkilerini, uykusunu ve enerji durumunu ölçen 9 bölümde bulunmaktadır. Değerlendirme için 1-4 arası puanlandırma yapılmaktadır. Hastaların durumlarına verdikleri puanlar yükseldikçe daha düşük hayat kaliteleri olduğu saptanmaktadır. Bu test dünya genelinde 37 dile çevrilirken ülkemizde validasyonu ise 2011 yılında Akkoç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (100)

3. MATERİYAL ve METOD

Hastanemizde kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine 01.06.2018-31.11.2018 tarihleri arasında 6 ay süreyle farklı şikâyetlerle başvuran hastalarda aşırı aktif mesane prevalansı ve bu hastaların yaşam kalitesinin ölçülmesi planlandı. Dicle üniversitesi etik kurulundan 18.05.2018 tarih ve 178 sayı ile etik kurul onayı alınmıştır. 6 aylık süreçte polikliniğimize 7072 hasta başvurmuştur. Polikliniğe başvuran hastalarda gebeler, sistemik hastalığı veya ilaç kullanım öyküsü olanlar, aktif idrar yolu enfeksiyonu geçirenler, herhangi bir pelvik organ cerrahisi geçirmiş olanlar ve BKİ'si 40 ve üzeri olanlar çalışma dışı tutuldu. Uygun kriterleri sağlayan hastalarımıza çalışmaya katılma gönüllülük onam formu sunuldu. Hastalardan 999'u çalışmaya katılmayı kabul ettiklerini belirttiler ve 999 hasta dâhil edildi. Hastalarımızın başvuru şikâyetlerine yönelik teşhis ve tedavisi sonrasında hastalara OAB-V8 "Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu" uygulandı. Bu anket toplam 8 soru içermektedir. OAB-V8 anketinde hastaların gündüz sık idrar çıkma (hastaların ortalama olarak sayı belirtmeleri istendi), rahatsız edici idrar sıkışma, ani beklenmedik bir idrar sıkışması, kazara az miktarda idrar kaçırmaları, gece idrara gitme (hastaların ortalama sayı belirtmeleri istendi), gece idrara yapma ihtiyacı ile uyanma, kontrol edilemez bir idrar sıkışması, aşırı idrar yapma isteğiyle idrar kaçırmaları sorgulandı. Bu sorular ile hastaların şikâyet şiddetini, hiç (0); çok az (1); biraz (2); epeyce (3); çok (4) ve çok fazla (5) şeklinde değerlendirmeleri istendi. Toplam puan 0-40 arasında değişmektedir. Hastaların medeni hali, yaş, gravide, parite, abort, yaşayan çocuk sayısı, evlilik süresi (ay olarak), eğitim, çalışma durumları, boy ve kiloları demografik veriler olarak kaydedildi. Sigara içiciliği ve enürezis noktürna hikâyeleri olup olmadığı hastaara soruldu. Hastalar ayrıca inkontinans şikâyetleri açısından da sorgulandı. OAB-V8 formunu dolduran ve bu anketten 8 ve üzeri puanla AAM ön tanısı alanlar grup 1 almayanlar grup 2 olarak adlandırıldı. Aşırı aktif mesane ön tanısıyla grup 1'dekilerin KİNG SAĞLIK ANKETİ (KSA) uygulamaları istenmiştir(101). Bu test ile hastaların "Genel Sağlık Durumu", "İnkontinans Etkisi", "Rol Limitasyonları", "Fizik Limitasyonları", "Sosyal Limitasyon", "Kişisel İlişkileri", "Duygu Durum", "Uyku Enerji Düzeyi" ve "Semptom

Şiddeti”ni ölçen dokuz ayrı gruplandırma ile hastaların hayat kalitelerinin ne kadar etkilendiğini ölçmeyi hedefledik. Toplam 9 bölümden oluşan bu ankette hastaların şikâyetlerinin kendilerini ne kadar etkilediğini ilk yedi bölümde hiç [0], hemen hiç (1), hafif (2), orta (3) ve çok (4) olarak bildirmelerini istedik. Son iki bölümde yani hastaların uyku ve enerji düzeyinin ölçümü ve semptom şiddetlerini ölçmede ise şikâyetlerinin düzeylerini asla (1), bazen (2), sıklıkla (3)ve her zaman (4) olarak belirtmelerini istedik. KSA skorlaması ise bölümlere göre ayrı ayrı yapılmakta olup, hastaların semptomlarıyla ilgili şikâyetleri arttıkça testin skoru da yükselmekte olup hastanın hayat kalitesi ise ters orantı göstermektedir. Testin her bölümünde bireyin alabileceği puan en düşük puan 0 iken en fazla olarak da 100 puan alabilmektedir. King Sağlık Anketi hesaplanması anlatılmıştır(tablo 1).

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Tanımlayıcı analizler sunulurken sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca ve minimum-maximum değerler kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen (nonparametrik) değişkenler ikiden fazla grup arasında değerlendirilirken Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Ölçümsel verilerin birbirleri ile analizinde Spearman Korelasyon Testi’nden faydalanılmıştır. P-değerinin 0.05’in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

Tablo 1: King Sağlık Anketi Skor Hesaplama

1. Genel Sağlığı Algılama
Puan = ((Soru Puanı 1-1) / 4) x 100
2. İnkontinans Etkisi
Puan = ((Soru Puanı 2-1) / 3) x 100
3. Rol Kısıtlamaları
Puan = (((Soru Puanı 3a+3b) - 2) / 6) x 100
4. Fiziksel Kısıtlamalar
Puan = (((Soru Puanı 4a+4b) - 2) / 6) x 100
5. Sosyal Kısıtlamalar
Puan = ((Soru Puanı 4c+4d+5c) - 3 / 9) x 100**
**Eğer, 5c Soru Puanı > = 1, Eğer, 0 ise... -2) / 6) x 100
6. Kişilerarası ilişkiler
Puan = (((Soru Puanı 5a+5b)-2) / 6) x 100***
***Eğer, 5a+5b > = 2 eğer 5a+5b=1; ... -1/3)x100
Eğer 5a+5b= 0; uygun değil (geçerli değil)
7. Duygular
Puan = (((Soru Puanı 6a+6b+6c)-3) / 9) x 100
8. Uyku/Enerji
Puan = (((Soru puanı 7a+7b)-2) / 6) x 100
9. Şiddet ölçümleri
Puan = (((Soru Puanı 8a+8b+8c+8d)-4)/12) x 100

4. BULGULAR

Çalışmaya 171'i (%17,12) AAM olan ve 828'i normal toplam 999 hasta katıldı. Bunların 950'si (%95,10) evliydi. 302'si (%30,23) sigara kullanıcısıydı. 76'sı (%7,61) bir işte çalışıyordu. 52'sinde (%5,21) enürezis noktürna hikâyesi mevcuttu. AAM olanların 8'i (%4,68) daha önceden tedavi almış fakat sonrasında tedaviyi bırakmış olduklarını bildirdiler. 47'sinde (%27,65) koit inkontinans öyküsü vardı.



Tablo 2: Çalışmaya Katılanların Demografik Özellikleri

		n	%
Grup	AAM yok (grup 1)	828	82,88
	AAM var (grup 2)	171	17,12
Medeni hal	Evli	950	95,10
	Bekâr	49	4,90
Sigara	Yok	697	69,77
	Var	302	30,23
Eğitim	Yok	320	32,03
	Okuryazar	81	8,11
	İlkokul	188	18,82
	Ortaokul	164	16,42
	Lise	141	14,11
	Üniversite	105	10,51
Çalışma	Yok	923	92,39
	Var	76	7,61
Enürezis Noktürna	Yok	947	94,79
	Var	52	5,21
Tedavi	Yok	163	95,32
	Var	8	4,68
Neden tedavi almamış?	Normal olduğunu düşünme	71	41,76
	Utanma	59	34,71
	Erteleme, geçmesini bekleme, önemsememe	33	19,41
	Cevap alamama, tedaviyi devam ettirememe, yan etkiler yüzünden	7	4,12
Koit İnkontinans	Yok	114	67,06
	Var	48	27,65
	Aktif değil	9	5,29
Eşinin tepkisi	Normal karşılıyor	55	32,93
	Kızıyor, alay ediyor	28	16,77
	Çok kızıyor	39	23,35
	Gizliyorum, farkında değil	45	26,95

Tablo 2’de çalışmadaki tüm hastaların yani grup 1 ve grup 2’nin demografik verileri sunuldu.

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $33,25 \pm 9,25$ 'dir. Gravida ortalaması $2,75 \pm 2,75$ 'dir. Evlilik süresi ortalama $117,24 \pm 106,66$ aydır. BKİ ortalaması $25,55 \pm 4,06$ 'dır. Ortalama idrar sayısı $5,87 \pm 2,74$ 'dür. Ortalama şikâyet süresi $5,68 \pm 4,23$ yıldır. Tablo 3'te veriler sunuldu.

Tablo 3. Çalışmaya katılanların yaş, evlilik süresi, BKİ ve şikâyet süreleri

	Ort.	$\pm S.S.$	Min.	Max.
Yaş	33,25	$\pm 9,25$	17,00	72,00
Gravida	2,75	$\pm 2,75$	0,00	16,00
Parite	1,90	$\pm 2,26$	0,00	12,00
Abort	0,84	$\pm 1,27$	0,00	7,00
Yaşayan	1,83	$\pm 2,21$	0,00	12,00
Evlilik süresi(ay)	117,24	$\pm 106,66$	2,00	600,00
BKİ	25,55	$\pm 4,06$	16,22	39,67
İdrar sayısı	5,87	$\pm 2,74$	0,00	20,00
Şikâyet süresi (yıl)	5,68	$\pm 4,23$	1,00	25,00

Aşırı aktif mesaneli hastaların (grup1) yaş ortalaması $35,69 \pm 8,95$ 'tir. Gravida ortalaması $3,71 \pm 3,04$ 'tür. Evlilik süresi ortalama $148,52 \pm 112,49$ aydır. BKİ ortalaması $25,08 \pm 3,95$ 'dir. Ortalama idrar sayısı $10,58 \pm 2,71$ 'dir. Ortalama şikâyet süresi $5,68 \pm 4,23$ yıldır. (Tablo 4. Aşırı aktif mesaneli hastaların (grup1) yaş, evlilik süresi, BKİ ve şikâyet süreleri)

Tablo 4. Aşırı aktif mesaneli hastaların (grup1) yaş, evlilik süresi, BKİ ve şikâyet süreleri

	Ort.	$\pm S.S.$	Min.	Max
Yaş	35,69	$\pm 8,95$	17,00	64,00
Gravida	3,71	$\pm 3,04$	,00	16,00
Parite	2,73	$\pm 2,47$	,00	12,00
Abort	0,96	$\pm 1,28$	,00	5,00
Yaşayan	2,67	$\pm 2,45$	,00	12,00
Evlilik süresi(ay)	148,52	$\pm 112,49$	4,00	540,00
BKİ	25,08	$\pm 3,95$	18,26	35,16
İdrar sayısı	10,58	$\pm 2,71$	6,00	20,00
Şikâyet süresi (yıl)	5,68	$\pm 4,23$	1,00	25,00

Gruplara göre yaş, sigara, parite ve BKİ değerleri incelendi. Buna göre AAM olan grupta (grup1) 47 yaş ve üzerinde olanların oranı (%13,45) AAM olmayan gruba (grup 2) göre (%7,61) daha yüksek olduğu izlendi (p: 0,013). Aşırı aktif mesane olan grupta (grup1) sigara içme oranı (%45,03) olup AAM olmayan gruba (grup 2) göre (%27,17) daha fazla olduğu gözlemlendi (p<0,001). AAM olan grupta (grup1) parite ortalaması (2,73±2,47) AAM olmayan gruba (grup 2) göre (1,73±2,17) daha yüksek olduğu saptandı (p<0,001) (tablo 5).

Tablo 5. Gruplara göre yaş, sigara, parite ve BKİ değerleri

		AAM olanlar		AAM olmayanlar		p
		n	%	N	%	
Yaş	47 yaş altı	148	86,55	765	92,39	0,013¹
	47 yaş ve üzeri	23	13,45	63	7,61	
Sigara	Yok	94	54,97	603	72,83	<0,001¹
	Var	77	45,03	225	27,17	
Parite		2,73±2,47	2,00	1,73±2,17	1,00	<0,001²
BMI		25,08±3,95	25,10	25,65±4,07	25,32	0,136 ²

¹Ki-Kare Testi

²Mann Whitney U Testi

*n yerine ort±s.s. % yerine medyan

171 AAM'li hastanın (grup 1) 50'sinde (%29,24) enürezis noktürna, 48'sinde (%27,65) koit inkontinansı olduğu izlendi.

Tablo 6. Aşırı aktif mesanelilerde (grup 1) enürezis noktürna ve koit inkontinans oranları

		n	%
Enürezis Noktürna	Yok	121	70,76
	Var	50	29,24
Koit inkontinans	Yok	114	67,06
	Var	48	27,65
	Aktif değil	9	5,29

Aşırı aktif mesane olan hastalarda rahatsızlık hissi, ani his, kazara kaçırma, noktüri, gece uyandırma, kontrol edilemeyen sıkışma, aşırı istekle kaçırma oranları Tablo 7'de sunuldu.

Tablo 7. Aşırı aktif mesane olanlarda (grup 1) rahatsızlık, ani his, kazara kaçırma, noktüri, gece uyandırma, kontrol edilemeyen sıkışma, aşırı istekle kaçırma oranları

	Hiç		Çok az		Biraz		Epey		Çok		Çok fazla	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Rahatsızlık	0	,00	2	1,17	20	11,70	85	49,71	54	31,58	10	5,85
Ani his	0	,00	3	1,75	33	19,30	77	45,03	50	29,24	8	4,68
Kazara kaçırma	60	35,09	16	9,36	35	20,47	28	16,37	24	14,04	8	4,68
Noktüri	5	2,92	13	7,60	44	25,73	46	26,90	38	22,22	25	14,62
Gece uyandırma	6	3,51	7	4,09	31	18,13	64	37,43	49	28,65	14	8,19
Kontrol edilemeyen sıkışma	1	,58	2	1,17	24	14,04	57	33,33	67	39,18	20	11,70
Aşırı istekle kaçırma	51	29,82	9	5,26	23	13,45	27	15,79	41	23,98	20	11,70

Aşırı aktif mesane olmayanlarda (grup 2) rahatsızlık, ani his, kazara kaçırma, noktüri, gece uyandırma, kontrol edilemeyen sıkışma, aşırı istekle kaçırma oranları Tablo 8’de verildi. Ayrıca 61 kişide (%7,38) SÜİ, 12 kişide (%1,45) URGE vardır. Hem SÜİ hem de URGE olan 6 hasta (%0,73) vardır.

Tablo 8. Aşırı aktif mesane olmayan hastalarda rahatsızlık, ani his, kazara kaçırma, noktüri, gece uyandırma, kontrol edilemeyen sıkışma, aşırı istekle kaçırma oranları

	Hiç		Çok az		Biraz		Epey		Çok		Çok fazla	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Rahatsızlık	751	90,92	42	5,08	29	3,51	3	,36	1	,12	0	,00
Ani his	761	92,13	34	4,12	27	3,27	2	,24	1	,12	1	,12
Kazara kaçırma	731	88,50	24	2,91	10	1,21	0	,00	0	,00	0	,00
Noktüri	354	42,81	305	36,88	121	14,63	33	3,99	8	,97	6	,73
Gece uyandırma	712	86,41	48	5,83	49	5,95	14	1,70	1	,12	0	,00
Kontrol edilemeyen sıkışma	787	95,28	27	3,27	9	1,09	3	,36	0	,00	0	,00
Aşırı istekle kaçırma	784	95,03	16	1,94	11	1,33	0	,00	1	,12	1	,12

Gruplara göre rahatsızlık, ani his, kazara kaçırma, noktüri, gece uyandırma, kontrol edilemeyen sıkışma, aşırı istekle kaçırma oranları incelendiğinde; hasta grubunda rahatsızlık, ani his, kazara kaçırma, noktüri, gece uyandırma, kontrol edilemeyen sıkışma, aşırı istekle kaçırma seviyelerinin sağlıklı gruba göre daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,001$) (tablo 9).

Tablo 9. Gruplara göre Rahatsızlık, Ani his, Kazara kaçırma, Nokturi, Gece uyandırma, Kontrol edilemeyen sıkışma, Aşırı istekle kaçırma oranları.

		Grup1(AAM+)		Grup2(AAM-)		p ¹
		n	%	n	%	
Rahatsızlık	Hiç	0	,00	751	90,92	<0,001
	Çok az	2	1,17	42	5,08	
	Biraz	20	11,70	29	3,51	
	Epey	85	49,71	3	,36	
	Çok	54	31,58	1	,12	
	Çok fazla	10	5,85	0	,00	
Ani his	Hiç	0	,00	761	92,13	<0,001
	Çok az	3	1,75	34	4,12	
	Biraz	33	19,30	27	3,27	
	Epey	77	45,03	2	,24	
	Çok	50	29,24	1	,12	
	Çok fazla	8	4,68	1	,12	
Kazara kaçırma	Hiç	60	35,09	731	88,50	<0,001
	Çok az	16	9,36	24	2,91	
	Biraz	35	20,47	10	1,21	
	Epey	28	16,37	0	,00	
	Çok	24	14,04	0	,00	
	Çok fazla	8	4,68	0	,00	
	SUI	0	,00	61	7,38	
Nokturi	Hiç	5	2,92	354	42,81	<0,001
	Çok az	13	7,60	305	36,88	
	Biraz	44	25,73	121	14,63	
	Epey	46	26,90	33	3,99	
	Çok	38	22,22	8	,97	
	Çok fazla	25	14,62	6	,73	
Gece uyandırma	Hiç	6	3,51	712	86,41	<0,001
	Çok az	7	4,09	48	5,83	
	Biraz	31	18,13	49	5,95	
	Epey	64	37,43	14	1,70	
	Çok	49	28,65	1	,12	
	Çok fazla	14	8,19	0	,00	
Kontrol edilemeyen sıkışma	Hiç	1	,58	787	95,28	<0,001
	Çok az	2	1,17	27	3,27	
	Biraz	24	14,04	9	1,09	
	Epey	57	33,33	3	,36	
	Çok	67	39,18	0	,00	
	Çok fazla	20	11,70	0	,00	
Aşırı istekle kaçırma	Hiç	51	29,82	784	95,03	<0,001
	Çok az	9	5,26	16	1,94	
	Biraz	23	13,45	11	1,33	
	Epey	27	15,79	0	,00	
	Çok	41	23,98	1	,12	
	Çok fazla	20	11,70	1	,12	
	URGE	0	,00	12	1,45	

¹Ki-Kare Testi

AAM olan hastalarda hem Enürezis noktürna hem de koit inkontinans olan 20 hasta (%11,70) olduğu saptandı (Tablo 10).

Tablo 10. Enürezis noktürna ve koit inkontinans birlikteliği

		n	%
Enürezis noktürna ve koit inkontinans	Yok	151	88,30
	Var	20	11,70

Gruplara göre enürezis noktürna oranı ve enürezis noktürna ve koit inkontinans birlikteliği oranları incelenmiştir. Buna göre grup 1’de enürezis noktürna oranı (%29,24) grup 2’ye göre (%0,24) daha yüksekti ($p<0,001$). Grup 1’de enürezis noktürna ve koit inkontinans birlikteliği oranı (%11,70) grup 2’ye göre (%0,00) daha yüksekti ($p<0,001$) (tablo 11).

Tablo 11. Gruplara göre enürezis noktürna oranı ve enürezis noktürna-koit inkontinans birlikteliği oranları

		Grup1(AAM+)		Grup2(AAM-)		p
		n	%	n	%	
Enürezis Noktürna	Yok	121	70,76	826	99,76	<0,001
	Var	50	29,24	2	,24	
Enürezis noktürna ve koit inkontinans birlikteliği	Yok	151	88,30	826	100,00	<0,001
	Var	20	11,70	0	,00	

¹Ki-Kare Testi

Koit inkontinans olan hastaların eşlerinin tepkileri araştırıldı. Tablo 12’de incelendiği üzere 6 hasta (%12,77) normal karşıladığını, 12 hasta (%25,53) kızdığını, alay ettiğini, 27 hasta (%57,45) çok kızdığını ve 2 hasta (%4,25) gizlediğini, eşinin farkında olmadığını söyledi.

Tablo 12. Koit inkontinans olanların eşlerinin tepkileri

		n	%
Eşinin tepkisi	Normal karşılıyor	6	12,77
	Kızıyor, alay ediyor	12	25,53
	Çok kızıyor	27	57,45
	Gizliyorum, farkında değil	2	4,25

Eş tepkilerine göre genel sağlık durumu, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fizik limitasyon, sosyal limitasyon, kişisel ilişki, duygu durum, uyku enerji düzeyi, semptom şiddeti ve toplam skor değerleri tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13. Eş tepkilerine göre skorlamalar

	Eşinin tepkisi							
	Normal karşılıyor		Kızıyor, alay ediyor		Çok kızıyor		Gizliyorum, farkında değil	
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.
Genel Sağlık Durumu	51,36	±19,49	61,61	±22,03	55,13	±28,78	48,89	±23,21
İnkontinans Etkisi	71,53	±27,53	82,14	±19,21	86,32	±16,61	62,96	±30,34
Rol Limitasyon	67,27	±29,39	80,95	±19,62	81,19	±20,30	60,37	±30,21
Fizik Limitasyon	76,97	±26,93	87,50	±18,50	90,17	±15,16	71,11	±34,16
Sosyal Limitasyon	53,33	±25,78	70,63	±18,45	73,50	±20,01	52,08	±28,01
Kişisel İlişki	22,32	±24,20	68,45	±22,83	73,07	±25,25	18,89	±29,00
Duygu Durum	64,19	±32,16	82,14	±19,21	92,88	±13,84	54,07	±34,46
Uyku Enerji Düzeyi	65,75	±31,17	75,59	±25,45	76,49	±32,83	57,03	±34,54
Semptom Şiddeti	38,32	±27,49	54,46	±23,29	60,25	±26,25	37,22	±30,65
Toplam Skor	511,05	±178,34	663,46	±98,32	689,01	±129,39	462,62	±227,81

Hastalara tedaviye başvurmama sebepleri sorudu ve tablo 14’te görüldüğü gibi 71 hasta (%41,76) normal olduğunu düşündüğü için tedaviye başvurmadığını belirtti. 59 hasta (%34,71) utandığı için, 33 hasta (%19,41) erteleme, geçmesini bekleme, önemsememe gibi sebeplerle tedavi geciktirdiğini bildirdi.

Tablo 14. Hastaların tedaviye başvurmama sebepleri

	n	%
Normal olduğunu düşünme	71	41,76
Utanma	59	34,71
Erteleme, geçmesini bekleme, önemsememe	33	19,41
Cevap alamama, tedaviyi devam ettirememe, yan etkiler yüzünden	7	4,12

Başvurmama sebeplerine göre duygu durum skorları tablo 15’te verildi. Cevap alamama, tedaviyi devam ettirememe, yan etkiler yüzünden başvurmayanların duygu durum skoru ($96,82 \pm 5,43$) diğerlerinden daha yüksek olduğu izlendi. Utandığı için başvurmayanların duygu durum skoru ($70,38 \pm 31,98$) diğerlerinden daha düşüktü.

Tablo 15. Başvurmama sebeplerine göre duygu durum skorları

Neden tedavi almamış?	Duygu Durum	
	Ort.	S.S.
Normal olduğunu düşünme	69,81	$\pm 31,52$
Utanma	70,38	$\pm 31,98$
Erteleme, geçmesini bekleme, önemsememe	64,31	$\pm 34,33$
Cevap alamama, tedaviyi devam ettirememe, yan etkiler yüzünden	96,82	$\pm 5,43$

Tabloda ortalama değerler King Anketine göre hesaplandı.

Hastaların demografik özellikleri ile skorlamalarının ilişkisine bakıldı. Tablo 16’da gösterildiği üzere sırasıyla yaş ile genel sağlık durumu, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fizik limitasyon, sosyal limitasyon, duygu durum, uyku enerji düzeyi, semptom şiddeti, toplam skor arasında pozitif korelasyon saptandı. Gravida, parite ve yaşayan sayısı ile genel sağlık durumu, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fizik limitasyon, sosyal limitasyon, kişisel ilişki, duygu durum, semptom şiddeti, toplam skor arasında pozitif ilişki izlendi. Evlilik süresi ile genel sağlık durumu, inkontinans etkisi, sosyal limitasyon, kişisel ilişki, duygu durum, semptom şiddeti, toplam skor arasında pozitif ilişkili olduğu saptandı. Eğitim düzeyi ile genel sağlık durumu, inkontinans etkisi, duygu durum, semptom şiddeti, toplam skor arasında ters orantı vardır. İdrar sayısı ile rol limitasyon, fizik limitasyon, sosyal limitasyon, kişisel ilişki, duygu durum, uyku enerji düzeyi, semptom şiddeti, toplam skor arasında pozitif ilişki izlendi. Abort, BKİ ve şikâyet süresi ile skorlamalar arasında ilişki olmadığı saptandı.

Tablo 16. Demografik özelliklerin skorlamalar arasındaki ilişkisi

		Yaş	Gravida	Parite	Abor t	Yaşayan	Evlilik Süresi(a y)	Eğitim	BKİ	İdrar sayısı	Şikâyet süresi(yıl)
Genel Sağlık Durumu	r	0,265	0,286	0,299	0,093	0,305	0,228	- 0,266	0,129	0,124	0,091
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,225	<0,001	0,003	<0,001	0,094	0,107	0,237
İnkontinans Etkisi	r	0,269	0,221	0,215	0,111	0,222	0,235	- 0,177	0,036	0,145	-0,128
	p	<0,001	0,004	0,005	0,148	0,004	0,002	0,021	0,644	0,058	0,096
Rol Limitasyon	r	0,173	0,184	0,191	0,071	0,191	0,148	- 0,144	0,088	0,151	-0,054
	p	0,024	0,016	0,013	0,358	0,012	0,056	0,060	0,250	0,049	0,480
Fizik Limitasyon	r	0,252	0,157	0,163	0,087	0,158	0,144	- 0,124	0,119	0,212	-0,065
	p	0,001	0,041	0,033	0,258	0,039	0,064	0,107	0,122	0,005	0,400
Sosyal Limitasyon	r	0,193	0,177	0,169	0,086	0,172	0,204	- 0,088	0,090	0,183	-0,096
	p	0,011	0,021	0,027	0,264	0,024	0,008	0,255	0,241	0,017	0,214
Kişisel İlişki	r	0,066	0,208	0,219	0,122	0,220	0,165	- 0,100	0,143	0,157	-0,027
	p	0,393	0,007	0,004	0,115	0,004	0,034	0,197	0,063	0,041	0,725
Duygu Durum	r	0,199	0,199	0,234	0,026	0,235	0,206	- 0,177	0,127	0,220	-0,109
	p	0,009	0,009	0,002	0,736	0,002	0,008	0,021	0,099	0,004	0,156
Uyku Enerji Düzeyi	r	0,216	0,082	0,092	0,082	0,096	0,098	- 0,144	0,122	0,204	0,025
	p	0,005	0,283	0,233	0,285	0,210	0,208	0,060	0,112	0,007	0,743
Semptom Şiddeti	r	0,296	0,272	0,323	0,083	0,329	0,346	- 0,196	0,123	0,249	-0,030
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,279	<0,001	<0,001	0,010	0,108	0,001	0,701
Toplam Skor	r	0,276	0,271	0,285	0,127	0,289	0,262	- 0,202	0,137	0,246	-0,060
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,098	<0,001	0,001	0,008	0,074	0,001	0,437

Tabloda ortalama değerler King Anketine göre hesaplanmıştır.

Şikâyet süresi ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkisine bakıldığında tablo 17’de görüldüğü üzere aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı.

Tablo 17. Şikâyet süresi ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki

		Eğitim
Şikâyet süresi (yıl)	r	-,013
	p	,869

Çalışan hastaların en yüksek skor aldığı yani en çok etkilendikleri durumlar fizik limitasyon ($80,00 \pm 20,12$), ikinci olarak inkontinans etkisidir ($77,77 \pm 20,58$) (tablo 18).

Tablo 18. Çalışan hastaların hayat kalitesi skor değerleri

	Ort.	$\pm$ S.S.	Min.	Max
Genel Sağlık Durumu	51,67	$\pm 19,97$	25,00	75,00
İnkontinans Etkisi	77,77	$\pm 20,58$	33,33	100,00
Rol Limitasyon	65,55	$\pm 22,24$	33,33	100,00
Fizik Limitasyon	80,00	$\pm 20,12$	50,00	100,00
Sosyal Limitasyon	57,03	$\pm 27,17$	0,00	100,00
Kişisel İlişki	25,55	$\pm 21,70$	0,00	66,66
Duygu Durum	66,66	$\pm 24,12$	11,11	100,00
Uyku Enerji Düzeyi	54,44	$\pm 27,79$	0,00	100,00
Semptom Şiddeti	43,33	$\pm 25,63$	0,00	83,33
Toplam Skor	522,01	$\pm 134,43$	294,42	688,88

Tabloda ortalama değerler King Anketine göre hesaplanmıştır.

Skorlamada en yüksek puan alan 10 hastanın genel sağlık durumu, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fizik limitasyon, sosyal limitasyon, kişisel ilişki, duygu durum, uyku enerji düzeyi, semptom şiddeti değerlerine bakıldı. Bu hastaların ortak olarak en yüksek puan aldıkları bölümler inkontinans etkisi, fizik limitasyon, sosyal limitasyon, duygu durum, uyku enerji düzeyi bölümleri olduğu gözlemlendi.

Tablo 19. Skorlamada en yüksek puan alan 10 hastanın bölüm değerleri

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Genel Sağlık Durumu	100	75	100	100	75	100	75	75	75	50
İnkontinans Etkisi	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Rol Limitasyon	100	100	100	100	100	83,33	100	100	100	100
Fizik Limitasyon	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sosyal Limitasyon	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Kişisel İlişki	100	100	66,66	100	100	100	100	100	100	100
Duygu Durum	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Uyku Enerji Düzeyi	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Semptom Şiddeti	66,66	91,66	100	66,66	91,66	75	83,33	83,33	83,33	100
Toplam Skor	866,66	866,66	866,66	866,66	866,66	858,33	858,33	858,33	858,33	850

Tabloda ortalama değerler King Anketine göre hesaplanmıştır.

Genel sađlık durumu, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fizik limitasyon, sosyal limitasyon, kiřisel iliřki, duygu durum, uyku enerji dűzeyi, semptom řiddeti bűlűmlerinin kendi aralarındaki korelasyonuna bakıldıđında; tűm bűlűmler arasında pozitif iliřki olduđu gűrűldű (tablo 20).

Tablo 20. Genel sađlık durumu, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fizik limitasyon, sosyal limitasyon, kiřisel iliřki, duygu durum, uyku enerji dűzeyi, semptom řiddeti bűlűmlerinin kendi aralarındaki iliřkileri

		İnkontina ns Etkisi	Rol Limitasy on	Fizik Limitasy on	Sosyal Limitasy on	Kişise l İlişki	Duyg u Duru m	Uyku Enerji Dűze yi	Sempto m şiddeti
Genel Sağlık Durumu	r	0,406	0,470	0,438	0,364	0,364	0,349	0,331	0,433
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
İnkontina ns Etkisi	r		0,694	0,634	0,680	0,375	0,647	0,472	0,564
	p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Rol Limitasyo n	r			0,726	0,716	0,433	0,718	0,596	0,605
	p			<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Fizik Limitasyo n	r				0,661	0,365	0,562	0,529	0,459
	p				<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Sosyal Limitasyo n	r					0,564	0,633	0,549	0,524
	p					<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Kişisel İlişki	r						0,498	0,342	0,469
	p						<0,001	<0,001	<0,001
Duygu Durum	r							0,515	0,632
	p							<0,001	<0,001
Uyku Enerji Dűzeyi	r								0,444
	p								<0,001

Tabloda ortalama deđerler King Anketine gűre hesaplanmıřtır.

5. TARTIŞMA

Çalışmaya dahil edilen hastaların 171'inin aşırı aktif mesane şikâyetleriyle yaşadığı ve bu hastaların mevcut durumlarını bir hastalık olarak görmedikleri saptanmıştır. Bu durumun bireylerin hayat kalitelerini bozduğu gözlemlenmiştir.

Yapılan çalışmalarda aşırı aktif mesane görülme sıklığı %9'dan %43'e kadar değişiklik gösterebilmekte olup yazarlar bu durumun hastaların sorgulanma şekli, kullanılan anketlerin ve toplumun dinamikleri, hastaların etnik özellikleri nedeniyle farklılık gösterdiğini savunmuşlardır (66, 102). Hastaların ve klinisyenlerin aşırı aktif mesaneyi bir hastalık olarak değerlendirmemeleri ya da semptomların bir sorun olduğunu anlayamamaları da oranlar arasındaki anlamlı farklılığa sebebiyet verebilmektedir (103). Ayrıca toplumların kültürel yapısının da semptomların saptanmasında önemli olduğunu düşünmekteyiz. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir AAM çalışmasında, aşırı aktif mesane sendromu şikâyetleriyle sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların, astım ve diyabete yönelik şikâyetlerle başvuran hastaların toplam sayısından daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (10). Aksi olarak özellikle kapalı toplumlarda birçok kişi yaşadığı bu semptomları ileri yaş, çok doğum, şişmanlık, kadınlara özgü bir durum olarak normal gördüğü ve özellikle hastaların işeme problemlerini anlatmayı utanılacak bir durum olarak gördükleri için gerçek prevalansı net olarak değerlendirmek zor olsa da dünya genelinde birçok prevalans çalışması bulunmaktadır.

Özellikle 2000 yılının ilk dekadında yapılan prevalans çalışmalarında oranlar belirgin farklılık göstermektedir. Bununla birlikte 2010 yılında çok merkezli olarak yürütülen ve bizim de kullandığımız OAB-V8 anketi kullanılarak yapılan bir prevalans çalışmasında toplumun genelinde oran %21 iken, kadınların daha çok etkilendiği (25,6% vs. 13,7%) izlenmiştir(11). “National Overactive Bladder Evaluation (NOBLE)” araştırmasına göre ise 18 yaş üstü kadınlarda prevalansın %16,5 olduğu saptanmıştır(10). Ülkemizde 18 yaş üzeri bireylerdeki prevalansı saptamak için Zümrütbaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınlarda prevalans %35,7 olarak bulunurken bu şikâyetleri haftada en az bir

defa yaşadığını bildiren hastalar ise %21,6 oranındadır (9). 2001 yılında yayımlanan yaklaşık on altı bin katılımcının katkı sunduğu bir başka prevalans çalışmasında ise aşırı aktif mesane semptomları olan katılımcıların, %85 oranıyla en yüksek oranda sık idrara çıkma şikâyetleri varken, %54 oranında ikinci olarak sıkışma hissi, % 36 oranında ise sıkışmanın sonucunda inkontinans izlenmiştir (52). Dünya genelinde AAM sıklığının giderek arttığını öngören çalışmalar da bulunmaktadır. 2011 yılında yapılan bir prevalans çalışmasına göre AAM prevalansı %10,2 olarak bildirilirken bu oranın 2018’de %20,2 olması öngörülmüştür. Bu durumun da esas sebebi dünya popülasyonunun giderek yaşlanması olarak belirtilmiştir (8). Ayrıca obezitenin de giderek artış göstermesi ve alt üriner semptomlarla ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda insidansın artmasına katkı sağlayabileceğini de düşünmekteyiz.

Çalışmanın hariç tutulma kriterleri sayesinde AAM ile ilgisi net olarak ortaya konmuş olan risk faktörlerine sahip hastalar da çalışma kapsamına alınmamıştır; bu çalışmanın esas amaçlarından biri de bilinen risk faktörlerine sahip olmayan hastalarda AAM görülme sıklığının ortaya konulması ve ek risk faktörlerinin incelenmesidir. Çalışmamıza katılan bu hastaların 171’i (%17,2) AAM tanısı almışken geriye kalan 828 hasta normal olarak kabul edilmiştir. Genel popülasyonumuza baktığımızda hastaların oransal olarak çok büyük bir çoğunluğu %95,10 evli olup geriye kalan 49 hasta ise dul veya bekârdır. Türkiye’de 2018 yılında yapılan bir çalışmaya göre ise evlilik süresi ve inkontinans şiddeti arasında pozitif ilişki olduğu rapor edilmiştir (104).

Genel popülasyonumuzda 302 hasta (%30,23) sigara içicisidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine baktığımızda ise 2016 yılında Türkiye’de sigara içiciliğinin kadınlarda %13,3 olarak bildirildiğini görmekteyiz(105). Hastalarımızın sigara içiciliğinin, Türkiye popülasyonuna göre 2,33 kat daha fazla olduğu izlenmiştir. AAM saptanmayan hastalarda sigara içme oranı %27,05 iken AAM saptanan hastalarda ise bu oran daha da yükselerek %45,35 olarak bulunmuştur. Sigara içiciliğinin üriner inkontinansla ilgisini gösteren çalışmalar olsa da AAM ile sigara içiciliği arasındaki ilişki konusunda ortak bir görüş bildirilememiştir. Yine de sigara içiciliğiyle AAM ilişkisini destekleyen yayınlar

da mevcuttur. 2015 yılında İngiltere orijinli, ürodinamik inceleme yapılan 11678 kadının retrospektif analizinde sigara içenlerin prevalansı %21,2 bulunurken bu hasta grubunda AAM'nin ve koit inkontinansının daha yaygın olduğu saptanmıştır. Bilinen aksi şekilde de SÜİ ile ilişkisi olmadığı bildirilmiştir(106). Bizim çalışmamızda da benzer olarak AAM olan hastalarda sigara içiciliğinin anlamlı olduğu izlenmiştir.

Aşırı aktif mesane ile yaş ilişkisi literatürde net olarak ortaya konmuştur. Semptomlar 40 yaş üzerinde %20 oranındayken, 75 yaş üstünde ise oran %33'lere kadar çıkmaktadır(107-109). Aşırı aktif mesane şikâyetleri ilk 8 dekada kadınlarda daha yaygın olarak izlenmektedir. Fakat sonrasında semptomların görülme sıklığı kadınlarda ve erkeklerde aynı olarak izlenmiştir(110). Yaş ile birlikte ek morbidite oranları da artış göstermekte olduğu için ileri yaş hasta gruplarının da çalışma dışında kalmış olduğu gözlemlendi. Bu nedenle çalışmamızda yaş ve AAM ilişkisi gözlenememiştir. İleri yaş grubu hastaların çalışmam dahil edilememesi çalışmamızın limitasyonlarından biridir.

Türkiye'de menopoza yaşı ortalaması 47 olarak bildirilmiştir (111). Perimenopozal dönemde hastaların şikâyetlerinin arttığını bildiren çalışmalar da mevcuttur. Çalışmamızda aksi olarak 47 yaş altı grubun AAM prevalansının daha yüksek olduğu saptanmıştır

Çalışma geneline baktığımızda BKİ ortalaması $25,55 \pm 4,06$ 'dır. AAM tanısı olan hastalarda ise BKİ ortalaması $25,08 \pm 3,95$ 'dir. Bizim çalışmamızda AAM olan ve olmayan grupların BKİ arasında anlamlı fark izlenmedi. BKİ 40 ve üzeri olan hastalar çalışma dışında olduğu için morbid obezite ve AAM arasındaki ilişki çalışmada saptanamadığı için bu da çalışmamızın limitasyonlarından biridir.

AAM tanısı alan hastalar ve çalışmamızdaki diğer hastalarımızın BKİ oranları benzer görülmektedir. Obezitenin, AAM ve inkontinans ile ilişkisi net olarak ortaya konduğu için çalışmamızda morbid obez olan hastaları çalışma dışı bıraktık. Özellikle de kadınlarda şikâyetlerin obeziteyle ilişkisi daha belirgin izlenmektedir. BKİ'si yüksek ve şikâyetleri olan hastalara da ilk önerilerden biri de kilo vermesi olmalıdır(112, 113).

Hastaların demografik özelliklerini ele aldığımızda hastaların yaşlarıyla genel sağlık durumu, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fizik limitasyon, sosyal limitasyon, duygu durum, uyku enerji düzeyi, semptom şiddeti, toplam skor arasında pozitif korelasyon olduğu izlendi. Gravida, parite ve yaşayan sayısı ile genel sağlık durumu, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fizik limitasyon, sosyal limitasyon, kişisel ilişki, duygu durum, semptom şiddeti, toplam skor arasında pozitif ilişki saptandı. Evlilik süresi ile genel sağlık durumu, inkontinans etkisi, sosyal limitasyon, kişisel ilişki, duygu durum, semptom şiddeti, toplam skor arasında pozitif ilişki tespit edildi. Eğitim düzeyi ile genel sağlık durumu, inkontinans etkisi, duygu durum, semptom şiddeti, toplam skor arasında ters orantı vardır. İdrar sayısı ile rol limitasyon, fizik limitasyon, sosyal limitasyon, kişisel ilişki, duygu durum, uyku enerji düzeyi, semptom şiddeti, toplam skor arasında pozitif korelasyon vardır. Abort, BKİ ve şikâyet süresi ile skorlamalar arasında ilişki olmadığı izlendi.

Yaşadığımız coğrafi bölgenin kültürel etkileri nedeniyle kadınların topluma katılmaları daha zor olup hastaların eğitim düzeyleri ve çalışma oranları da düşük saptandı. 2016 Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ülkemizde okuma yazma bilmeyen kadınların oranı %5,9 iken bizim çalışmamızda okuma yazma bilmeyen grup ise çalışmanın %32,03 gibi önemli bir kısmını oluşturmaktadır (114). Katılımcılarımızın ise sadece %7,61 aktif olarak bir işte çalışmaktadır. Ülke genelinde Türkiye İstatistik Kurumu Kasım 2018 verilerine göre ise 15-64 yaş arası kadınların istihdam oranlarını %32,6 olarak görülmektedir. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Güney Doğu Anadolu Bölgesinin en önemli referans merkezlerinden biri olsa da hastalarımızın demografik verilerinin Türkiye toplumuyla paralel olmadığını gözlemledik.

Çalışmamızla aşırı aktif mesane tanısı alan hastaların %41,76'sının durumlarının normal olduğunu düşündükleri öğrenildi. Çalışmaları incelediğimizde hastaların bu durumu özellikle Avrupa ve Amerika toplumlarından normal görmedikleri ve bir şekilde bu çözüm aradıklarını görmekteyiz. Aşırı aktif mesane sendromunun ABD'de en sık doktora başvuru sebeplerinden biri olduğu bildirilmiştir(10).

59 hasta ise (%34,71) bu durumdan utandıklarını ve çevrelerinden gizlediklerini ifade etmişlerdir. Aşırı aktif mesane sendromundan en çok etkilenen ikinci grup da daha konservatif toplumlarda izlendiği gibi idrar kaçırma şikayetlerinin gizlenmesi gerektiğini düşünmektedir. Bu hastalar yapılan muayenelerde anamnezin derinleştirilmesinin önemini de göstermektedir.

Çalışmamızda saptanan bir başka durum ise AAM hastalarının çocukluk çağı enürezis noktürna öyküsü prevalansının yüksekliğidir. Ülkemizde 2016 yılında Sarıcı ve arkadaşları tarafından 6-13 yaş grubundaki 4250 çocuğun dâhil edildiği çalışmada tüm popülasyonda enürezis noktürna öyküsü %9,52 saptanmış olup, kız çocuklarında ise %6,5 olarak bulunmuştur(115). Fakat bizim çalışma grubumuzda ise AAM'li hastalarımızın çocukluk çağı enürezis noktürna 50 hastada saptanmış olup oranı %29,24 olarak hesaplanmıştır. Bu oran çocukluk çağı enürezis noktürna ile AAM arasında anlamlı bir ilişki olabileceğini göstermesi açısından önem taşımaktadır. AAM olmayan hastalarımızda ise enürezis noktürna sadece 2 hasta tarafından bildirilmiş olup bu oran %0,24 olarak saptanmış ve gruplar arasında anlamlı olarak izlenmiştir.

İngiltere'den 2018 yılında bir ürojinekoloji kliniğine başvuran hastalarla yapılan çalışmada ise koit inkontinansı incelenmiş olup, çalışmaya katılan 2312 hastanın 477'sinde (%21) koit inkontinansı saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada aşırı aktif mesane ve stres üriner inkontinansın (SÜİ) semptomlarının koit inkontinansı açısından bağımsız ve spesifik bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (116). Bizim çalışmamızda ise aşırı aktif mesane semptomları olan ve aynı zamanda da koit inkontinansından yakınan 47 hasta olup bu oran %27,65 olarak saptanmıştır. 9 hasta (%5,29) ise aktif bir cinsel yaşantısının olmadığını bildirmiştir. AAM olan grupta enürezis noktürna hikâyesi ve koit inkontinansını birlikte yaşayan hasta popülasyonu ise %11,7 olarak hesaplanmıştır. Koit inkontinansı AAM saptanmayan grupta sorgulanmamıştır. Bu durum çalışmamızda limitasyon yaratmaktadır.

Çalışmamızda ayrıca hastaların inkontinans şikâyetlerinin de yüksek olduğunu gözlemledik. AAM olmayan hasta grubunda, 61 kişide (%7,38) SÜİ, 12 kişide (%1,45) urge inkontinansı vardır. Hem SÜİ hem de urge inkontinansı olan

yani mikst inkontinansı olan 6 hasta (%0,73) vardır. AAM'li hasta grubunda ise 112 kişide (%65,11) SÜİ, 119 (%69,18) kişide urge inkontinans mevcut, 100(%58,13) hastada ise mikst tip inkontinans izlendi. Bu hasta gruplarına baktığımızda, 12 hastada (%6,97) saf SÜİ olduğu, 19 hastada (%11,04) ise saf urge inkontinans olduğu saptanmıştır. İki grubu kıyasladığımızda AAM olan grubun idrar sıklığı ortalaması $10,58 \pm 2,71$ iken olmayan grupta ise $5,87 \pm 2,74$ olarak hesaplanmıştır. AAM'li hastalarda idrar sayısı 20'ye kadar çıkmıştır. Aşırı aktif mesane olan ve olmayan grupları karşılaştırdığımızda stres, urge ve mikst tip inkontinansın AAM olan grupta daha yüksek olduğu izlenmiştir. Bu farklılık üriner inkontinans tipinde de anlamlı bulunmuştur.

Oranlara baktığımızda bu hastaların sadece yedisinin mevcut durumları nedeniyle bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu göz önünde bulundurursak hastaların %95,34'ünün mevcut durumlarıyla yaşamak durumunda kaldıklarını görmekteyiz. Bu durum da hastaların aileleri ve sosyal çevreleriyle olan ilişkilerini ciddi anlamda etkileyebilmektedir. Aşırı aktif mesane semptomları olan gruptaki hastalara durumlarıyla ilgili eşlerinin tepkilerini sorduğumuzda, eşlerin 55'inin (%32,93) normal karşıladığını, 28'sinin (%25,53) kızdığını ve alay ettiğini, 39'unun (%23,35) çok kızdığını ve 45 (%26,95) hastanın ise durumu eşlerinden gizlediklerini ya da eşlerinin durumun farkında olmadıklarını bildirmişlerdir.

Aşırı aktif mesane semptomları olan hasta grubu içerisinde koit inkontinansı da olan hastaları incelediğimizde ise bu hastaların eşleriyle daha yüksek oranda sorun yaşadıkları saptandı. Hastalara bu durumu sorduğumuzda, 6 hastanın eşinin (%12,77) normal karşıladığını, 12'sinin (%25,53) kızdığını, alay ettiğini, 27'sinin (%57,45) çok kızdığını ve 2 hasta (%4,26) ise bu durumu eşinden gizlediğini veya eşinin bu durumun farkında olmadığını belirttiler.

King Sağlık Anketi skorlamalarına baktığımızda toplam skor ortalamasının en yüksek olduğu grubun eşlerinin en çok tepki verdiği grup olduğunu gözlemledik. Bu grupta ise hastaların beklenildiği gibi en çok duygu durum ve fizik limitasyon bölümlerinden puan aldıklarını saptadık. En düşük olarak da genel olarak kendilerini nasıl hissettiklerini sorduğumuz genel sağlık

durumu bölümünden puan aldıkları izlendi. Şikâyetlerini gizleyebilen ya da eşlerinin farkında olmadığı gruptaki hastalar ise en düşük KSA skoruna sahip olup bu hastalar en çok fiziki limitasyondan yakınırken, kişisel ilişkiler açısından ise en az etkilenen gruptur. Eşlerinin en çok tepki gösterdiği gruptaki hastalar, dokuz bölümün tamamından en yüksek skoru alarak en çok etkilenen grup oldu.

Hastaların şikâyet sürelerini incelediğimizde ise ortalama $5,68\pm4,23$ olduğu, grupta şikâyetlerin en az 1 yıldır en çok da 25 yıldır olduğu gözlemlendi. Hastaların eğitim düzeyiyle semptomları nedeniyle doktora başvurmaması arasında bir ilişki bulunmadı.

Popülasyonumuzda bulunan az sayıdaki çalışan hastanın ise en yüksek skoru fizik limitasyon ($80,00\pm20,12$) ve ikinci olarak inkontinans etkisi ($77,77\pm20,58$) bölümündedir. Bu grubun en az etkilendiği kısım ise kişisel ilişkilerdir ($25,55\pm21,70$). Bu hastaların ortak olarak en yüksek puan aldıkları bölümler inkontinans etkisi, fizik limitasyon, sosyal limitasyon, duygu durum, uyku enerji düzeyi bölümleridir. Tüm AAM'li popülasyonun KSA skoru ortalamasıyla çalışan grubun KSA skor ortalamasının karşılaştırılması yapıldığında çalışan grubun skor ortalamasının daha düşük olduğu gözlemlendi.

AAM'li hastaların tümünde, genel sağlık durumu, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fizik limitasyon, sosyal limitasyon, kişisel ilişki, duygu durum, uyku enerji düzeyi, semptom şiddeti bölümlerinin kendi aralarındaki korelasyonuna bakıldığında; tüm bölümler arasında pozitif korelasyon olduğu görüldü. Yani hastaların şikâyetlerinin bir bütünlük içerisinde hayatlarını genel olarak etkilediğini saptadık.

AAM'den en çok etkilenen 10 hastayı incelediğimizde ise bu hastaların tamamının, inkontinans etkisi, fizik limitasyon, sosyal limitasyon, duygu durum ve uyku enerji düzeyi bölümlerinde 100 puan alarak en yüksek oranda etkilendikleri görüldü.

Tüm bilgiler ışığında çalışma grubumuzun eğitim seviyesinin daha düşük ve toplumla çok fazla bütünleşemeyen bir popülasyon olduğunu saptadık. Bu veriler de göz önünde bulundurulduğunda kadınlarımızın sağlık hizmetlerine

ulaşmasında diğer aile bireylerine bağımlı olması, AAM'nin herhangi spesifik bir fizik muayene veya laboratuvar bulgusu yokluğu ve kadınlarca bu durumun çeşitli sebeplerle normal görülmesi de hastaların primer başvuru sebebinin AAM olmamasını açıklamaya yardımcı olabilmektedir. Bu çalışmada ayrıca bilinen risk faktörlerini taşımayan kişilerin de alt üriner sistem semptomlarından ve aşırı aktif mesane sendromundan muzdarip olabileceği bu nedenle de hastaların sadece başvuru şikayetlerine yönelik değil genel değerlendirilmesinin yapılması gerektiği de ortaya kondu.

Hastaların anamnezlerinin detaylı alınması, tüm hastalara dikkatli bir fizik muayene yapılması birçok hastalığın saptanmasını sağlayabileceği gibi toplumda çok sık görülen ve kadınların ciddi olarak hayat kalitesini etkileyen aşırı aktif mesane sendromunun da tanısın konulmasına ve tedavisinin yapılması hastaların hayat kalitelerini arttırmaya katkı sunabileceğini düşünüyoruz.

6.SONUÇ

Aşırı aktif mesane tanımı son yirmi yıllık dönemde ortaya konulmuş olup, hasta ve hekimler arasında farkındalığı düşük de olsa hastaların bu durumdan yüksek derecelerde etkilendiğini saptadık. Çalışmamızda çeşitli sebeplerle polikliniğimize başvuran 999 hastadan 171 kişinin aslında yaşadıkları tedavisinin mümkün olduğu bir durumla yaşadıklarını saptadık. Çalışmamıza aldığımız hastaların çok az bir kısmı bu durumun doktora başvurulması gerektiğini düşünmüş olup bunlar da çeşitli sebeplerle ilaçlarını bırakıp mevcut aşırı aktif mesane semptomlarıyla yaşamaya çalışmışlardır. Aslında hastaların bu durumu sağlık kuruluşuna başvuracak bir sebep olarak görmemelerinin yanı sıra sağlık personellerinin de farkındalığının artırılarak hastaların anamnezinin alınması sırasında hızlı ve basit olarak bu duruma yönelik de şikâyet sorgulaması yapması bu popülasyonun erken tedavi şansını arttıracak olup hastaların yaşam kalitesini arttırabileceğini göstermektedir.

Mevcut bilinen risk faktörlerinin yanı sıra sigara içiciliğinin AAM saptanan grupta normal popülasyona göre daha yüksek olduğu izlenmiştir. Sigaranın bilinen birçok zararının yanı sıra özellikle aşırı aktif mesane şikâyetleri olan hastalara da sigarayı bırakmaları konusunda teşvik edici olunmalı ve gereklilik halinde ilgi branşlardan görüş istenerek hastanın destek tedavileri konusunda aydınlatılması sağlanmalıdır.

Çocukluk çağı enürezis noktürna hikâyesinin de AAM saptanan grupta anlamlı olarak yüksek saptandığı izlendi. Burada yine hastaların anamnezi alırken, hastaların öykülerinin sorgulanmasının da önemli olduğu saptandı.

Hastalarımızın eşleriyle ilişkisini etkileyen önemli faktörlerden biri de koit inkontinansıdır. Aşırı aktif mesane hastalarında anlamlı olarak yüksek izlenen bu durumun, AAM saptanan hastalarda hastaların durumu kendilerinin ifade etmelerini beklemeden, mahremiyet çerçevesinde sorgulanması önem kazanmaktadır.

Bilinen risk faktörlerinin dışında enürezis noktürna ve sigara içiciliğinin AAM riskini arttırabildiğini ortaya koyduk. Ayrıca AAM olan hastalarda yüksek olarak koit inkontinansı saptanmıştır.

Hastaların sağlık merkezlerine başvuru anında anamnezinin detaylı alınması da bu hastaların saptanmasını kolaylaştırmaktadır. Ayrıca hastaların mahremiyetinin sağlanabileceği ve kendilerini rahat ifade edebilecekleri muayene şartlarıyla da hastaların yaşadıkları şikâyetlerin saptanmasının kolaylaşabileceğine inanmaktayız.



7-KAYNAKLAR

1. Jr. HF. Atlas of urosurgical anatomy. Philadelphia: WB Saunders; 1993.
2. Walters MD, Karram Mickey M.I Neurophysiology of the lower urinary tract Clinical Urogyneco. 1993;2:17.
3. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. American journal of obstetrics and gynecology. 2002;187(1):116-26.
4. The Overactive Bladder: From Basic Science to Clinical Management Consensus Conference. Proceedings. London, England, June 29, 1997. Urology. 1997;50(6A Suppl):1-114.
5. Gulur DM, Drake MJ. Management of overactive bladder. Nature reviews Urology. 2010;7(10):572-82.
6. Drake MJ, Hedlund P, Harvey IJ, Pandita RK, Andersson KE, Gillespie JI. Partial outlet obstruction enhances modular autonomous activity in the isolated rat bladder. The Journal of urology. 2003;170(1):276-9.
7. Hashim H, Abrams P. Is the bladder a reliable witness for predicting detrusor overactivity? The Journal of urology. 2006;175(1):191-4; discussion 4-5.
8. Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B, Milsom I, Abrams P. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. BJU international. 2011;108(7):1132-8.
9. Zumurutbas AE, Bozkurt AI, Tas E, Acar CI, Alkis O, Coban K, et al. Prevalence of lower urinary tract symptoms, overactive bladder and urinary incontinence in western Turkey: results of a population-based survey. International journal of urology : official journal of the Japanese Urological Association. 2014;21(10):1027-33.
10. Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, Abrams P, Herzog AR, Corey R, et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. World journal of urology. 2003;20(6):327-36.
11. Davila HA, Lopez V, Nieves L, Colantuono A, Guaiquirian L, Sanchez P, et al. [Demographic distribution and prevalence of overactive bladder in Venezuela]. Actas urológicas españolas. 2010;34(2):176-80.
12. Abrams P, Kelleher CJ, Kerr LA, Rogers RG. Overactive bladder significantly affects quality of life. The American journal of managed care. 2000;6(11 Suppl):S580-90.
13. Grimby A, Milsom I, Molander U, Wiklund I, Ekelund P. The influence of urinary incontinence on the quality of life of elderly women. Age and ageing. 1993;22(2):82-9.

14. Reeves P, Irwin D, Kelleher C, Milsom I, Kopp Z, Calvert N, et al. The current and future burden and cost of overactive bladder in five European countries. *European urology*. 2006;50(5):1050-7.
15. Ouslander JG, Shih YT, Malone-Lee J, Lubner K. Overactive bladder: special considerations in the geriatric population. *The American journal of managed care*. 2000;6(11 Suppl):S599-606.
16. Sze EH, Kohli N, Miklos JR, Roat T, Karlam MM. Computed tomography comparison of bony pelvis dimensions between women with and without genital prolapse. *Obstetrics and gynecology*. 1999;93(2):229-32.
17. Barber MD, Bremer RE, Thor KB, Dolber PC, Kuehl TJ, Coates KW. Innervation of the female levator ani muscles. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2002;187(1):64-71.
18. Wei JT, De Lancey JO. Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2004;47(1):3-17.
19. Rogers GR, Sung WV, Thakar R, Iglesia CB. *Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery: Clinical Practice and Surgical Atlas* first ed 2016. 19-50 p.
20. Shermadoun ES, Leslie SW. *Anatomy, Abdomen and Pelvis, Bladder*. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing
StatPearls Publishing LLC.; 2018.
21. Wein A BD. *Voiding function and dysfunction: A Logical and Practical Approach*. Chicago: year Book Medical Publishers; 1988.
22. Strohbein K DJ, 2:5. . *The Anatomy of stress incontinence*. . Oper Tech Gynecol Surg. 1997;2:5.
23. KL. M. *Clinically oriented anatomy*. Third edition ed 1992.
24. *Histopathology for Pathologists*. 3 ed. Stacy EM, editor. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2007. 910-21 p.
25. Khandelwal P, Abraham SN, Apodaca G. Cell biology and physiology of the uroepithelium. *American journal of physiology Renal physiology*. 2009;297(6):F1477-501.
26. Andersson KE. Bladder activation: afferent mechanisms. *Urology*. 2002;59(5 Suppl 1):43-50.
27. Fry CH, Sui GP, Kanai AJ, Wu C. The function of suburothelial myofibroblasts in the bladder. *Neurourology and urodynamics*. 2007;26(6 Suppl):914-9.
28. Khera M, Somogyi GT, Kiss S, Boone TB, Smith CP. Botulinum toxin A inhibits ATP release from bladder urothelium after chronic spinal cord injury. *Neurochemistry international*. 2004;45(7):987-93.
29. Berek JS BDea. *Berek & Novak's Gynecology*. 15 ed. Berek DL, editor. Philadelphia: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS; 2012. 1531-40 p.
30. de Groat WC, Yoshimura N. Afferent nerve regulation of bladder function in health and disease. *Handbook of experimental pharmacology*. 2009(194):91-138.
31. Yoshimura N, Erdman SL, Snider MW, de Groat WC. Effects of spinal cord injury on neurofilament immunoreactivity and capsaicin sensitivity in rat dorsal root ganglion neurons innervating the urinary bladder. *Neuroscience*. 1998;83(2):633-43.

32. Cabelin MA TA, Kaplan SA. Urogenital physiology. In: Gonzalez EG MS, Edelstein JE, Lieberman JS, Downey JA, editor. Downey & Darling's Physiological Basis of Rehabilitation Medicine. 3. ed. Woburn: Butterworth-Heinemann; 2001. p. 191-208.
33. Hall E. Guyton ve Hall Tıbbi Fizyoloji. 13. th ed. BÇ. Y, editor. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2017. 773-84 p.
34. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003;61(1):37-49.
35. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. The International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology. *Scandinavian journal of urology and nephrology Supplementum*. 1988;114:5-19.
36. Andersen JT, Blaivas JG, Cardozo L, Thuroff J. Seventh Report on the Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Lower Urinary Tract Rehabilitation Techniques. *Scandinavian journal of urology and nephrology*. 1992;26(2):99-106.
37. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1996;175(1):10-7.
38. Griffiths D, Hofner K, van Mastrigt R, Rollemma HJ, Spangberg A, Gleason D. Standardization of terminology of lower urinary tract function: pressure-flow studies of voiding, urethral resistance, and urethral obstruction. *International Continence Society Subcommittee on Standardization of Terminology of Pressure-Flow Studies. Neurourology and urodynamics*. 1997;16(1):1-18.
39. Stohrer M, Goepel M, Kondo A, Kramer G, Madersbacher H, Millard R, et al. The standardization of terminology in neurogenic lower urinary tract dysfunction: with suggestions for diagnostic procedures. *International Continence Society Standardization Committee. Neurourology and urodynamics*. 1999;18(2):139-58.
40. van Waalwijk van Doorn E, Anders K, Khullar V, Kulseng-Hanssen S, Pesce F, Robertson A, et al. Standardisation of ambulatory urodynamic monitoring: Report of the Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society for Ambulatory Urodynamic Studies. *Neurourology and urodynamics*. 2000;19(2):113-25.
41. Thomas TM, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. *British medical journal*. 1980;281(6250):1243-5.
42. Yalçın ÖT HH, Özalp S, Yıldırım A. Jinekoloji kliniklerinde ürojinekoloji biriminin yeri ve önemi. *Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Dergisi* 1996;2:70.
43. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and urodynamics*. 2002;21(2):167-78.
44. Specifications for the Medicare Health Outcomes Survey. In: Assurance NCfQ, editor. Washington DC: National Committee for Quality Assurance; 2003.

45. ÖT Y. Ürojinekoloji. In: Kisisçi H. Göksin E ÜK, editor. Temel Kadın Hastalıkları ve Dogum Bilgisi. Ankara: Güneş Kitabevi; 1996. p. 730.
46. Yalçın ÖT HHÖS, Yıldırım A, Tekin B. Üriner yakınmaların inkontinansının tipini belirlemedeki tanısal etkinliği. Jinekoloji ve Obstetri'de Yeni Görüş ve Gelismeler 1995;6:130.
47. Chapple CR, Artibani W, Cardozo LD, Castro-Diaz D, Craggs M, Haab F, et al. The role of urinary urgency and its measurement in the overactive bladder symptom syndrome: current concepts and future prospects. BJU international. 2005;95(3):335-40.
48. Blaivas JG, Panagopoulos G, Weiss JP, Somaroo C, Chaikin DC. The urgency perception score: validation and test-retest. The Journal of urology. 2007;177(1):199-202.
49. De Wachter S, Wyndaele JJ. Frequency-volume charts: a tool to evaluate bladder sensation. Neurourology and urodynamics. 2003;22(7):638-42.
50. Wagg A, Malone-Lee J. Pressure-flow variables in patients treated with tolterodine for detrusor overactivity. BJU international. 2003;92(9):969-71.
51. White N, Iglesia CB. Overactive Bladder. Obstetrics and gynecology clinics of North America. 2016;43(1):59-68.
52. Milsom I, Abrams P, Cardozo L, Roberts RG, Thuroff J, Wein AJ. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. BJU international. 2001;87(9):760-6.
53. Chae J, Yoo EH, Jeong Y, Pyeon S, Kim D. Risk factors and factors affecting the severity of overactive bladder symptoms in Korean women who use public health centers. Obstetrics & gynecology science. 2018;61(3):404-12.
54. Eapen RS, Radomski SB. Gender differences in overactive bladder. The Canadian journal of urology. 2016;23(Suppl 1):2-9.
55. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. European urology. 2006;50(6):1306-14; discussion 14-5.
56. Finkelstein K, Glosner S, Sanchez RJ, Uddin N. Prevalence of probable overactive bladder in a private obstetrics and gynecology group practice. Current medical research and opinion. 2008;24(4):1083-90.
57. Cheung WW, Blank W, Borawski D, Tran W, Bluth MH. Prevalence of overactive bladder, its under-diagnosis, and risk factors in a male urologic veterans population. International journal of medical sciences. 2010;7(6):391-4.
58. Coyne KS, Margolis MK, Kopp ZS, Kaplan SA. Racial differences in the prevalence of overactive bladder in the United States from the epidemiology of LUTS (EpiLUTS) study. Urology. 2012;79(1):95-101.
59. Handa VL, Pierce CB, Munoz A, Blomquist JL. Longitudinal changes in overactive bladder and stress incontinence among parous women. Neurourology and urodynamics. 2015;34(4):356-61.
60. Viktrup L, Rortveit G, Lose G. Risk of stress urinary incontinence twelve years after the first pregnancy and delivery. Obstetrics and gynecology. 2006;108(2):248-54.
61. Chen Y, Yu W, Yang Y, Duan J, Xiao Y, Zhang X, et al. Association between overactive bladder and peri-menopause syndrome: a cross-sectional

- study of female physicians in China. *International urology and nephrology*. 2015;47(5):743-9.
62. Ostle Z. Vaginal oestrogen for overactive bladder in post-menopausal women. *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing). 2015;24(11):582-5.
 63. Tomaszewski J. Postmenopausal overactive bladder. *Przegląd menopauzalny = Menopause review*. 2014;13(6):313-29.
 64. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2003;110(3):247-54.
 65. Zhu J, Hu X, Dong X, Li L. Associations Between Risk Factors and Overactive Bladder: A Meta-analysis. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*. 2018.
 66. Kupelian V, Wei JT, O'Leary MP, Kusek JW, Litman HJ, Link CL, et al. Prevalence of lower urinary tract symptoms and effect on quality of life in a racially and ethnically diverse random sample: the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Archives of internal medicine*. 2006;166(21):2381-7.
 67. Hunskaar S, Arnold EP, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Mallett VT. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*. 2000;11(5):301-19.
 68. Wang Y, Xu K, Hu H, Zhang X, Wang X, Na Y, et al. Prevalence, risk factors, and impact on health related quality of life of overactive bladder in China. *Neurourology and urodynamics*. 2011;30(8):1448-55.
 69. Coyne KS, Sexton CC, Bell JA, Thompson CL, Dmochowski R, Bavendam T, et al. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) and overactive bladder (OAB) by racial/ethnic group and age: results from OAB-POLL. *Neurourology and urodynamics*. 2013;32(3):230-7.
 70. Roberts RO, Jacobsen SJ, Rhodes T, Reilly WT, Girman CJ, Talley NJ, et al. Urinary incontinence in a community-based cohort: prevalence and healthcare-seeking. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1998;46(4):467-72.
 71. Brown JS, Subak LL, Gras J, Brown BA, Kuppermann M, Posner SF. Urge incontinence: the patient's perspective. *Journal of women's health*. 1998;7(10):1263-9.
 72. Lam GW, Foldspang A, Elving LB, Mommsen S. Social context, social abstention, and problem recognition correlated with adult female urinary incontinence. *Danish medical bulletin*. 1992;39(6):565-70.
 73. Roe B, Doll H, Wilson K. Help seeking behaviour and health and social services utilisation by people suffering from urinary incontinence. *International journal of nursing studies*. 1999;36(3):245-53.
 74. Komaroff AL, Fagioli LR, Doolittle TH, Gandek B, Gleit MA, Guerriero RT, et al. Health status in patients with chronic fatigue syndrome and in general population and disease comparison groups. *The American journal of medicine*. 1996;101(3):281-90.
 75. Wein AJ, Rovner ES. The overactive bladder: an overview for primary care health providers. *International journal of fertility and women's medicine*. 1999;44(2):56-66.
 76. Keller SL. Urinary incontinence: occurrence, knowledge, and attitudes among women aged 55 and older in a rural Midwestern setting. *Journal of wound,*

ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. 1999;26(1):30-8.

77. Beetz R. Mild dehydration: a risk factor of urinary tract infection? European journal of clinical nutrition. 2003;57 Suppl 2:S52-8.

78. Dowd TT, Campbell JM, Jones JA. Fluid intake and urinary incontinence in older community-dwelling women. Journal of community health nursing. 1996;13(3):179-86.

79. Griffiths DJ, McCracken PN, Harrison GM, Gormley EA. Relationship of fluid intake to voluntary micturition and urinary incontinence in geriatric patients. Neurourology and urodynamics. 1993;12(1):1-7.

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

81. Tomlinson BU, Dougherty MC, Pendergast JF, Boyington AR, Coffman MA, Pickens SM. Dietary caffeine, fluid intake and urinary incontinence in older rural women. International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction. 1999;10(1):22-8.

82. DK. N. Managing and treating urinary incontinence. Baltimore: Health Professions Press; 2002.

83. Mommsen S, Foldspang A. Body mass index and adult female urinary incontinence. World journal of urology. 1994;12(6):319-22.

84. Elia G, Dye TD, Scariati PD. Body mass index and urinary symptoms in women. International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction. 2001;12(6):366-9.

85. Koley B, Koley J, Saha JK. The effects of nicotine on spontaneous contractions of cat urinary bladder in situ. British journal of pharmacology. 1984;83(2):347-55.

86. Tampakoudis P, Tantanassis T, Grimbizis G, Papaletsos M, Mantalenakis S. Cigarette smoking and urinary incontinence in women--a new calculative method of estimating the exposure to smoke. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 1995;63(1):27-30.

87. Snooks SJ, Barnes PR, Swash M, Henry MM. Damage to the innervation of the pelvic floor musculature in chronic constipation. Gastroenterology. 1985;89(5):977-81.

88. Miller JM. Criteria for therapeutic use of pelvic floor muscle training in women. Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. 2002;29(6):301-11.

89. Newman DK, Smith DA. Pelvic muscle reeducation as a nursing treatment for incontinence. Urologic nursing. 1992;12(1):9-15.

90. Dougherty M, Bishop K, Mooney R, Gimotty P, Williams B. Graded pelvic muscle exercise. Effect on stress urinary incontinence. The Journal of reproductive medicine. 1993;38(9):684-91.

91. Newman DK. Stress urinary incontinence in women. The American journal of nursing. 2003;103(8):46-55; quiz

92. Bump RC, Hurt WG, Fantl JA, Wyman JF. Assessment of Kegel pelvic muscle exercise performance after brief verbal instruction. American journal of obstetrics and gynecology. 1991;165(2):322-7; discussion 7-9.

93. Burgio KL, Locher JL, Goode PS, Hardin JM, McDowell BJ, Dombrowski M, et al. Behavioral vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women: a randomized controlled trial. *Jama*. 1998;280(23):1995-2000.
94. Yoshimura N, Chancellor MB. Current and future pharmacological treatment for overactive bladder. *The Journal of urology*. 2002;168(5):1897-913.
95. Sacco E, Bientinesi R. Mirabegron: a review of recent data and its prospects in the management of overactive bladder. *Therapeutic advances in urology*. 2012;4(6):315-24.
96. Coyne K, Revicki D, Hunt T, Corey R, Stewart W, Bentkover J, et al. Psychometric validation of an overactive bladder symptom and health-related quality of life questionnaire: the OAB-q. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2002;11(6):563-74.
97. Acquadro C, Kopp Z, Coyne KS, Corcos J, Tubaro A, Choo MS, et al. Translating overactive bladder questionnaires in 14 languages. *Urology*. 2006;67(3):536-40.
98. Tarcan T MN, Özgür M, Akbal C. . OAB-V8 Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu Validasyon Çalışması *Üroloji Bülteni* 2012;21:113-6.
99. Arano P, Rebollo P, Gonzalez-Segura Alsina D. [Assessment of the health-related quality of life impact in female with mixed urinary incontinence]. *Actas urologicas espanolas*. 2009;33(4):410-5.
100. Akkoc Y, Karapolat H, Eyigor S, Yesil H, Yuceyar N. Quality of life in multiple sclerosis patients with urinary disorders: reliability and validity of the Turkish version of King's Health Questionnaire. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*. 2011;32(3):417-21.
101. Gökkaya CS, Demirel HS, Aktaş BK, Bulut S, Doluoğlu OG, Erkmén AE, et al. *Üroloji Polikliniğinde King Sağlık Anketi Uygulaması*. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2011;18(2):20.
102. Hunskar S, Burgio K, Diokno A, Herzog AR, Hjalmas K, Lapitan MC. Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. *Urology*. 2003;62(4 Suppl 1):16-23.
103. Garcia Matres MJ, Brenes Bermudez FJ. [Diagnosis and management of patients with overactive bladder syndrome in urology clinics and general practitioner clinics in Spain]. *Archivos espanoles de urologia*. 2007;60(1):15-21.
104. Zincir H, Demir G, Gunaydin Y, Ozen B. Sexual Dysfunction in Married Women With Urinary Incontinence. *Urology journal*. 2018;15(4):193-8.
105. WHO. WHO Global Report On Trends In Prevalance of Tobacco Smoking 2000-2025. Geneva; 2018.
106. Madhu C, Enki D, Drake MJ, Hashim H. The Functional Effects of Cigarette Smoking in Women on the Lower Urinary Tract. *Urologia internationalis*. 2015;95(4):478-82.
107. Temml C, Heidler S, Ponholzer A, Madersbacher S. Prevalence of the overactive bladder syndrome by applying the International Continence Society definition. *European urology*. 2005;48(4):622-7.
108. Tubaro A. Defining overactive bladder: epidemiology and burden of disease. *Urology*. 2004;64(6 Suppl 1):2-6.

109. Hashim H, Abrams P. Treatment of overactive bladder syndrome and detrusor overactivity 2005. 243-50 p.
110. AS. F. Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. New York: McGraw-Hill; 2008. 57-9 p.
111. Vehid S, Aran SN, Koksall S, Isiloglu H, Senocak M. The prevalence and the age at the onset of menopause in Turkish women in rural area. Saudi medical journal. 2006;27(9):1381-6.
112. Nygaard IE. Nonoperative management of urinary incontinence. Current opinion in obstetrics & gynecology. 1996;8(5):347-50.
113. Richter HE, Kenton K, Huang L, Nygaard I, Kraus S, Whitcomb E, et al. The impact of obesity on urinary incontinence symptoms, severity, urodynamic characteristics and quality of life. The Journal of urology. 2010;183(2):622-8.
114. TÜİK. Yetişkin nüfusun cinsiyet ve okuryazarlık durumu [Available from: http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1018].
115. Sarici H, Telli O, Ozgur BC, Demirbas A, Ozgur S, Karagoz MA. Prevalence of nocturnal enuresis and its influence on quality of life in school-aged children. Journal of pediatric urology. 2016;12(3):159.e1-6.
116. Gray T, Li W, Campbell P, Jha S, Radley S. Evaluation of coital incontinence by electronic questionnaire: prevalence, associations and outcomes in women attending a urogynaecology clinic. International urogynecology journal. 2018;29(7):969-78.

8-EKLER

8-1 KİNG SAĞLIK ANKETİ

YAŞINIZ:
MESLEĞİNİZ:

BARKOD NO :

1. Su anki sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- ☐ Çok iyi
☐ İyi
☐ Fena değil
☐ Kötü
☐ Çok kötü

2. İdrar keseniz ve isemeniz ile ilgili problemlerin hayatınızı ne kadar etkilediğini düşünüyorsunuz?

- ☐ Hiç etkilemiyor
☐ Çok az
☐ Orta
☐ Çok etkiliyor

Aşağıda idrar kesenizle ve isemenizle ilgili problemlerinin etkileyebileceği bazı günlük aktiviteler sıralanmıştır.

Sizin idrar kesesi ve iseme problemlerinizi ne kadar etkiliyor?

Lütfen her soruyu size en uygun cevabı işaretleyerek yanlayınız:

3. Aktivite Kısıtlamaları	1 Hiç	2 Hafif	3 Orta	4 Çok
A. İdrar keseniz ve isemenizle ilgili problemler evdeki işlerinizi engelliyor mu? (temizlik, yemek gibi)	☐	☐	☐	☐
B. İdrar keseniz ve isemenizle ilgili problemler ev dışı ya da iş yerinizdeki işlerinizi engelliyor mu?	☐	☐	☐	☐

4. Fiziksel / Sosyal Kısıtlamalar	1 Hiç	2 Hafif	3 Orta	4 Çok
A. İdrar keseniz ve isemenizle ilgili problemler fiziki aktivitelerinizi engelliyor mu? (yürüyüş, koşu spor gibi)	☐	☐	☐	☐
B. İdrar keseniz ve isemenizle ilgili problemler yolculuğa çıkmanızı engelliyor mu?	☐	☐	☐	☐
C. İdrar keseniz ve isemenizle ilgili problemler sosyal hayatınızı sınırlıyor mu?	☐	☐	☐	☐
D. İdrar keseniz ve isemenizle ilgili problemler arkadaş ve dostlarınızı ziyaretlerinizi sınırlıyor mu?	☐	☐	☐	☐

5. Özel hayata Ait Kısıtlamalar	0 Hiç	1 Hemen hiç	2 Hafif	3 Orta	4 Çok
A. İdrar keseniz ve isemenizle ilgili problemler eşinizle ilişkinizi etkiliyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
B. İdrar keseniz ve isemenizle ilgili problemler cinsel hayatınızı etkiliyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
C. İdrar keseniz ve isemenizle ilgili problemler aile hayatınızı etkiliyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐

6. Duygular	1 Hiç	2 Hafif	3 Orta	4 Çok
A. İdrar keseniz ve isemenizle ilgili problemler moralinizi bozuyor mu?	☐	☐	☐	☐
B. İdrar keseniz ve isemenizle ilgili problemler sizi tedirgin ve sınırlı yapıyor mu?	☐	☐	☐	☐
C. İdrar keseniz ve isemenizle ilgili problemler kendinizle ilgili üzüntü duymanıza sebep oluyor mu?	☐	☐	☐	☐

7.Uyku / Enerji	1 Asla	2 Bazen	3 Sıklıkla	4 Herzaman
A. İdrar keseniz ve isemenizle ilgili problemler uykunuzu etkiliyor mu?	☐	☐	☐	☐
B. İdrar keseniz ve isemenizle ilgili problemler kendinizi bitkin ve yorgun hissetmenize sebep oluyor mu ?	☐	☐	☐	☐

8.Aşağıdakilerden herhangi birini yapıyormusunuz ? Eğer yapıyorsanız ne sıklıkta?	1 Asla	2 Bazen	3 Sıklıkla	4 Herzaman
A. Kuru kalmak için bez kullanırmısınız?	☐	☐	☐	☐
B. Ne kadar su içtiğinize sıvı aldığınıza dikkat edermisiniz?	☐	☐	☐	☐
C. Islanmış iç çamaşırlarınızı değiştirmek zorunda kalırmısınız?	☐	☐	☐	☐
D. Koktuğunuzu düşünerek rahatsız olurmusunuz ?	☐	☐	☐	☐

8-2 OAB-V8 TÜRKÇE SORGULAMA FORMU

Aşağıdakiler sizi ne ölçüde rahatsız etmektedir?	Hiç	çok az	Biraz	Epey	çok	çok fazla
Gündüz sık idrara ıkma						
Rahatsız edici bir idrar sıkışması						
Ani, beklenmedik bir idrar sıkışması						
Kazara az miktarda idrar kaçırma						
Gece idrara gitme						
Gece idrar yapma ihtiyaı ile uyanma						
Kontrol edilemez bir idrar sıkışması						
Aşırı idrar yapma isteği ile birlikte idrar kaçırma						

SKOR: