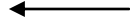


Adınızı soyadınızı giriniz

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya
(sol yandaki gibi) olacak .



Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;
Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak



Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(DOKTORA TEZİ)

**GÜMÜŞHANE'DE YAŞAYAN 50 YAŞ VE ÜZERİ
KADINLARDA, ALT ÜRİNER SİSTEM ŞİKÂyetLERİ İLE
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLİŞKİSİ**

HANDAN ÖZCAN

**DANIŞMAN
PROF. DR. NEZİHE KIZILKAYA BEJİ**

**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
PROGRAMI**

İSTANBUL-2016

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programında Handan Özcan tarafından hazırlanan Gümüşhane'de Yaşayan 50 Yaş ve Üzeri Kadınlarda, Alt Üriner Sistem Şikayetleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İlişkisi başlıklı Doktora tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

02 / 09 / 2016

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası
1.Prof.Dr.Önay Yalçın (Tez İzleme Komite Üyesi) İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi / Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

2.Prof.Dr.Nezihe Kızılkaya Beji (Danışman) Biruni Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Fakültesi / Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

3.Prof.Dr.Hacer Karanisoğlu Maltepe Üniversitesi / Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi

4.Doç.Dr.Ergül Aslan (Tez İzleme Komite Üyesi) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

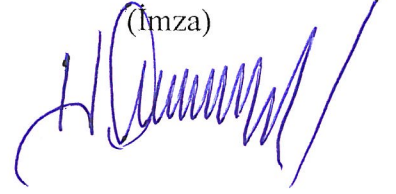
5.Doç.Dr.Gülay Rathfisch İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

HANDAN ÖZCAN

(İmza)



İTHAF

Annem'e ve üniversite yıllarında hayatını kaybeden kardeşim Mustafa ÖZCAN'a ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışmam sırasında; gösterdiği yakın ilgi, harcadığı zaman ve emek, akademik ve bireysel gelişimim için sağladığı imkânlar ve bilimsel desteği için çok değerli hocam ve danışmanım Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ'ye

Tez çalışmamın yapılabilmesinde ve yürütülebilmesinde değerli katkılarını ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım, Prof. Dr. Önay YALÇIN ve Doç. Dr. Ergül ASLAN'a

Eğitimim sırasında ilgi ve desteklerini esirgemeyen hocalarım Prof Dr. Nevin ŞAHİN, Doç Dr. Ümran OSKAY, Doç Dr. Gülay RAFTHİSCH, Doç. Dr. İlkey GÜNGÖR'e,

Doktora eğitimimin her aşamasında, destek ve yardımlarını esirgemeyen doktora ve yüksek lisans arkadaşlarıma, mesai arkadaşlarıma, öğrencilerime, arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca beni destekleyen, sevinç ve üzüntülerimi paylaşan, her zaman yanımda olan aileme çok teşekkür ederim.

Bu çalışma, TÜBİTAK 1002 Hızlı Destek Programı tarafından desteklenmiştir.
Proje No: 115S900

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET	Xİİİ
ABSTRACT.....	XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	71
4. BULGULAR.....	81
5. TARTIŞMA	179
KAYNAKLAR	207
FORMLAR	241
EK 1. ETİK KURUL KARARI.....	251
ÖZGEÇMİŞ	253

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. AÜSŞ epidemiyolojisi ve bazı özellikler

Tablo 2.2. Noktüri etiyolojisi ve patofizyolojik faktörler

Tablo 2.3. Türkiyede kadınlar arasında görülen Üİ ile ilgili yapılan çalışmalar (2010-2012)

Tablo 2.4. Üİ için farmakolojik olmayan tedaviler ve tanımı

Tablo 2.5. Üİ'li kadınlarda cerrahi olmayan tedavi yöntemleri ve öneriler

Tablo 2.6. Kadınlarda BOO ve DUA tanımlanması için kullanılan ürodinamik kriterler

Tablo 2.7. BKİ'ne göre obezite sınıflaması

Tablo 3-1. Örneklemeye alınan kadın sayısı

Tablo 3-2. BFLUTS ölçeğinin alt boyutları Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları

Tablo 3-3. SYBD ölçeğinin alt boyutları Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları

Tablo 3-4. EAMDS alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları

Tablo 3-5. Kadınların yaş gruplaması

Tablo 4-1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı

Tablo 4-2. Kadınların beden kitle indeks durumları

Tablo 4-3. Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı

Tablo 4-4. Kadınların menopoza ilişkin özelliklerinin dağılımı

Tablo 4-5. Kadınların sağlık durumu ve sorunlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı

Tablo 4-6. Kadınların genital hijyen ve alışkanlıklarına ilişkin özelliklerin dağılımı

Tablo 4-7. Kadınlarda üriner semptomların dağılımı

Tablo 4-8. Kadınların BFLUTS, EAMDS ve SYBD ölçek puan ortalamaları

Tablo 4-9. Kadınların yaş durumu ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-10. kadınların çalışma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-11. Kadınların medeni durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-12. Kadınların eğitim durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-13. Kadınların eşlerinin eğitim durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-14. Kadınların eşlerinin çalışma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-15. Katılımcıların gelir durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-16. Kadınların doğum şekli durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-17. Kadınların doğumlarını yaptıkları yer ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-18. Kadınların doğumlarında epizyotomi uygulanma durumu ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-19. Kadınların doğumlarında perine bölgesinde yırtık reperasyon durumu ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-20. Kadınların 4 kg ve üzerinde bebek doğma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-21. Kadınların histerektomi olma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-22. Kadınların herhangi bir psikolojik rahatsızlık geçirme durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-23. Kadınların herhangi bir kronik hastalığı olma durumu ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-24. Kadınların herhangi bir ilaç kullanma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-25. Kadınların düzenli egzersiz yapma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-26. Kadınların egzersiz yapma sıklığı durumu ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-27. Kadınların sigara kullanma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-28. Kadınların kabızlık problemi yaşama durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-29. Kadınların vajinal duş yapma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-30. Kadınların günlük ped kullanma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-31. Kadınların EAMDS ölçek puanları ile BFLUTS ve SYBD ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-32. Kadınlarda BLUFTS, SYBD ve EAMDS ölçek puanları ilişkisi

Tablo 4-33. Kadınların obstetrik öyküsü, BKİ, menopoz yaşı, aylık geliri, kahve ve çay tüketimi ile BFLUTS, EAMDS ve SYBD ölçeklerinin toplam puan korelasyonlarının karşılaştırmasına ilişkin bulgular

Tablo 4-34. AÜSŞ risk faktörlerinin, lojistik regresyon analizinde değerlendirilmesi



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1. AAM tanısı alan hastalardaki semptom durumları

Şekil 2-2. AÜSŞ ile BKİ arasındaki ilişki



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

A	Aciliyet
I	İkınma
İ	İşeme
N	Noktüri
S	Sıkışma
D	Depolama
Üİ	Üriner İnkontinans
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DM	Diyabet Mellitus
HB	Herhangi bir semptom
İS	İşeme Sonrası Semptom
QOL	Quality of Life
AAM	Aşırı Aktif Mesane
ACP	American College of Physicians/Amerikan Hekimler Fakültesi
UÜİ	Urgency Üriner İnkontinans
ICS	International Continence Society/Uluslararası Kontinans Derneği
MÜİ	Miks Üriner İnkontinans
SII	Symptom Impact Index
SSI	Symptom Severity Index
SÜİ	Stres Üriner İnkontinans
AÜŞŞ	Alt Üriner Sistem Şikâyetleri
DPTD	Pelvik Taban Disfonksiyonu
ICIQ-SF	International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form,
I-PSS	International Prostate Symptom Score
I-QOL	Incontinence Quality of Life Scale
DAN-PSS	Danish Prostatic Symptom Score
OABSS	Overactive Bladder
SF-12	Medical Outcomes Study 12-item Short Form Survey

SF-36	Medical Outcomes Study Short Form-36
PTKE	Pelvik Taban Kas Egzersizleri
LUTS	Lower Urinary Tract Symptoms
AUA-SI	American Urological Association Symptom Index;
UDI-6	The Urogenital Distress Inventory,
SYBD	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği/ Healthy Lifestyle Behaviors Scale
EAMDS	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale/ Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası
BFLUTS	Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms
ICIQ-FLUTS	International Consultation on Incontinence Questionnaire–Female Lower Urinary Tract Symptoms

ÖZET

Özcan, H. (2016). Gümüşhane’de Yaşayan 50 Yaş ve Üzeri Kadınlarda, Alt Üriner Sistem Şikâyetleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İlişkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Beş yetişkin kadının birinde orta şiddette alt üriner sistem şikâyetleri görüldüğü, on kadının birinde ise günlük aktiviteleri etkileyecek şekilde rahatsızlığa yol açtığı bildirilmiş olup, şikâyetlerin azaltılması ya da giderilmesinde yaşam tarzı değişiklikleri önemlidir. Çalışma, Gümüşhane’de yaşayan 50 yaş ve üzeri kadınların, alt üriner sistem şikâyetlerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla planlandı.

Kesitsel tipte olan çalışmanın evrenini; Gümüşhane il merkezindeki 50 yaş ve üzeri kadın nüfusu (5430), örneklemini; tabakalı örneklem yöntemiyle hesaplanan 543 kadın oluşturmaktadır. Veri toplamak amacıyla; katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile obstetrik, jinekolojik, kronik hastalık öyküsü ve genel sağlık davranışlarını sorgulayan soru formu, Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Soru Formu (The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms- B-FLUTS), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD) ve Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS) kullanıldı. Elde edilen veriler bilgisayar istatistik paket programında, istatistiksel analizleri yapıldı.

Kadınların yaş ortalaması $64,55 \pm 11,197$, BKİ ortalaması $29,25 \pm 5,31 \text{ kg/m}^2$, menopoz yaş ortalaması $47,72 \pm 5,11$ ’dir. BFLUTS toplam puanı $16,43 \pm 11,06$, SYBD ölçek toplam puanı $125,76 \pm 22,74$, EAMDS toplam puanı $20,13 \pm 8,07$ ’dir.

BFLUTS risk faktörleri, lojistik regresyon analizi sonucunda, herhangi bir kronik hastalık varlığı, kabızlık şikâyeti yaşama, günlük ped kullanma, hastanede doğum yapmış olma ve herhangi bir psikiyatrik hastalık varlığının olduğu belirlendi.

BFLUTS Toplam puanı artınca, SYBD Manevi Gelişim puanı azalmaktadır. BFLUTS Toplam puanları ile EAMDS arasında düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu. Semptomlar artınca Depresif Duygulanım, Bedensel Şikâyetler ve Toplam puanlar artmakta, Manevi Gelişim puanları azalmaktadır.

Tıbbi tedaviden önce, alt üriner sistem şikâyetleri olan kadınlarda, şikâyetleri azaltmak için yaşam tarzı değerlendirilerek gözden geçirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Alt Üriner Sistem Şikâyetleri, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Depresyon, Kadın, Risk Faktörleri

Bu çalışma, TÜBİTAK 1002 Hızlı Destek Programı tarafından desteklenmiştir. Proje No: 115S900

ABSTRACT

Ozcan, H. (2016). The Relationship Between the Lower Urinary System Complaints and Healthy Life Style Behavior in Women Aged 50 and Over in Gümüşhane. Istanbul University, Institute of Health Science, Department of Women's Health and Gynecologic Nursing. Doctoral Thesis. İstanbul.

It is reported that moderate lower urinary system complaints develop in one out of five adult women and they cause discomfort in one out of ten women's daily activities. In the elimination or reduction of these complaints, life style changes have a significant role. This study was planned to determine the lower urinary tract complaints and healthy lifestyle behavior of women aged 50 and over in Gümüşhane.

The population of this cross-sectional design study consisted of the female population aged 50 and over in Gümüşhane (5430), and the sample of the study comprised of 543 women calculated using stratified sampling method. In the data collection, a questionnaire investigating participants' socio-demographic characteristics, obstetric gynecological, chronic illness histories and general health behavior, The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms Scale (B-FLUTS), Healthy Lifestyle Behaviors Scale (HLBS) and Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD) were used. Statistical analysis of the data was obtained from computer statistical package program.

The average age of women 64.55 ± 11.19 , BMI's average 29.25 ± 5.31 kg/m² the average age of menopause 47.72 ± 5.11 . BFLUTS total score 16.43 ± 11.06 , HPBS scale total score 125.76 ± 22.74 , EAMDS total score 20.13 ± 8.07 .

Analysis with logistic regression analysis BFLUTS risk factors are; having any chronic disease, being constipated, using the daily pad, have made home birth and the presence of psychiatric disorders.

The mean of HPBS total score, Spiritual Development BFLUTS score decreases. CESDS with BFLUTS total points, a significant weak relation was found. When symptoms increases; Depressed affect Bodily complaints and total points also increased. But scores of Spiritual Development is reduced.

Before any medical treatment, women with lower urinary tract complaints should be analyzed by evaluating their lifestyle in order to reduce the complaints.

Key Words: Lower Urinary Tract Complaints, Healthy Lifestyle Behavior, Depression, Woman, Risk Factors

This study was supported by TUBITAK 1002 fast support Program. Project No: 115S90

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Alt üriner sistem şikâyetleri (AÜŞŞ); noktüri, urgency, idrar kaçırma gibi idrar depolanması ile ilgili problemler; zayıf idrar akımı, çatalı-kesintili idrar akımı, idrara geç başlama, zorlanarak idrar yapma gibi idrarın boşaltılması ile ilgili belirtiler ve idrar boşaltımının tam olmaması, damlama gibi idrar yapma sonrası belirtiler oluşturmaktadır (Haylen ve ark. 2010).

Üriner İnkontinans (Üİ), aşırı aktif mesane (AAM) ve diğer AÜŞŞ kadının yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve yaygın olarak görülmektedirler. Uluslararası Kontinans Derneği (ICS- International Continence Society) AÜŞŞ'ni belirlemek için 5 ülkede, toplam 19,165 kadın üzerinde yaptıkları toplum temelli çalışmalar sonucunda, AÜŞŞ prevalansının oldukça yaygın olduğunu belirtmiştir (Irwin ve ark. 2006). Üİ %13, gecede iki ve fazla noktüri %24, sıkışma (urgency) %12,8, idrara sık çıkma %7,4, idrar yapma semptomları (kesik kesik idrar yapma, yavaş idrar yapma, sızıntı şeklinde idrar yapma) %19,5, boşaltım sorunları (tamamen boşaltamama, doluluk hissi) %14,2, AAM %11,8 ve herhangi bir AÜŞŞ %48,1 olarak bildirilmiştir (Milsom 2009; Wennber ve ark. 2009a). Kanada, Almanya, İtalya, İsveç ve İngiltere'de yapılan geniş epidemiyolojik çalışmalarda kadın ve erkekler için aşırı aktif mesane prevalansı %12 olarak bildirilmiştir (Irwin ve ark. 2006). Yapılan diğer bir çalışmada da depolama, idrar yapma ve idrar yapma sonu AÜŞŞ kadınlarda yaklaşık %46 olarak bildirilmiştir (Sexton ve ark. 2009).

Yaklaşık 5 kadının birinde görülen orta şiddetteki AÜŞŞ, kadınların rahatsız olmasına ve günlük aktivitelerin bozulmasına sebep olmaktadır (Kupelian ve ark. 2006).

Yapılan çalışmalarda AÜŞŞ risk faktörleri olarak; menopoz döneminde olma (Alling ve ark. 2000; Zhang ve ark. 2005; Song ve ark. 2006), 4 kg üzerinde bebek doğurma (Alling ve ark. 2000; Zhang ve ark. 2005), vajinal doğum yapma (Bradway ve ark. 2008), 3 ten fazla doğum yapmış olma (Timur ve ark. 2012) bildirilmiştir (Alling ve ark. 2000; Zhang ve ark. 2005; Song ve ark. 2006; Bradway ve ark. 2008). Bazı çalışmalarda epizyotomi ile AÜŞŞ arasında ilişki olduğu (Zhang ve ark. 2005), bazı çalışmalarda ise böyle bir ilişki olmadığı (Alling ve ark. 2000; Timur ve ark. 2012) bildirilmiştir. Kronik kabızlık (Alling ve ark. 2000; Zhang ve ark. 2005; Liao ve ark. 2009), idrar yolları enfeksiyonları (Bradway ve ark. 2008; TNSA 2008), üriner

(Bradway ve ark. 2008) fekal ve gaz inkontinansı (Koskimaki 2001), ırk ve aile hikâyesi (Bradway ve ark. 2008) ile AÜŞŞ arasında ilişki olduğu belirtilmiştir.

AÜŞŞ kadınların iş verimliliği ve yaşam kalitesini de düşürmektedir (Stewart ve ark. 2003; Irwin ve ark. 2006). Her yaştaki kadını etkileyen, yaygın olarak görülen Üİ, kadının sadece tıbbi sorunu olmayıp beraberinde bireyi fiziksel, hijyenik, psiko-sosyal, ekonomik ve cinsel yönden etkileyen, kısacası yaşam kalitesinin tüm boyutlarını etkileyen, uzun yıllar boyunca yaşanan sağlık sorunlarından birisidir (Ko ve ark. 2005; Kocak ve ark. 2005; Rogers ve ark. 2006).

Birçok kadın sürekli olarak istemsiz idrar kaçırma ya da idrar yapmayı kontrol altında tutmak için endişe yaşamaktadır. Üİ, aşırı aktif mesane ve diğer alt üriner sistem şikâyetleri, kadınların kendilerine olan güvenlerini etkilemekte, yaşam kalitelerini düşürmektedir. Kadınların büyük bir oranında görülmesi ve kadın nüfusunun yaklaşık dörtte birini etkilemesinden dolayı önemli bir halk sağlığı sorunudur (Irwin ve ark. 2011). Son yıllarda hem sağlık personeli hem de medyanın, AÜŞŞ etkilerinin sosyal ve ekonomik boyutlarını ele alması, idrar yolu problemlerinin önemini ortaya koymaktadır (Wennberg ve ark. 2009b). Dünyada milyonlarca kadını etkileyen bu problemler, bireyin ve toplumun yaşam kalitesini etkilemektedir (Correia ve ark. 2009; Milsom 2009; Wennberg ve ark. 2009a). AÜŞŞ olan kadınların, sağlıklı yaşam kaliteleriyle depresyon ve anksiyete durumları arasında ilişki bulunmaktadır (Sung ve ark. 2009). AÜŞŞ kadınların günlük yaşamını ve benlik kavramını etkilemekle beraber, psikolojik olarak, iyilik halini olumsuz yönde etkilemektedir (Coyne ve ark. 2009b; Coyne ve ark. 2013). Yapılan bir çalışmada semptomların artması ile depresyon arasında ilişki olduğu, iki veya daha fazla semptomu olanlarda ise ruh sağlığının olumsuz şekilde etkilendiği bildirilmiştir. AÜŞŞ sonucu yaşanan depresyon ve klinik anksiyete ile sadece kadının yaşam kalitesi etkilenmemiş olup, bunun yanında artan komplikasyonlar ve sağlık bakım maliyeti ile sağlık bakım ekonomisi de ciddi şekilde etkilenmektedir. Erken tanı ve tedavi için toplum farkındalıklarının artırılmasının önemli olduğu belirtilmiştir (Coyne ve ark. 2009b; Akgün ve ark. 2010).

Literatürde yaşam tarzı değişikliği; AÜŞŞ’inde, konservatif tedavi bileşeni olarak davranışsal tedavi içerisinde yer almaktadır. Yaşam tarzı ve davranış önlemleri; üriner inkontinans, aşırı aktif mesane, idrar yolu enfeksiyonları gibi üriner sistem semptomlarını azaltmada etkilidir (Christofi ve Hextall 2007). Kilo kaybı, sigarayı bırakma, diyet, mesane iritanlarını azaltma, sıvı alımının yönetimi, fiziksel egzersiz,

mesane eğitimi, kabızlığı önlemek gibi dolaylı ya da doğrudan etkili olan yaşam tarzı değişiklikleri, AÜSŞ yönetiminde önemlidir (Milne 2008; Wyman ve ark. 2009; Gungor ve Kızılkaya Beji 2011). Konu ile ilgili yayınlar ve rehberlerde, alt üriner sistem semptomlarını kontrol altında tutmak için davranış ve yaşam tarzı değişikliğinin, tedavide ilk önceliği oluşturması gerektiği bildirilmiştir (Christofi and Hextall 2007; Wyman ve ark. 2009).

Tıbbi tedaviden önce, alt üriner sistem semptomları olan kadınlarda şikâyetleri azaltmak için yaşam tarzı değerlendirilerek gözden geçirilmelidir (Corcos ve ark. 2006). Kadının; yaşam tarzı değerlendirilmeli, çalışma ve beslenme alışkanlıkları ile pelvik taban üzerinde olumsuz etkisi olan faktörler belirlenmelidir. Yapılan literatür taramasında, ülkemizde kadınlarda görülen alt üriner sistem semptomları ve risk faktörlerini belirlemeye yönelik toplum temelli araştırmalar bulunmasına rağmen, şikâyetleri olan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını irdeleyen araştırmalara rastlanılmamıştır.

Bu çalışma, Gümüşhane’de yaşayan 50 yaş ve üzeri kadınların, alt üriner sistem şikâyetlerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Alt Üriner Sistem Şikâyetleri Prevalansı

Alt üriner sistem şikâyetleri (AÜŞŞ); noktüri, urgency, idrar kaçırma gibi idrar depolanması ile ilgili problemler; zayıf idrar akımı, çatalı-kesintili idrar akımı, idrara geç başlama, zorlanarak idrar yapma gibi idrarın boşaltılması ile ilgili belirtiler ve idrar boşaltımının tam olmaması, damlama gibi idrar yapma sonrası belirtiler oluşturmaktadır (Haylen ve ark. 2010).

Kadın alt üriner sistem semptomları nispeten yaygın olup, kadınların yaşam kalitesini etkilemektedir. Yüksek prevalansı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini düşürmesindeki artan farkındalıktan dolayı, son zamanlarda üzerinde durulan konulardan biri haline gelmiştir (Irwin ve ark. 2011). Bazı çalışmalarda beş yetişkin kadının birinde orta şiddette AÜŞŞ görüldüğü, on kadının birinde ise günlük aktiviteleri etkileyecek şekilde rahatsızlığa yol açtığı bildirilmiştir (Kupelian ve ark. 2006; Maserejian ve ark. 2013). 2018 yılına kadar 2,3 milyar insanın en az bir AÜŞŞ tarafından etkilenebileceği belirtilmiştir. AÜŞŞ prevalansının kadınlarda erkeklere göre olma ihtimalinin fazla olduğu, özellikle Asya bölgesinde daha fazla olacağı tahmin edilmektedir (Irwin ve ark. 2011). Kadınlar arasında genel prevalansı %67 olup, görülme sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. Ayrıca kadınlar arasındaki AÜŞŞ prevalansı, diğer birçok kronik hastalıktan daha yüksek olarak bildirilmiştir (Bradway ve ark. 2008; Milsom 2009).

Batılı ülkelerde AÜŞŞ ile ilgili yapılan geniş çaptaki çalışmalarda, prevalansın %13'ten %76'ya kadar değişen oranlarda olduğu belirtilmiştir. Bu varyasyon değişikliği; çalışma popülasyonu, semptom değerlendirilmesi, veri toplama, tanımlama gibi faktörlerden de etkilenebileceği bildirilmiştir (Irwin ve ark. 2006; Maserejian ve ark. 2013; Moreira ve ark. 2013). Çinde 20 yaş ve üstü (min:20, max:99) toplam 18992 kadınla yapılan bir çalışma sonucunda, katılımcıların yaş ortalaması 44,9 olup, kırsal ve kentsel bölgede yaşayan kadın sayısı eşittir. Kadınlarda görülen herhangi bir AÜŞŞ prevalansı %55,5 olarak bildirilmiş ve yaşla birlikte arttığı saptanmıştır. Yaygın olan semptomlar; noktüri (%23,4), urgency (%23,3), stres üriner inkontinans (SÜİ) (%18,9) ve en sık görülen semptom ise üriner inkontinans (Üİ) (%31,9)'dır. Kentsel bölgede yaşayan kadınlarda; frequency, urgency, kırsal bölgede yaşayan kadınlarda ise noktüri daha fazladır. Üİ ise her iki bölgede yaşayan kadınlarda aynı olup, kırsal bölgede daha

fazla olduğu belirtilmiştir. AÜŞŞ olan kadınların %14,6-29,9’unda semptomlar yüzünden yaşam kalitelerinin orta düzeyde, %4,2-11,5’inde ise ciddi düzeyde etkilendiği belirtilmiştir (Zhang ve ark. 2015a).

Uluslararası Kontinans Derneği (ICS-International Continence Society) şikâyetleri belirlemek için 5 ülkede, toplam 19,165 kadın katılımcı ile yürüttükleri toplum temelli çalışma sonucunda, AÜŞŞ prevalansının oldukça yaygın olduğunu belirtmiştir (Irwin ve ark. 2006). Üİ %13, noktüri (≥ 2 kez/gece) %24, sıkışma (urgency) %12,8, sıklık %7,4, idrar yapma semptomları (kesik kesik idrar yapma, yavaş idrar yapma, sızıntı şeklinde idrar yapma) %19,5, boşaltım sorunları (tamamen boşaltamama, doluluk hissi) %14,2, AAM %11,8 ve herhangi bir AÜŞŞ %48,1 olarak bildirilmiştir (Correia ve ark. 2009; Milsom 2009; Wennber ve ark. 2009b). Kanada, Almanya, İtalya, İsveç ve İngiltere’de yapılan geniş epidemiyolojik çalışmalarda kadın ve erkekler için aşırı aktif mesane prevalansı %12 olarak bildirilmiştir (Irwin ve ark. 2006). Yapılan bir çalışmada da depolama, idrar yapma ve idrar yapma sonu AÜŞŞ kadınlarda %46 olarak bildirilmiştir (Sexton ve ark. 2009). Kronik hastalıklarla beraber AÜŞŞ prevalansının arttığı, yaygınlık oranı %67 olarak bildirilen çalışmalar da mevcuttur (Bradway ve ark. 2008; Milsom 2009). Üİ %5 ile %69 (Song ve ark. 2005; Milsom 2009; Lee ve ark. 2011) urgency %10,2-33,3 (Zhang ve ark. 2005; Coyne ve ark. 2009a; Liao ve ark. 2009) noktüri %11,4-54,5 (Coyne ve ark. 2009a; Wennberg ve ark. 2009a; Lee ve ark. 2011), sıklık %16,4-46,5 (Zhang ve ark. 2005; Wennberg ve ark. 2009a) arasında değişmektedir. Türkiye’de yapılan çalışmada kadınlardaki AÜŞŞ; urgency %36,1, üriner inkontinans %32,4, noktüri %27,1 ve sıklık %22,8 olarak belirtilmiştir (Timur ve ark. 2012).

Kadınlarda üriner inkontinans prevalansı %5 ve %69 arasında değiştiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Song ve ark. 2005; Milsom 2009; Lee ve ark. 2011). Wennberg ve ark. (2009a). 1991-2007 yılları arasında, yapılan toplum temelli bir çalışmada, üriner inkontinans sıklığı %25-33 olarak bildirilmiştir. Timur’un yaptığı çalışmada ise Üİ sıklığı %32,4 bulunmuş, en sık sıkışma (%36,1) şikâyeti olduğu belirlenmiştir (Timur ve ark. 2012). Urgency prevalansını %10,2-33,3 arasında değiştiğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Zhang ve ark. 2005; Coyne ve ark. 2009a).

Noktüri yaygınlığı ile ilgili yapılan çalışmalar, noktüri tanımı arasındaki farklılıklara göre değişmektedir. Gece 2 veya daha fazla idrar yapma olarak adlandırılan noktüri

sıklığı %11,4-54,5 olarak rapor edilmiştir (Coyne ve ark. 2009a; Wennberg ve ark. 2009a; Lee ve ark. 2011).

Çalışmalar sonucunda kadınlarda saptanan AÜSŞ prevalansı, orta ve şiddetli semptom varlığı, görüldüğü ırk ve çalışma özellikleri, aşağıda yer alan Tablo 2.1’de ele alınmıştır.



Tablo 2-1. AÜŞŞ epidemiyolojisi ve bazı özellikler

Çalışma	Ülkeler/ Yürütüldüğü Yıl	Toplam Kadın Sayısı (n, %)	Cevap- lama Oranı (%)	Yaş Aralığı	Tanımı Anket	Değerlen- dirilen AÜŞŞ sayısı	Prevelansı	Orta ve Şiddetli Semptomlar	İrk	Yöntem
Erdoğan ve ark. 2004	Türkiye	625	(-)	≥20	Yazar tasarlamış ve I-QOL	4	Üİ: %25,8 SÜİ: %42,9 UÜİ: %27,3 MÜİ: %29,8	Üİ: %16,5	Asya	Görüşme
Norby ve ark. 2005	Danimarka (-)	5379 (427, %7,9)	47,7 ⁴	≥50	I-PSS≥8	7	Üİ: %20	(-)	(-)	Posta ile
Zhang ve ark. 2005	Çin (2005)	4684	77,2	≥20	ICS; BFLUTS	12	HB: %39,7 ¹ D: %37,3, İ: %13,4 SÜİ: %16,6 UÜİ: %10,0 A: %10,2, I: %4,5 S: %16,4, N: %9,9	A: %29,9, UÜİ: %27,6	(-)	Görüşme
Kupelian ve ark. 2006	ABD (2002- 2005)	5506 (3205, %58,2)	(-)	30-79	AUA- SI≥8; SF- 12	(-)	%18,6	(-)	Siyahlar, İspanyollar, beyazlar	Direk kişilerin kendisi uygulamıştır.
Irwin ve ark. 2006	Kanada, Almanya, İtalya, İsveç, İngiltere (2005)	19,165 (-)	33	≥18	2002 ICS; Yazar tasarlamış	18	HB: %66,6 ¹ , %48,1 ² N: %54,5 ¹ -%24,2 ² D: %59,2 ¹ , İ: %19,5 A: %12,8, Üİ: %13,1 SÜİ: %6,4	(-)	Genelde Beyaz	Bilgisayar Destekli Telefon
Homma ve ark. 2006	Japonya (-)	4570 (2380, %53,1)	45	≥40	Yazar tasarlamış ve geçerliliği yapılmış	8	S: %50,0, N: %69,0 ¹ Diğer AÜŞŞ: %2-27 (≥haftada 1 kez) %2-20 (günde 1 kez)	Noktüri, SÜİ	(-)	Yazar tasarlamış
Herschorn ve ark. 2008	Kanada (2002)	1000 (518, %51,8)	(-)	≥18	ICS; yazar tasarlamış	6	HB: %56,8 ¹ , %40,9 ² N: %39,4 ¹ , %10,2 ² Üİ: %28,8, S: %14,9	(-)	(-)	Telefonla

							UÜİ: %9,3, A: %14,1			
Coyne ve ark. 2009c	ABD, İngiltere, İsveç (2007-2008)	ABD: 20.000 İngiltere: 7500 İsveç: 2500	59,6 60,6 52,3	40-99	2002 ICS; Yazar tanımlamış ; ICS tanımlama sına göre	20 ³	HB: %76,3 (bazen)-52,5 (sık sık) N: %75,8 ¹ , %33,7 ² S: %24,6 SÜİ: %31,8 UÜİ: %24,4	Az rahatsızlık A: %74,7 SÜİ: %74 Dizüri: %73,5 UÜİ: %71,3	Beyaz, siyah, İspanyol, Asyalı	İnternet odaklı
Lee ve ark. 2011	Kore (2006)	2000 (1112, %55,6)	22,1	≥18	ICS; I-PSS; Avrupa EPIC anketi	(-)	HB:%68,9 D: %64,4 ¹ , %47,4 ² İ: %25,9 N: %48,2 ¹ , %14,0 ² Üİ: %28,4 SÜİ: %20,7 MÜİ: %4,1	(8≤I-PSS≤18) %5,8 (19≤I-PSS≤35) %0,8	(-)	Telefonla
Moreira ve ark. 2013	ve Brezilya (2006-2007)	3000 (1500, %50)	83	≥30	2002 ICS, Yazar tasarlamış	18 ³	HB: %84,1 ¹ D: %76,4, İ: %33,7 İS: %12,8, Üİ: %5,8 N: %71,2 ¹ , %36,5 ² S: %23,7, A: %10,0	Herhangi bir rahatsızlık A: %75 N: ≤%50	Siyah, beyaz, karışık	Görüşme
Coyne ve ark. 2013	ABD (2010)	10.000 (5023, %50,2)	56,7	18-70	ICS, Yazar tasarlamış, ICS tanımlama sına göre	11 ³	HB: (-) N: %27,8 ^{2,3} A: %24,4 ³ UÜİ: %18,5 TB: %20,9	(-)	Afrikalı, Amerikalı, Beyaz, İspanyol	İnternet odaklı
Kogan ve ark. 2014	Rusya, Çek cumhuriyeti, Türkiye (2010)	3130 (1614, %51,6)	(-)	≥18	ICS; Avrupa EPIC anketi	18	HB: %81, %87 ¹ D: %73-81 İ: %32-41 İS: %20-26 Üİ: %20	S: %58 N: %54	(-)	Bilgisayar yardımıyla, telefonla, yüz yüze
Agarwal ve ark. 2014	Finlandiya (2003-2004)	3727 (1888, %53,7)	62,4	18-79	ICS; DAN-PSS	12	(-)	A: %7,9 SÜİ: %6,5 N: %6,0	(-)	Posta ile
Zumrutbas ve ark. 2014	Türkiye (2014)	1555 (919, %57,1)	74	≥18	2002 ICS; Yazar	18	HB: %71,0 ¹ D: %64,1, İ: %37,8	(-)	(-)	Doktor ve hemşireler

						tasarlamış; ICIQ-SF(Üİ)		A: %35,6, Üİ: %38,7 N: %31,0, SÜİ: %21,2 UÜİ: %3,3		tarafından uygulanmış
Zhang ve ark. (2015a)	Çin (2006)	18992	94,9	≥20	ICS; ICIQ- FLUTS	10	HB: %55,5 ² , SÜİ: %18,9, UÜİ: %2,6, D: %53,9 ² , İ: %12,9, A: %23,3, S: %17,3, N: %23,4, I: %3,3, Ağı/yanma: %4,5	A: %29,9, UÜİ: %27,6	Han	Görüşme
Wang ve ark. 2015	Çin (2012- 2013)	1404 (372, %52,7)	61,1	≥18	ICIQ- MLUTS LF, ICIQ- FLUTS LF,	23 ⁴	N ¹ : 56,9, N ² : 26,0 A: 10,9, İS: 6,3 UÜİ: 3,8 SÜİ: 18,6 MÜİ: 3,2	(-)	(-)	Anket ile
Tian ve ark. 2016	Çin (2010- 2011)	3023 (1472, %52,7)	50,3	≥40	OABSS	4 ³	N: %48,7, A: 13,5, HB: 56,5 AAM: 53,9	(-)	(-)	Anket ile

AÜŞŞ:Alt üriner sistem semptomları; Üİ: Üriner inkontinans; UÜİ: Urgency üriner inkontinans; SÜİ: Stres üriner inkontinans; N: Noktüri; S: Sıkışma; İ: İşeme; A: Aciliyet; D: Depolama; HB: Herhangi bir semptom; I: İkinma; İS: İşeme sonrası semptom; MÜİ: Miks üriner inkontinans; AAM: Aşırı Aktif Mesane, (-): Bu bilgi yer almamaktadır.

BFLUTS = Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms; DAN-PSS = Danish Prostatic Symptom Score; ICS = International Continence Society; I-PSS = International Prostate Symptom Score; LUTS = lower urinary tract symptoms; AUA-SI = American Urological Association Symptom Index; SF-12 = Medical Outcomes Study 12-item Short Form Survey; ICIQ-FLUTS = International Consultation on Incontinence Questionnaire–Female Lower Urinary Tract Symptoms; OABSS= Overactive Bladder Symptom Score

Bu tablo 2002-2014 yılları arasında her ülkenin belli başlı büyük çalışmaları göstermektedir.

¹ Noktüri ≥gecede 1 kez olarak tanımlanmıştır.

² Noktüri ≥gecede 2 kez olarak tanımlanmıştır.

³ Bu veriler makale değerlendirilmiş olup, yazar tarafından hesaplanmıştır.

⁴ Bu oran kadın cevaplama oranı olup, toplam cevaplama oranı değildir.

2.2. Alt Üriner Sistem Şikâyetleri

2.2.1. İdrar Depolaması ile İlgili Semptomlar

Mesane depolama evresinde ve klasik olarak gündüz idrar yapma sıklığı ile gece idrar yapma şeklinde görülür.

2.2.1.1. Noktüri

Basit bir AÜŞŞ olarak düşünülen noktüri, son çalışmalarda insan sağlığı açısından önemli olduğu bildirilmiştir. Uluslararası Kontinans Derneği (ICS); yaş, cinsiyet, gibi herhangi bir nedene bağlı olmadan, gece uykudan idrar yapmak için bireyi bir ya da daha fazla sayıda uyandıran idrar yapma olarak tanımlamaktadır (Abrams ve ark. 2002). Bu tanıma göre, sabaha doğru olan zamanda idrar yapma, noktüri olarak kabul edilmemektedir. Noktüride hastalar, dolu bir mesane ile idrar yapmak için uyanırlarki, bu durum nokturnal enürezis değildir. Nokturnal enürezisi olan hastalar, dolu bir mesanenin farkında değildirler ve bu nedenle gece yataklarında istemsiz işerler (Yazıcı ve Kurt 2015). Gece idrar boşaltma sıklığı, uykudan uyanarak idrar boşaltmadan farklıdır. Bu durum kişinin yatağa girip uyuyuncaya kadar geçen süredeki idrar boşaltmalarını da içerir. Aynı şekilde sabah erken saatlerde uandıktan sonra kişinin tekrar uykuya dönmesini engelleyen idrar boşaltmalarını da kapsar (Arıkan ve ark. 2010).

Noktüri sıklığı hakkında henüz bir görüş birliği bulunmamaktadır. Uluslararası Kontinans Derneği, gece bir ya da daha fazla sayıda idrar yapmak için uyanmak terimini kullanmış olmasına rağmen, bazı araştırmacılar gecede iki veya daha fazla idrar yapma olarak bildirmiştir (Weiss 2011b). Bu nedenle literatürde farklı prevalans oranları belirtilmiştir (Coyne ve ark. 2009a; Wennberg ve ark. 2009a; Lee ve ark. 2011). Yapılan bir meta analizde, 1990-2009 yılları arasında yapılan toplum temelli 43 makalenin ele alındığı çalışmada; noktüri prevalansı, yaş ve cinsiyet gibi veriler değerlendirilmiştir. Genç erkeklerde prevalans oranları; 20-40 yaş aralığında, bir kez yada daha fazla idrar yapma %11-35.2, iki kez veya daha fazla idrar yapma %2-16.6'dır. Genç kadınlarda prevalans, bir kez veya daha fazla idrar yapma %20.4-43.9, iki kez veya daha fazla idrar yapma %4.4-18'dir. 70 yaşından fazla olan erkeklerde noktüri prevalansı, bir yada daha fazla sayıda idrar yapma, %68.9-93, iki yada daha fazla sayıda idrar yapma %29-59.3, yaşlı kadınlarda ise bir veya daha fazla sayıda idrar yapma %74.1-77.1 iken iki veya daha fazla sayıda idrar yapma %28.3-61.5 arasında belirtilmiştir (Bosch ve Weiss 2010).

Gecede en az bir kez meydana gelen idrar yapmanın genç erkeklerdence, genç kadınlarda daha fazla olduğu, yaygınlığının ise ileri yaşlarda her iki cinsten benzer olduğu belirtilmiştir (McGrother ve ark. 2004; Tikkinen ve ark. 2006a). Farklı tanımları olmasına rağmen, iki önemli nokta sabittir. Yaygın bir durum olması ve yaşla birlikte prevalansının artmasıdır (McGrother ve ark. 2004; Tikkinen ve ark. 2006a; Bosch ve Weiss 2010)

Noktüri için birkaç etiyolojik faktör vardır fakat patofizyolojik mekanizmasında 4 temel bileşen vardır. Bunlar; gece poliüri, poliüri, azalmış gece mesane kapasitesi ve uyku bozukluğudur. Noktüri etiyolojisi ve patofizyolojik faktörleri Tablo 2.2’de verilmiştir (Yazıcı ve Kurt 2015).

Tablo 2-2. Noktüri etiyolojisi ve patofizyolojik faktörler

1. Gece poliüri
Gece vazopressin azalma
Atriyal natriüretik peptid artması
Kalp yetmezliği, konjestif kalp yetmezliği
Obstrüktif uyku apnesi
Diüretiklerin kullanımı (gece alınması)
Alt ekstremitelerde venöz yetmezlik
Polidipsi, alkol alımı (gece)
2. Poliüri
Diabet insipidus
Diabet mellitus
Kadınlarda östrojen yetersizliği
Habituel polidipsi
Böbrek yetmezliği
Hiperkalsemi ve hiperkalsiüri ile ilişkili hastalıklar
3. Gece azalmış mesane kapasitesi
Detrüsörün aşırı aktivitesi
Mesane çıkış obstrüksiyonu
Mesane hipersensitivitesi
İdrar yolu enfeksiyonu

Mesane duvar fibrozisi

Mesane tümör, ta  e yabancı cisim

İntersiyel sistit

Cerrahi sonrası mesane disfonksiyonu

4. Uyku bozuklukları

Çevresel sorunlar

Anksiyete bozuklukları

Depresyon

Uyarıcı kullanımı

Yaşlanmayla melatonin eksikliği

Farklı sistemlerdeki rahatsızlıklar noktüri oluşumuna sebep olmaktadır. Kardiyovasküler sistem (konjestif kalp hastalığı), solunum sistemi (obstrüktif uyku apnesi), ürogenital sistem (böbrek fonksiyon bozukluğu, detrüsörün aşırı aktivitesi, nörojenik mesane) ve psikosomatik sistem (anksiyete bozuklukları, depresyon) gibi durumlarda noktüriye sebep olmaktadır. Bu karmaşık etiyoloji, noktüri değerlendirilmesi ve tedavisini güçleştirmektedir. Hastaların değerlendirilmesi zor bir durum olmakla beraber multidisipliner bir ekip gerektirmektedir (Yazıcı ve Kurt 2015).

Çeşitli  alışmalar AÜSS'nin en rahatsız edici semptomlarından birisi olarak, noktüriyi belirtmişlerdir. Gece 2 veya daha fazla sayıda idrar yapmak için uyanmak, yaşam kalitesini önemli derecede azaltmaktadır (Oelke ve ark. 2014a; 2014b). Noktüri hem fiziksel hemde psikolojik problemlere sebep olmaktadır. Nokt rili hastalarda kırıklar, d  me, duygu durum bozuklukları, kognitif disfonksiyon ve depresyon prevalansı yüksektir (Asplund 2006; Vaughan ve ark. 2010; Oelke ve ark. 2014a; 2014b). Kronik uyku bozukluğu yaşıyan kadınlarda, yaşam kalitesinde d  me ve yüksek mortalite-morbidite ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Chapple ve ark. 2007).

Uyku kalitesinin bozulması, duygu durum bozukluğu, gündüz yorgunluk, düşük i  performansı gibi noktürinin geniş bir yelpazede rahatsız edici semptomları vardır ve birkaç patofizyolojik koşullar noktüri oluşumu ile de ilişkilidir (Kupelian ve ark. 2006; Tikkinen ve ark. 2009). Yapılan birçok vaka-kontrol çalışmalarında, noktüri yaygınlığı ile obezite (Schartzl ve ark. 2000), yaşam tarzı ve klinik faktörlerin (Tikkinen ve ark. 2009) A SS'i etkilediği belirtilmiştir. Noktüri geçmişinde; AAM başlangıcı, idrar

yapma fonksiyonlarının bozulması, idrar yapma semptomlarının varlığı, vücut ağırlığı ve erkek cinsiyeti varlığı belirtilmiştir.

Noktürinin tanısı için en faydalı tanı aracı üriner günlüktür. Hasta hakkında önemli bilgi veren, ucuz ve noninvazif bir tanı yöntemidir. Basit bir 24-72 saatlik idrar yapma günlüğü ile klinisyenler; bireylerin idrar yapma ve içme alışkanlıklarını, mesane kapasitesini, günlük ve gece idrar üretimini ve inkontinans ataklarını belirleyebilirler. Bu veriler sayesinde noktürnal poliüri, küresel poliüri, azalan mesane kapasitesi, altta yatan patolojiler belirlenir. Ayrıca yaşam kalitesini ölçen anketlerde kullanılmaktadır (Weiss ve ark. 2011a).

Noktüri yönetiminde; yaşam kalitesini etkileyen nonspesifik bir durum olmasından dolayı, bireyselleştirilmiş bir tedavi modeli oluşturulmalıdır. Planda tam olarak uygun olan tedavi stratejileri, risk faktörleri, noktüri durumu belirlenmelidir. Tedaviye birey direnç gösterebilir, kompleks tedavi uygulanması gerekebilir, tedavi hakkında hastalara bilgi verilmelidir. Hastalar multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmalı ve değerlendirilmelidir. Yaşam kalitesinin artırılması, uyku süresinin uzatılması ve tedavi seçeneklerinin belirlenmesi önemlidir. Çeşitli tedavi seçenekleri kullanılmaktadır. Davranışsal tedavi, α -blokerler, 5- α redüktaz inhibitörleri, antimuskarinikler, serotonin geri alım inhibitörleri, desmopressin ve bu tedavilerin kombinasyonunu da içerir (Weiss ve ark. 2011b)

Davranışsal tedaviler; kolay, ucuz, etkili bir formdur. Gece sıvıyı kısıtlama, kafein, alkol gibi içeceklerden akşam kaçınılması, uyumadan önce miksiyonun gerçekleştirilmesi, düzenli fiziksel egzersiz yapma, periferik ödemi olan hastalarda bacak elevasyonu önemli uygulamalardır. Tek başına davranışsal tedavi etkisinin değerlendirildiği, randomize prospektif kontrollü çalışmalar sınırlı sayıda bulunmaktadır. Yapılan bir prospektif çalışmada davranışsal tedavi ile noktürisi olan hastaların değerlendirilmesi sonucunda, %50'den fazla iyileşme görülmüştür (Soda ve ark. 2010).

Noktürinin bir başka sebebidir AAM dir. Antimuskarinik ilaç, hastalar için ilk tedavi basamak yöntemidir. Noktüri üzerinde antimuskarinik tedavinin etkinliği konusunda bazı tartışmalar vardır. Solifenasin 5 ve 10 mg noktüri sıklığında önemli azalmaları sağladığı belirtilmiştir. Benzer şekilde azalmalar Tolterodin ve Solifenasin ile de sağlanmıştır (Chapple ve ark. 2005). Yapılan çalışmada AAM olan hastaların %62'sinin noktürnal poliürisinin olduğu, antimuskarinik tedavi alan hastaların tedavi

başarısı, nokturnal poliürisi olmayan hastalardan daha az olduğu belirtilmiştir (Brubaker ve FitzGerald 2007).

Antimuskarinik ve antidiüretik tedavi kombinasyonunda nokturnal poliürisi olan hastalar için uygun bir seçenek olabileceği belirtilmiştir (Kaplan ve Demirci 2010). Antimuskarinikler ve α -bloker kombinasyonu noktüri için uygun bulunmasına rağmen bu tedavinin, katkı etkisini gösteren herhangi bir çalışma yoktur. Yeni İngiltere Araştırma Enstitü panelistleri, noktüri için antimuskarinik tedavinin, plasebodan daha minimal etkiye sahip olduğunu belirtmiştir. Bu tedavinin, aşırı aktif mesane ve karmaşık alt üriner sistem rahatsızlıklarında multi tedavinin bir parçasının olabileceği bildirilmiştir (Weiss ve ark. 2013).

Diüretikler paradoksal bir etkiye sahip olmalarından dolayı, noktüriyi hem tetikleyebilir hemde azaltabilir. Diüretiklerin tedavi zamanının belirlenmesi, bu paradoksal etki için ana belirleyicidir. Bu tedavinin amacı uyumadan önce, diürez için teşvik etmek, günlük yaşamda uykudaki poliüriyi değiştirmektir. Bunun için tedavinin öğleden sonra verilmesi önerilmektedir. Bu ilaçların gece verilmesi, gece noktüri sıklığının artmasına, nokturnal poliürinin alevlenmesine sebep olmaktadır. Uyumadan 6 saat önce verilen 40 mg furosemid noktüri sıklığını azaltmaktadır (Reynard ve ark. 1998). Nörojenik Mesane Derneği (Neurogenic Bladder Society)'nin noktüri klinik rehberinde diüretiklerden Bumetanit ve Furosemid C derecesi olarak önerilmiştir (Abrams ve ark. 2010). Diğer diüretik ilaçlar için sınırlı bilgiler bulunmaktadır.

Noktüri uyku bozuklukları olan hastalarda da görülmektedir. Birçok fiziksel (kronik ağrı, kronik öksürük, gece mide ekşimesi, vb) ve psikolojik (depresyon, duygudurum bozuklukları, anksiyete vb) hastalıklar, uyku bozukluğu için bir sebep olabilir. Hastalarda uyku bozukluklarının giderilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için; uyku ortamının iyileştirilmesi, gürültü, ışık gibi rahatsız edici uyaranların azaltılması, kronik öksürük, kronik ağrı, mide ekşimesi gibi altta yatan patolojilerin tedavi edilmesi gerekmektedir (Foley ve ark. 2004). Uyku bozuklukları olan hastalar için, rahatlama terapileri uykusuzluk için bir çözüm olarak tavsiye edilmektedir.

Depresyon ve noktüri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Depresyon sonucunda noktürinin arttığı, noktürinin sonucunda da depresyonun arttığı belirtilmiştir (Breyer ve ark. 2013). Antidepresan veya antipsikotik ilaçların noktüriye sebep olduğu da bildirilmiştir (Hakkinen ve ark. 2008).

Obstrüktif uyku apnesi de noktüri için belirli bir sebep olabilir. Obstrüktif uyku apnesinin noktüri için temel mekanizması, atriyumlardan atriyal natriüretik peptid salınımını uyarak, pulmoner vazokonstrüksiyona sebep olmasıdır. Bu hormonda noktüriye sebep olan renal sodyum ve su boşaltımını indükler. Bu durumun tedavisinde sürekli pozitif hava basıncı ile noktüri sıklığı azaltılabileceği belirtilmiştir (Margel ve ark. 2006).

Nonsteroid antienflamatuar ilaçlar, glomerüler filtrasyon hızı azaltarak, noktürnal poliüri için bir çözüm olarak düşünülmüştür. Naproksen ile yapılan çalışmada noktüri sıklığında önemli bir azalma olduğu belirtilmiştir (Kaye 2008). Fakat noktüri tedavisinde nonsteroid antienflamatuar ilaçların kullanımıyla ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır.

2.2.1.2. Üriner İnkontinans (İdrar Kaçırma)

Uluslararası Kontinans Topluluğu, üriner inkontinansı (Üİ); "sosyal veya hijyenik bir problem olan ve objektif olarak gösterilebilen istem dışı idrar kaçırma durumu" olarak tanımlamaktadır (Haylen ve ark. 2010, Dumoulin ve Hay-Smith 2008). Kontinans Derneği 2010 raporunda, idrar kaçırmayı; her türlü idrar kaçırma şikâyeti olarak belirtmiştir (Arıkan ve ark. 2010). Kadınların büyük bir oranında görülmesi ve kadın nüfusunun yaklaşık dörtte birini etkilemesinden dolayı önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu bildirilmiştir (Hunskar 2008; Irwin ve ark. 2006). Son yıllarda hem sağlık personeli, hem de medyanın AÜSŞ etkilerinin sosyal ve ekonomik boyutlarını ele alması, idrar yolu problemlerinin önemini ortaya koymaktadır (Wennberg ve ark. 2009b). Beji ve arkadaşları (2010), Üİ dünya çapında görülen sessiz bir salgın olarak adlandırmış olup, yaklaşık 250 milyon yetişkini etkilediği belirtilmiştir. Bir semptom olarak Üİ; hayatı tehdit etmez fakat sosyal, bedensel, ruhsal yönden bireylerin yaşamlarını etkilemektedir (Lukacz ve ark. 2011). Kaygı, stres, depresyon, utanç gibi duygulardan dolayı kadınlar kendilerini sosyal hayattan izole etmekte ve böylece yaşam kaliteleri etkilenmektedir (Wan ve ark. 2014; Bartoli ve ark. 2010). Bir epidemiyolojik çalışmada, Üİ prevalansı %25-45 arasında değiştiği, kadınlarda erkeklerden 2 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Buckley ve Lapitan 2010). Eskişehir’de 20 yaş ve üzeri toplam 500 kadın ile yapılan çalışmada; üriner inkontinansla ilişkili faktörler ve depresyon durumu değerlendirilmiştir. Üİ sıklığı %41,4 olarak saptanmış, kadınların yaşları ilerledikçe, Üİ sıklığının da arttığı belirtilmiştir ($p<0,05$) (Ünsal ve ark. 2013). Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda, kadınlarda Üİ görülme sıklığının %9,4 ile %54,8

arasında değiştiği rapor edilmiştir (Danforth ve ark. 2006; Zhu ve ark. 2010). Türkiye’de yaşayan kadınların çoğu İ sorununu; mahremiyet duyguları, söylemekten utanmaları ve doğumun ya da ilerleyen yaşın normal bir sonucu olarak görme nedenleriyle tedavi almamaktadırlar. Bu sorunlara bağlı olarak, Türkiye’de gerçek İ sıklığının saptanması g olmakla birlikte, yapılan bazı çalışmalarda, kadınlarda İ sıklığının %16,4 ile %49,5 arasında değiştiği rapor edilmektedir (Kocak ve ark. 2005; Filiz ve ark. 2006; Tozun ve ark. 2009).

İrlanda’da 50 yaş ve üstü kadınlarla yapılan bir çalışmada, İ’nin yaygın olduğu ve bireylerin %3,2’sinin günlük yaşam aktivitelerini kısıtladığı belirtilmiştir. Kadınlardan utan duymalarından dolayı, profesyonel yardım almayı ertelemektedirler (Wan ve ark. 2014). Birleşik Krallık ve İrlanda Sağlık Bakanlığı; 2013 yılında, kişi odaklı bakımı desteklemek, güçlendirmek ve bireylerin kendi sağlıklarını yönetmek için sağlık bakım merkezleri kurmuşlardır. Sağlık programları hizmetinde, toplum hemşireleri önemli bir rol oynamış, mesane ve bağırsak sağlığı için insanlara eğitimler vermiştir. Büyükşehir toplum bilinci (Greater community awareness), İ için tedavi aramaya kadınları teşvik etmiş, kampanyalar oluşturmuşlardır. Kısa bir kontinans eğitiminin bile sağlık davranışı arayan kadınlarda, etkili olduğu belirtilmiştir (Spencer 2012). İ’li kadınların farkındalıklarını artırmak için, oluşturulan İ ile ilgili broşürler yardımıyla kadınların biliilendirilmesi sağlanmış ve öz yönetime teşvik edilmiştir (Franzen ve ark. 2008). Yapılan birçok çalışmada da kadınların İ hakkında bilgi eksikliğinin olduğu, bunun sonucunda da kadınların yardım ve tedavi almasında gecikmelerin yaşandığı, semptomların da artmasına sebep olduğu bildirilmiştir (Wan ve ark. 2014; Day ve ark. 2014).

Araştırmalarda yaşlanmayla birlikte kadınlarda İ, sıklık ve aciliyet gibi semptomların artmasına rağmen (Spencer 2012), yaşlanmanın doğal ve kaçınılmaz sonucu olmadığı belirtilmiştir (Smith ve ark. 2010).

İ Sınıflandırılması

İ’nin stres, urgency, karışık (miks), taşma, geçici ve fonksiyonel, uykuda (enürezis noktrna) ve diğer tipler olmak üzere 7 ana grubu vardır. İ sınıflandırılması semptom ve altta yatan patafizyolojiye göre yapılmaktadır. İ tedavisi, doğru tanı ve sınıflandırılmaya bağlıdır.

1. Stres riner İnkontinans (Sİ): Artan karın içi basınçtan kaynaklanan, efor veya egzersiz gibi durumlarda, istemsiz idrar kaçırma yakınıması olarak

adlandırılmaktadır (Abrams ve ark. 2002). Hapşırma, öksürme, ıkınma, eğilme, bir şey kaldırma veya bir efor sarfedilmesi durumlarında ortaya çıkmaktadır. SÜİ risk faktörleri; vajinal doğum durumu, pelvik cerrahi, radyasyon, travma, obezite, ileri yaş ve menopozdur (Scemons 2013).

2. Urge Üriner İnkontinans (UÜİ): Ani ve zorunlu idrar yapma hissi ile istemsiz idrar kaçırma durumudur. Detrüörün aşırı çalışması, nörolojik problem varlığı, düşük mesane uyumu, idiopatik durumlarda görülmektedir (Scemons 2013).

3. Miks Üriner İnkontinans (MÜİ): Öksürme, hapşırma, egzersiz anında ve acil hissiyatla idrar kaçırma durumudur. Yani SÜİ ile MÜİ tiplerinin beraber görülmesi sonucu oluşan idrar kaçırma tipidir (Abrams ve ark. 2002, Haylen ve ark. 2010). Genellikle östrojen seviyesi ve alt üretral kas basıncının azalması sonucu, orta yaş ve yaşlı kadınlarda daha fazla görülmektedir (Scemons 2013).

4. Taşma Üriner İnkontinans: Sfinkter üzerine olan baskıdan dolayı idrarın sızması ve mesane taşması olarak tanımlanmaktadır (Buttaro ve ark. 2013). Yaşlı erkek hastalarda benign prostat hiperplazi, pelvik cerrahi ya da tıbbi durumlardan dolayı daha fazladır (Scemons 2013). Multipl skleroz, Parkinson hastalığı, serebral palsi, spinal kord yaralanması gibi nörolojik durumlar sonucu yetişkinlerde, taşma üriner inkontinansın fazla görülmesine sebep olmaktadır (Harris ve ark. 2012). Hastalar; mesanenin tamamen boşalmaması, zayıf ve yavaş idrar akımı, noktüri, idrar yapma sonrası damlama, idrar yaparken zorlanma gibi şikâyetler bildirmişlerdir (Scemons 2013).

5. Geçici ve Fonksiyonel Üriner İnkontinans: Geçici inkontinans; deliryum, enfeksiyon, ilaç kullanma, psikolojik sebepler, kabızlık, kan basıncını artıran herhangi bir sekonder sebeplerden dolayı meydana gelmektedir. Geçici idrar kaçırma, fonksiyonel idrar kaçırmanın bir alt kategorisidir. Tuvalete zamanında yetişememe, bulunduğu yerde tuvalet bulunmaması, fiziksel yetersizlik gibi durumlarda da ifade edilen idrar kaçırma şeklidir (Buttaro ve ark. 2013).

6. Uykuda İdrar Kaçırma (Enürezis Noktürna): Kişi uykuya daldıktan sonra idrar kaçırma durumudur. Enürezis herhangi bir idrar kaçağını ifade eder. Eğer uykuda idrar kaçırma kast ediliyorsa mutlaka noktürnal sıfatıyla birlikte kullanılmalıdır.

7. Diğer İdrar Kaçırma Tipleri:

Sürekli ya da devamlı idrar kaçırma: Hastanın devamlı idrar kaçırma yakınması mevcuttur.

Değişik ortamlara da bağlı gelişebilir. Örneğin cinsel ilişki esnasında (**koital inkontinans**) ya da sadece gülerken (**gülme inkontinans**) idrar kaçağı ortaya çıkar. Kişi hiçbir şey hissetmeden, herhangi bir zorlama olmadan idrar kaçırdığını ifade edebilir. Duyu olmaması nörolojik bir hastalığa bağlı olabilir.

Mesane duyusu hastanın öyküsü alınırken beş kategoride tanımlanmaktadır.

Normal: Kişi mesanenin dolmasının farkındadır ve bu duyu giderek artarak sonunda çok kuvvetli idrar yapma duyumu ortaya çıkar.

Artmış: Kişi dolum fazının erken döneminde ve kalıcı bir idrar yapma arzusu duymaya başlar.

Azalmış: Kişi mesane dolumunun farkındadır ama kuvvetli idrar yapma hissi yoktur.

Duyu olmaması: Kişi mesane dolumunu hissetmez, idrar yapma duyumu yoktur.

Özgün olmayan duyu: Kişi mesaneye özgü dolum duyusunu hissetmez ancak mesane dolumu, karın dolgunluğu, kasılma ya da vegetatif belirtiler (bu özgün olmayan belirtiler sıklıkla nörolojik hastalıklarda, özellikle spinal kord yaralanmalarında ve spinal kord malformasyonu olan çocuk ve erişkinlerde görülen) olarak algılanabilir (Arıkan ve ark. 2010).

Çiftçi ve Günay (2011)'ın çalışmasında, kadınlarda Üİ görülme sıklığı %36,6, SÜİ %33,5, UÜİ %26,8 olarak bildirilmiştir.

Türkiyede yapılan çalışmalar sonucunda, kadınlarda görülen Üİ prevalansı, risk faktörleri, yaşam kalitesinin etkilenme durumu aşağıda yer alan Tablo 2.3'de verilmiştir.

Tablo 2-3. Türkiye’de kadınlar arasında görülen Üİ ile ilgili yapılan çalışmalar (2010-2012)

Yazarlar	Katılımcılar	Tasarım	Tanımı	İnsidans/prevalans	Önemli risk faktörleri	Yaşam kalitesi
Yagmur ve Ulukoca 2010	n:600 Yaş: 20-65	Tanımlayıcı Çapraz bölüm	I-QOL ölçeği	Üİ: %21,5 SÜİ: %56,6 UÜİ: %25,6 MÜİ: %7,8	-Yaş, -Parite, -Tekrarlayan üriner enfeksiyonlar	Olumsuz etkiler. SÜİ ve UÜİ, MÜİ göre daha iyi bir yaşam kalitesi mevcuttur.
Senturk ve Kara 2010	n: 216 Yaş: 40–65	Prospektif ve tanımlayıcı	(-)	Üİ: %45,3, SÜİ: %23,5 UÜİ: %12,2, MÜİ: %64,1	-İleri yaş -Parite -Replasman tedavisi kullanmayanlar	
Kocaoz ve ark. 2010	n:393, Gebe kadınlar Yaş ort: 28,1±1,29	Tanımlayıcı Çapraz bölüm	ICIQ-SF and Wagner QOL ölçeği	Üİ: % 27 SÜİ: % 54,7 UÜİ: % 25,5 MÜİ: % 16,0 Other: % 3,8	-Yaş, -Parite, -Kabızlık -Anne ya da kız kardeşle Üİ varlığı, -Önceden Üİ varlığı	Az etkilenmiştir.
Ozkan ve ark. 2011	n: 122 Yaş: 44,76±6,87	Tanımlayıcı	I-QOL ölçeği	(-)	(-)	Cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesi arasında pozitif korelasyon vardır. MÜİ yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir.
Işıklı ve ark. 2011	n: 1023 Yaş: >18	Tanımlayıcı	I-QOL ölçeği	Üİ: % 31,4	-Yaş, -BKİ > 25 kg/m ² , -Parite (≥4), -Vajinal doğum, -Menopoz, -Tekrarlayan üriner enfeksiyonları	En çok MÜİ etkilemektedir.
Çiftçi ve Günay 2011	n:775 Yaş ort: 39,4±8,5	Tanımlayıcı	Anket formu	Üİ: %36,6 SÜİ: %33,5 UÜİ: %26,8	-Yaş, -DM, -Sigara içme, -Parite,	(-)

Kadınlarda Üİ ile ilişkili faktörler arasında ileri yaş, kronik kabızlık, obezite, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diabetes mellitus, serebrovasküler hastalık, gebelik ve doğum sayısının çok olması, pelvik organ prolapsusu, geçirilmiş jinekolojik-obstetrik cerrahi operasyonlar, sezaryan ve düşük sayısının çok olması, dismenore, servisit-vaginit, iri bebek öyküsü ve genetik yatkınlık sayılmaktadır (Oliveira ve ark. 2010; Thom ve ark. 2010; Stothers ve Friedman 2011; Wu ve ark. 2011). Sayılan bu faktörlerin hepsi, pelvik tabanın müsküler ve fasyal yapılarında değişiklik ile pelvik destek defektlerine ve pelvik taban disfonksiyonuna neden olarak, Üİ için zemin hazırlarlar (Menezes ve ark. 2010).

Dünyada milyonlarca kadını etkileyen bu problemler bireylerin ve toplumun yaşam kalitesini etkilemektedir (Correia ve ark. 2009; Milsom 2009; Wennber ve ark. 2009b). AÜŞŞ olan kadınların sağlıklı yaşam kaliteleri ile ilgili olarak depresyon ve anksiyete ile arasında ilişki bulunmaktadır (Sung ve ark. 2009). AÜŞŞ kadınların günlük yaşamını ve benlik kavramını etkilemekle beraber, psikolojik olarak iyilik halini olumsuz etkilemektedir (Coyne ve ark. 2009b; Coyne ve ark. 2013). 5321 kadınla yapılan çalışmada Üİ ile anksiyete ve depresyon arasında özellikle SÜİ ve MÜİ semptomlarında varsa, arada güçlü bir ilişki varlığından söz edilmiştir (Felde ve ark. 2012).

Avustralya’da huzur evlerinde 180.000 üzerinde yaşlı insanın kaldığı ve bu kişilerin yaklaşık %68’inde idrar yapma ve mesane problemlerinin olduğu belirtilmiştir. Bu yaşlı bireylerin üriner kontinans bakımı için yardım almaları gerektiği de bildirilmiştir (Australian Institute of Health and Welfare 2011). Üİ olumsuz etkilerinden dolayı kadınların yaşam kalitesi, sosyal, psikolojik iyi olma halinde azalma, üriner yol enfeksiyonlarında artma ve ciltte hassasiyete sebep olmaktadır (Ostaszkievicz ve ark. 2012). Yapılan bir çalışmada semptomların artması ile depresyon arasında ilişki olduğu, iki veya daha fazla semptomu olanlarda ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sebep olduğu bildirilmiştir. AÜŞŞ sonucu yaşanan depresyon ve klinik anksiyete ile sadece kadının yaşam kalitesi etkilenmemiş olup, bunun yanında artan komplikasyonlar ve sağlık bakım maliyeti ile sağlık bakım ekonomisi de ciddi şekilde etkilenmektedir. Erken tanı ve tedavi için toplum farkındalıklarının artırılmasının önemli olduğu belirtilmiştir (Coyne ve ark. 2009c; Akgün ve ark 2010).

Ayrıca Üİ kadınların cinsel yaşamlarını olumsuz etkilemektedir (Kutmec 2009; Jha ve ark. 2012). İlişki sırasında kontrolsüz idrar kaybı kadınlarda utanma, yetersizlik,

eşine karşı kendisini suçlu hissetme gibi duygular yaşamasına sebep olmaktadır. Bu nedenle kadınlar cinsel kısıtlamalar yaşamaktadırlar. Bir çalışmada idrar kaçırma şikâyeti olan kadınların, daha az cinsel ilişki yaşadığı bildirilmiştir (Jha ve ark. 2012). Üİ lı kadınlar arasında en sık görülen cinsel şikâyetler; istek azlığı, vajinal kuruluk ve dispareni (Handa ve ark. 2004). Üİ, ayrıca eşler arasında cinsel birliktelikte azalmalara, eşler arasında negatif evlilik ilişkilerine sebep olmaktadır (Cassells ve Watt 2003).

Amerikan Hekimler Fakültesinin (American College of Physicians-ACP) yayınladığı rehberde göre, Üİ şikâyeti olan kadınlara birinci basamakta cerrahi olmayan (farmakolojik ve farmakolojik olmayan) tedaviler önerilmektedir. Elektrik ve manyetik stimülasyon, perkütan sinir ya da botulinum toksini gibi cerrahi olmayan tedavi yöntemleri, birinci basamakta mevcut olmadığı için bütün kadınlar değerlendirilmemektedir. Rehberde göre belirlenen kontinansı sağlamak için gerekli olan öncelikler, yaşam tarzı değişiklikleri, pelvik taban kas egzersizleri ve bazı ilaçlardır. Rehberde göre Üİ için farmakolojik olmayan tedaviler aşağıda yer alan Tablo 2.4'te verilmiştir (Qaseem ve ark. 2014).

Tablo 2-4. Üİ için farmakolojik olmayan tedaviler ve tanımı

Üİ için farmakolojik olmayan tedaviler	
Tedavi	Tanımı
PTKE	Pelvik taban kaslarının istemli kasılma egzersizleri (Kegel Egzersizleri)
Vajinal EMG ile biyofeedback ve PTKE	Pelvik taban kaslarının uygun kontraksiyonunu sağlamak için, görsel geribildirim ile EMG probunun kullanımı ve PTKE
Mesane eğitimi	İşeme arasındaki zamanı uzatmak için davranış eğitiminin kazanılması
Kontinans Hizmeti	Doktor ve hemşireler tarafından, Üİ lı hastalar için uygun tedavi programlarının belirlenmesi
PTKE: Pelvik Taban Kas Egzersizi; EMG: Elektromiyografi	

İnkontinans şikâyetlerinin değerlendirilmesinde, inatçı ve karışık semptomları tanılamada ürodinamiden faydanılabilineceği bir çalışmada belirtilmiştir. Başlangıç tedavisi yaşam tarzı önerileri, davranışsal tedaviler, mesanenin yeniden eğitilmesi ve pelvik taban kas egzersizlerini içermektedir. Konservatif tedavileri takiben kalıcı SÜİ'da cerrahi tedaviler düşünülmektedir (Giarenis ve Cardozo 2014).

Üİ yönetiminde;

1. Genel önlemler ve yaşam tarzı değişiklikleri: Altta yatan hastalıkların belirlenmesi, tetikleyen kronik hastalıkların tedavi edilmesi.

2. Konservatif önlemler:

-Hijyen: Günlük tuvalet temizliğinin su ile yapılması, kullanılacaksa kokusuz sabunların kullanımı, kurulanmanın yapılması. Ayrıca tahrişi önlemek için çok dar olmayan kıyafetlerin seçilmesi.

- Sıvı, Kafein, Alkol Alımının Ayarlanması: Alkol ve kahve alımı günlük 2 bardak olarak önerilmektedir. Fazla alınan kahve ve alkolle mesane irrite olmakta ayrıca idrar üretimini artırmaktadır. Aşırı kahve, çay ve alkol diüretik etkiye sahip olup, idrar kaçırma şikâyetini artırmaktadır.

- Kilo Kaybı: Obezite SI, UÜİ riskini artırır ve eğitim programlarında özellikle BKİ 30 kg/m² fazla olan insanlarda kilo verme yer almaktadır.

- Sigara İçilmesi: Üİ üzerine direk etkisi olduğundan bıraktırılmalıdır. İnatçı öksürük SÜİ tetiklemektedir.

- Geriye Döndürülebilir Tedaviler ya da Yaklaşımlar: kabızlık, üriner yol enfeksiyonlar, atrofik vajinit, bazı ilaçların kullanımı (oral östrojen tedavileri, opioidler, antikolinergikler, ACE inhibitörleri, sedatif, diüretikler gibi), hareket kısıtlılığı, metabolik bozuklukların (hiperkalsemi, hiperglisemi vb.) değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi.

- Çevresel Faktörler: Tuvalet erişimdeki engeller inkontinans için önemli bir faktördür. Terapistler, fonksiyonel zorluk ve ev ortamı sorunlarını değerlendirmelidir. Özellikle yaşlı bireyler için tuvaletin aynı katta olması, zemin ve aydınlatmanın kontrolü gibi faktörler ayarlanmalıdır.

- Sınırlama Cihazları: Özellikle yaşlı bireylerin tutunabilecekleri cihazlar, emici pedler, baskıları azaltmak için özel minder gibi ihtiyaçlar belirlenip yaşam kalitesini etkileyen faktörler düzeltilmelidir.

- Kateter: Endikasyonları iyi belirlenmelidir. Kronik idrar tutamama, cerrahi ve tıbbi müdahalelerin yetersiz olduğu zaman uygulanmalıdır, uygun bakımının yapılması gerekmektedir.

Spesifik önlemler:

1. SÜİ için;

A- Konservatif Koruyucu Önlemler

- a. Pelvik taban egzersizleri ve vajinal konlar
- b. Mesane eğitimi ve davranış değişikliği
- c. Tuvalet ve idrar yapma eğitimi,

B- Farmakolojik önlemler

- a- Serotonin ve noradrenalin inhibitörleri
- b- Östrojen tedavisi

2. Üİ/AAM için;

A- Konservatif Koruyucu Önlemler: Yukarıda SUI için belirtilen aynı önlemler

B- Farmakolojik tedavi

- a. Antikolinerjik tedavi
- b. B3- adrenoreseptör agonisti
- c. Desmopressin

C- Cerrahi tedaviler

- a. Botulinum toksin terapisi (Alexander ve ark. 2015).

Amerikan Hekimler Fakültesi (ACP) rehberine göre, Üİ'lı kadınlarda cerrahi olmayan yöntemler Tablo 2.5'de verilmiştir (Qaseem ve ark. 2014).

Tablo 2-5. Üİ'lı kadınlarda cerrahi olmayan tedavi yöntemleri ve öneriler

Hastalık/durum	Üİ
Hedef	
Hasta Popülasyonu	Üİ'lı kadınlar
Müdahaleler	Non-farmakolojik; PTKE, mesane eğitimi, vajinal konlar, tıbbi cihazlar, kontinans hizmetleri, kilo kaybı ve fiziksel aktiviteler Farmakolojik; Antimuskarinikler: Darifenasin, fesoterodin, oksibutinin, propiverin, solifenasin, tolterodin, trospiyum. B3-adrenoreseptör agonistleri: mirabegron ve solabegron Diğer: duloksetin ve östrojen
Sonuçların Değerlendirilmesi	Kontinans, Üİ'ta gelişme, yaşam kalitesi ve yan etkiler

Faydalar	Kontinans, Üİ episodlarını ≥ 50 azaltmak
Zararlar	Nonfarmakolojik: Yan etkileri için düşük risk Farmakolojik: En sık görülen yan etkiler (ağız kuruluğu, kabızlık, bulanık görme) Antimuskarinikler: Nazofarenjit, mide-bağırsak şikâyetleri
Öneriler	1. SÜİ için ilk tedavi adımı PTKE'dir (Güçlü Öneri, Güçlü Kanıt). 2. Üİ için ilk mesane eğitimi önerilir. (Güçlü Öneri, Orta Kanıt). 3. MÜİ için PTKE ve mesane eğitimi önerilir (Güçlü Öneri, Orta Kanıt). 4. SÜİ için sistemik farmakolojik tedavi önerilir (Güçlü Öneri, Düşük Kanıt). 5. UÜİ için mesane eğitiminin başarısızlığı sonucu farmakolojik tedavi önerilir. Klinisyenler tolere yeteneği, yan etkiler, kullanım kolaylığı, maliyetide değerlendirmelidir (Güçlü Öneri, Yüksek Kanıt). 6. Üİ'li obez kadınlara kilo kaybı ve egzersiz önerilir (Güçlü Öneri, Orta Kanıt).
Yüksek-Değer Bakımı	Önemli bir halk sağlığı sorunu olmasına rağmen, klinisyenler tarafından atlanan bir konudur. Klinisyenler gerekli öyküyü alma, başlangıç semptomları ve sıklığını belirlemelidir. Klinisyenler, öncelikle nonfarmakolojik yöntemleri önermelidir.
Klinik hususlar	65 yaş üstü bakıma muhtaç kadınlar, tedavi ve bakım için huzurevlerinde hizmet almalıdır. Üİ'li kadınlar şikâyetlerini doktorlarına söylemezler, iyi bir anamnez alınmalıdır. İlaçların yan etkileri ve kadınların tolere etmesi gerektiği anlatılmalıdır. Çünkü ilaçların yan etkileri benzerdir. Üriner yol enfeksiyonları, metabolik hastalıklar, aşırı sıvı alımı, mental hastalıklar gibi alta yatan sebepler belirlenmelidir. Hastanın kullandığı diğer ilaçlarda kontrol edilmelidir. İlaçlarda şikâyetleri tetikleyebilir.

2.2.1.3. Aşırı Aktif Mesane

Uluslararası kontinans derneği (ICS) tarafından Aşırı Aktif Mesane (AAM); acil semptom kompleksi olarak, genellikle sıklık (24 saatlik bir süre içinde 8 kez ya da daha fazla idrar yapma) ve noktüri (gece idrar yapma için uyanma) ayrıca Üİ'li (ıslak AAM) ve Üİ'siz (kuru AAM) olarak tanımlanır (Abrams ve ark. 2002). Mesane enfeksiyonu veya diğer belirgin patolojiler çıkarıldıktan sonra tanımlanan, semptomatik bir tanıdır (Haylen ve ark. 2010). Prevalansı dünya çapında 2008 yılında %10,7 iken, 2018 yılında %20,1'e yükseleceği tahmin edilmektedir (Irwin ve ark. 2011).

Coyne ve ark. (2011a) yaptıkları çalışmada yetişkin nüfusun yaklaşık %16-17'si, Irwin ve ark. (2008) çalışmasında ise %11,8'inin AAM'den etkilendiği bildirilmiştir. AAM kadının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Coyne ve ark. 2013). Yetişkin kadınların %43'ü AAM semptomlarından bazen, %33'ü ise sık sık rahatsız olduğunu belirtmiştir (Coyne ve ark. 2011a). AAM maliyetinin yüksek ve yılda yaklaşık

12 milyar dolar olduğu saptanmıştır (Hu ve ark. 2003). Yüksek prevalansı olmasına rağmen genelde hastalar tedavi almakta isteksiz davranmaktadırlar (Tubaro 2004).

AAM olan kadınlarda depresyon 4 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Cortes ve ark. 2011). Yapılan bir çalışmada Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS) ile AAM semptomları değerlendirilmiş ve arada pozitif yönde anlamlı sonuçlar bulunmuştur. Semptomlar artınca depresyon oranı da artmaktadır (Stewart ve ark. 2003). 2011 yılında İdrar Kaçırma Araştırma Derneği (International Consultation on In Continence-Research Society (ICI-RS)) psikolojik faktörler ve AAM ile diğer AÜŞŞ arasında bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Fakat bununla ilgili gelecekte daha fazla çalışma yapılması gerekliliği belirtilmiştir (Cortes ve ark. 2011).

UÜİ, aşırı aktif mesane semptomlarından bir tanesidir. AAM ve UÜİ olan hastalarla yapılan uzun süreli ve sistematik çalışmalarda, zamanla semptomların şiddetinin arttığı belirtilmiştir (Wennberg ve ark. 2009b; Irwin ve ark. 2010; Malmsten ve ark. 2010).

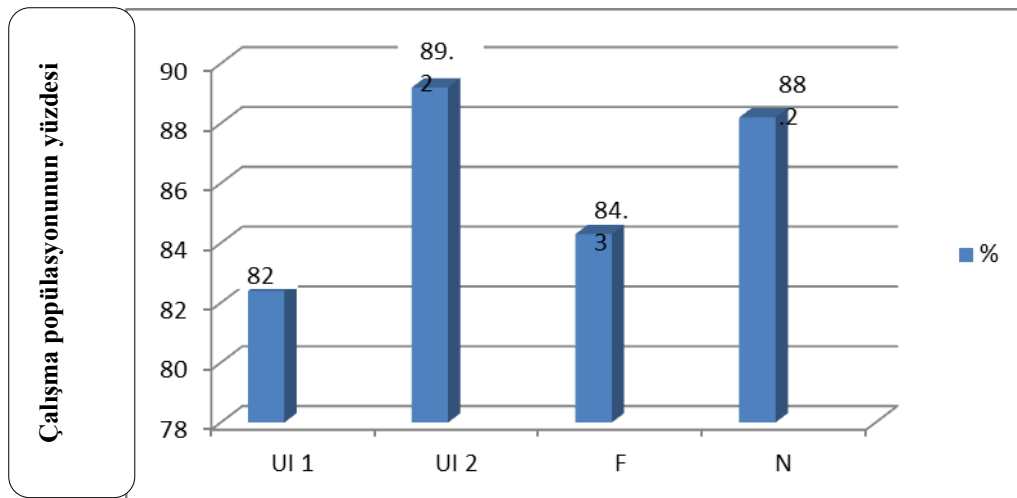
Yapılan bir çalışmada AAM'nin yaygın olduğu, bu oranın %0,3 ile %75 arasında değiştiği ve bu prevalansın değişmesinde acil üriner inkontinans varlığının olup olmadığı, yaş ve cinsiyetin etkili olduğu belirtilmiştir (Rashid ve Ockrim 2013; Tincello ve ark. 2014). AAM maliyeti ile ilgili olarak ped kullanımı, farmakoterapi, kateterler, doktor ziyaretleri, ayaktan ya da yatan hasta tedavileri ayrıca zaman ve verimlilik önemli etmenlerdir. Maliyeti ile ilgili olarak Almanya'da yapılan bir çalışmada; meme kanseri, diyabet ve osteopoz karşılaştırıldığında, AAM için her yıl 3.57 milyar Euro, diyabet için 5.1 milyar Euro, demans için 5.6 milyar Euro olduğu bildirilmiştir (Klotz ve ark. 2007).

ABD, İngiltere ve İsveçte yürütülen ve EpiLUTS anketi ile yapılan çalışmada 30.000 kadın ve erkeğe ulaşılmıştır. AAM yakınmaları olan bireyler ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)) puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. AAM olan bireylerde anksiyete (%31) ve depresyon (%27) yüksek bir oranda bildirilmiştir. Bunun yanında HAD-S ile ölçülen UÜİ olan bireylerde ise anksiyete oranı %56,6 olarak bulunmuştur (Coyne ve ark. 2011b; Coyne ve ark. 2012). Yine 833 yaşlı Japon kadınla yapılan çalışmada, AAM ile depresyon arasında pozitif bir ilişki varlığı saptanmıştır (Ikeda ve ark. 2011).

AAM ile ilgili semptomların tanımlanması ile ilgili sıkıntılar yaşanmıştır. 2011 yılında Kanada Üroloji Forum'unun tanımlanmasına göre; kadınlarda AAM semptomları için, altta yatan sorunlar şu şekilde belirtilmiştir:

1. **Fenotipler:** Birkaç farklı fenotip tanımlanmıştır. Örneğin pelvik organ prolapsusu (POP) gibi jinekolojik olgular, tıbbi ve nörolojik bulgular olabilir ayrıca şiddetli urgency ve urge inkontinans gibi semptomları olan genç kadınlar özel grup tanımlanmasında yer alıp, bu hastaların belirlenmesi çok önemlidir.
2. **İlişkili Hastalıkların Olasılığı:** Kadınlar arasında AAM semptomlarına yol açabilecek mesane çıkışı veya pelvik tabanla ilişkili bozuklukların varlığı değerlendirilmelidir. Prolapsus, üretral instabilite ve hatta irritabl bağırsak bu tartışmalar içinde yer almaktadır.
3. **En Etkili Tedaviler:** AAM'li kadınlar için en etkili tedavi yöntemleri arasında, ilaç tedavisi ile birlikte yaşam tarzı değişikliği ve davranış modifikasyonu çok önemlidir. Workshop grup tartışmaları içerisinde birinci basamak tedavi olarak botulinum toksininin en etkili yol olacağı fakat yeterli veri bulunmadığı belirtilmiştir (Herschorn 2011).

AAM tanısı konulan, ve altı hafta boyunca değerlendirilen 102 hastanın semptomları ICS tanımlanmasına göre Şekil 2.1'de belirtilmiştir (Mitchell ve ark. 2014).



Üİ 1: Urge olan ve olmayan üriner inkontinans, F: Sıklık (Frequency)

Üİ 2: Frequency ile beraber üriner inkontinans, N: Noktüri

Şekil 2-1. AAM tanısı alan hastalardaki semptom durumları

AAM yaşam kalitesini olumsuz etkilemesinden ve bireyleri rahatsız etmesinden dolayı tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Bir nörolojik hastalıktan (örneğin felç, multipleskleroz, Parkinson gibi) yakınan hastalarda insidans daha fazla görülmektedir. Tedavide yaşam tarzı değişiklikleri, mesane eğitimi ve pelvik taban kas egzersizleri konservatif tedavinin ilk basamakları olmalıdır (Hashim ve Abrams 2004). Oksibutinin gibi anti muskarinik ilaçlar birinci tedavi basamaklarında farmakoterapi olarak kullanılması kanıtlanmıştır. Ancak birçok hastada antikolinerjik yan etkiler, etkinlik azalması, tedavinin tam kullanılması gibi istenmeyen durumlarda tedavi beklentisi düşmektedir. Hastaların %20'si gibi bir oranda başarısız yanıtlar alınmış ya da hastaların beklentilerinin çok yüksek olduğu belirtilmiştir (Veenboer and Bosch 2014). Son zamanlarda β 3-adrenoseptör agonistleri araştırılmıştır. Plasebo ile karşılaştırıldığında etkinliğinin iyi olduğu ve tolere edilebilirliği gösterilmiştir (Chapple ve ark. 2013).

AAM öz yönetim ile başa çıkma yöntemleri için yapılan çalışmalarda biofeedback, ilaç ya da davranışsal müdahalelerin etkili olduğu ve yaşam kalitesini artırdığı belirtilmiştir (Burgio ve ark. 2011). Öz yönetimde kronik hastalık varlığı önemli bir faktördür. Başa çıkmada hastanın güvenini sağlamak ve artırmak çok önemlidir. Bu durum kadınlar tarafından ayıp olarak algılandığı için tedavi almakta gecikmeler yaşanmaktadır. Kadınlara bu konuda online rehberler sunulmasının gerekliliğinden bahsedilmiştir (Bartoli ve ark. 2010). Günümüz teknolojisinde internet kullanımı ile sağlıklı davranışların değiştirilmesi, teorik, ampirik ve psikolojik bilgilerin sağlanması çok önemlidir. Bunun için görseller oluşturulmalıdır (Bickmore ve ark. 2009). Yapılan bir çalışmada en az 3 ay öncesinden AAM semptomları olan 55 yaş üzeri kadınlarla yürütülmüş 3 kısım halinde online olarak kadınlara öz bakım eğitimleri verilmiştir. Hastalara verilen parça parça akran eğitimleri ile beraber 1-6 ve 12. haftalarda mesane günlükleri incelenmiştir. 41 kadın çalışmayı tamamlamış ve kadınlarda AAM semptomları ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin (Health Related Quality of Life HRQOL) düzeldiği bildirilmiştir (Andrade ve ark. 2015).

2.2.2. İdrarın Boşaltılması İle İlgili Semptomlar

Zayıf idrar akımı, kişi daha önceki idrar akımına göre ya da diğer kişilerin idrar akımları ile karşılaştırarak idrar akımının zayıf olduğunu belirtebilir.

Çatallı, dağınık idrar akımı da hastalar tarafından belirtilir.

Kesintili idrar akımı, idrar yapma esnasında bir veya birkaç kez idrar akımının durup tekrar başladığı akım biçimidir.

İdrara geç başlama, kişi idrar yapmak için kendisini hazırladıktan sonra idrar yapmayı başlatmakta zorlandığını ifade eder, bu da işemenin başlatılmasında bir gecikmeye neden olur.

Zorlanarak idrar yapma, idrar boşaltımını başlatmak ya da boşaltma işlemini güçlendirmek için kas gücü kullanılması gerektiğini ifade eder.

Terminal damlama, idrar boşaltımının son devresi uzayarak akım iyice zayıflamış, damla damla boşalan bir şekle gelmiştir (Arıkan ve ark. 2010).

2.2.2.1. Zayıf İdrar Akımı

İşeme semptomları ürodinamik araştırmalar ve semptomlara dayalı ‘anormal olarak yavaş idrar yapma ya da idrar yapmayı tamamlayamama’ olarak, International Urogynecological Association/ International Continence Society (IUGA/ICS) tarafından tanımlanmıştır. Kadınlarda İşeme semptomlarına Detrüsörün Zayıf Aktivitesi ‘Detrusor Underactivity’ (DUA) ya da Mesane Çıkım Tıkanıklığının ‘Bladder Outlet Obstruction’ (BOO) sebep olabileceği belirtilmiştir (Haylen ve ark. 2010). Detrüsörün zayıf aktivitesi (DUA), detrüsörün (mesane kası) yetersiz kontraksiyonlarla kasılması sonucunda, mesanenin yeterince boşalamaması ya da uzun sürede boşalması olarak tanımlanır (Arıkan ve ark. 2010). BOO, idrar akış hızının azalması, detrüsör basıncının artması ile karakterize olan ve idrar yapma esnasında tıkanıklık olarak tanımlanır (Abrams ve ark. 2003). Böylece BOO ve DUA hem yavaş idrar akışına neden olabilir hemde idrar yapma sonrası rezidüel idrarda artma ile karakterize idrar yapma disfonksiyonudur.

Kadınlarda DUA ve BOO tanımlamak için basınç-akım idrar yapma parametrelerine yönelik fikir birliği bulunmamakta, farklı kriterler uygulanmaktadır (Abarbanel ve Marcus 2007; Choi ve ark. 2013).

Tablo 1 de, kadın idrar yapma çalışmalarında Q_{max} da detrüsör basıncı ve maksimum akış hızı oranlarının değerlendirilmesi için kullanılan farklı değerler verilmiştir. Bu yüzden kadınlardaki DUA ve BOO prevalans farklılıkları, klinisyenler ve araştırmacılar tarafından yapılan, tanımlamalardaki farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Örneğin 30 cm H₂O dan daha az, Q_{max} daki detrüsör basınç ile birlikte 10 ml/saniye değerinden daha az Q_{max} DUA olarak tanımlanır, DUA’nın prevalansı huzur evlerinde yaşayan yaşlı kadınlarda %12 (Abarbanel ve Marcus 2007) iken, tip 2 diyabeti olan kadınlarda ise %35 tir (Lee ve ark. 2009). Groutz ve ark (2000)

20 cm H₂O dan daha büyük Q_{max} detrüsrör basıncını ile 12 ml/sn den daha az akış olarak tanımlamış ve kadınlardaki prevalansını %7 olarak bildirmiştir. İşeme disfonksiyonu sadece yavaş idrar akışı olarak değil aynı zamanda eksik idrar yapma olarak tanımlanmıştır. Eksik idrar yapmanın değerlendirilmesi için yapılan çok az çalışma mevcuttur. Kadınlarda BOO ve DUA tanımlanması için kullanılan ürodinamik kriterler Tablo 2.6’da verilmiştir (Park ve ark. 2016).

Tablo 2-6. Kadınlarda BOO ve DUA tanımlanması için kullanılan ürodinamik kriterler

Çalışma	Yılı	Pdet.Q _{max} (cmH ₂ O)	Q _{max} (ml/s)	Pdet.Q _{max} (cm H ₂ O)	Q _{max} (ml/s)
Chassagne et al.	1998	>20		≤15	
Groutz et al.	2000	>20		<12	
Lemack et al.	2000	>21		<11	
Kuo et al.	2004	≥35		≤15	
Defreitas et al.	2004	≥25		<12	
Cucchi et al.	2008	>50		<12	
Choi et al.	2013	>20		<15	
Kaplan et al.	1995	<30		<12	
Abarbanel et al.	2007	<30		<10	
Choi et al.	2013	<20		<15	

BOO, Bladder Outlet Obstruction; **DUA**, Detrusor Underactivity;
Pdet.Q_{max}, Detrusor Pressure at Maximum Urine Flow Rate; **Q_{max}**, Maximum Urine Flow Rate.

Kadınlarda azalmış idrar akımının önemli iki ana nedeni bulunmaktadır: Bladder Outlet Obstruction (BOO) mesane çıkışının tıkanıklığı ve Detrusor Underactivity (DUA) detrüsrörün yetersizliği olup, insidansı erkeklerle aynıdır. Kadın hastalarda idrar akımının azalmasına neden olabilecek koşullar bulunmaktadır. Hem anatomik (yüksek dereceli sistosel, anti-inkontinans girişimleri, üretral divertikül, üretra darlığı) hemde fonksiyonel (disfonksiyonel idrar yapma, primer mesane boynu obstrüksiyonu, sub-klinik nörojenik detrüsrör, sfinkter dissinerjisi) sorunlar sebep olmaktadır (Dybowski ve ark. 2014).

Zayıf detrüsrör kontraktilitesine; diabetes mellitus, multiple skleroz, disk hernisi, merkezi sinir sistemindeki tümörler, total abdominal histerektomi ve psikososyal sorunların yol açtığı bildirilmiştir (Tanaka ve ark. 2009). AÜSŞ ile üroloji polikliniklerine başvuru yapan kadınlarda; mesane boynu tıkanıklığında, nörojenik mesane hastalıkları, üriner yol infeksiyonları, inflamatuvar mesane durumu genellikle sebep olmaktadır. Mesane boyun darlığı, kadınlarda erkekler kadar yaygın değildir.

Ancak doktorlar, kadınlarda bu durumun düzeltilmesinde birçok zorlukla karşılaşmaktadır (Sharifiaghdas ve ark. 2013).

BOO'nun ürodinamide tanımlanması zor olmakla beraber, detrüör basıncı yüksek olmayabilir ya da detrüör basıncın gerçek ölçümünü, idrar yapma sırasında abdominal ıkınma ve pelvik tabanın gevşemesini de etkileyebilir. Ayrıca erkeklerin aksine kadınlarda, detrüör kasılmalarının sınıflandırılması için bir nomogram yoktur. Bununla birlikte detrüör kontraktilite ve üretral obstrüksiyon, alt üriner sistemin durumunu açıklamak için kritik öneme sahiptir (Valentini ve ark. 2015).

Groutz ve arkadaşlarının 587 kadınla yaptıkları çalışmada, 38 (%6,5) kadında, idrar akışkanlığını baskılayan mesane boynunda darlık tespit edilmiştir (Groutz ve ark. 2000). Mesane boynu obstrüksiyonunun tanısında özellikle yüksek işeme hissi, düşük akış hızı, floroskopide idrar yapma esnasında mesane boynunda hunileşme olmaması gözlemlenmiştir (Fu ve Xu 2009).

Üretral darlık, ürolojik problem yaşayan hastalar arasında yaygın olan mesane problemidir. AÜSS yaşayan kadınlar arasındaki, üretral darlık insidansı %1-30 (çeşitli tanım ve değerlendirme modellerine göre) olarak belirtilmiştir (Fu ve Xu 2009). Literatürde mesane boynu darlığı için çeşitli tedavi modelleri; tıbbi tedavi, temiz aralıklı kateterizasyon (clean intermittent catheterization (CIC)), üretral dilatasyon ve endoskopik insizyondur (Jin ve ark. 2012). Ancak kadınlarda uygulanan mesane boynu lazer işleminin güvenliği ve etkisini değerlendiren çalışmalar yetersizdir.

Kadınlarda Alfa 1 Blokerler (Low ve ark. 2008) veya üretral dilatasyon BOO derecesini azaltmada etkilidir. Öte yandan betanekol klorür ve distigmine bromür DUA olan kadınlar için detrüör kontraktilitesini geliştirerek, idrar akım hızını artırabilir.

2.2.2.2. İdrar Yapma Semptomları

ICS tarafından en son edinilen terminolojiye göre, kadın pelvik taban disfonksiyonu için bir idrar yapma disfonksiyonun tanımı; ürodinamik araştırmalara ve semptomlara dayalı olarak anormal ya da eksik idrar yapma tanımıdır. Serbest akış ve basınç/akım çalışmalarının bir kombinasyonu, aktif detrüör fonksiyonu altında olma ya da basınç tıkanıklığından dolayı idrar yapma disfonksiyonunun farklılığı olarak çok geniş kapsamlıdır (Haylen ve ark. 2010). Basınç/akım çalışmalarında sadece obstrüksiyonun baskısından dolayı idrar yapma disfonksiyonun teşhisi mümkündür. Standardizasyon, klinik çalışmaların karşılaştırılması ya da yorumlanması ile ilgili olarak, basınç/akım çalışmaları gereklidir (Massolt ve ark. 2005).

Uluslararası İnkontinans Derneğinin önerilerine göre kadınlarda idrar yapma disfonksiyonundan şüpheleniliyorsa, ilk değerlendirmede idrar yapma sonrası rezidüel idrarın ölçümü önerilmektedir (Abrams ve ark. 2010). AÜSŞ olan çoğu kadında idrar yapma disfonksiyonlarını, özellikle AAM tanımlamak çok zordur. İşeme disfonksiyonunun, AÜSŞ olan çoğu kadında altta yatan patofizyoloji ile ilgili olmadığı kabul edilmektedir ve bu sınırlama idrar yapma semptomu olan kadınlarda görülmektedir (Kirby ve ark. 2006).

Al-Shahrani ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada obstrüktif idrar yapma semptomlarının olması ile idrar yapma sonrası rezidüel idrar hacmi arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir. Ürojinekoloji ünitesine başvuru yapan 134 kadınla obstrüktif idrar yapma semptomları arasındaki yavaş idrar akımı, idrara geç başlama, kesintili idrar akımı, zorlanarak idrar yapma değerlendirilmiştir. Sonuca göre obstrüktif idrar yapma semptomlarının düşük olduğu ve klinik olarak önemli bir durum olduğu, bu belirtilerin idrar yapma sonrası rezidüel idrarın ölçümü için uygun olmadığı ve yerini alamayacağı belirtilmiştir (Al-Shahrani ve Lovatsis 2005).

İşeme semptomları aslında obstrüktif semptomlar ile aynıdır. İşeme semptomları idrar yapma sürecinde yavaş akış, çatalı ve kesintili idrar yapma semptomları olarak yaşanmaktadır. Birçok terimde, idrar yapma semptomlarını tanımlamak için kullanılır (tereddüt, ıkınma, terminal damlama, kesintili, çatalı gibi) (Takeda ve ark. 2003).

İşeme semptomları, diğer AÜSŞ ne göre prevalansı daha düşüktür. Büyük bir kesitsel çalışmaya göre 18 yaş ve üstü idrar yapma semptomları %19,5 iken, 60 yaş ve üzeri kadınlarda bu oran %24,6 dır. Bu çalışmada depolama semptomları sırası ile %51,3 ile %73,9 olarak belirlenmiştir. Bir başka neden ise kadınlarda idrar yapma semptomlarını belirlerken, basınç-akım çalışması sırasındaki idrar yapma parametrelerinin farklı kriterlerle değerlendiriliyor olmasından kaynaklanabileceği de belirtilmiştir (Irwin ve ark. 2006).

Yapılan bir çalışmaya göre AÜSŞ olan 600 kadın ele alınmış, 195'inde idrar yapmada zorluk şikâyetleri olduğu, 87'sinde, 200 ml'den daha fazla rezidüel idrar, düşük maksimum akış hızı ya da 15 ml/saniye olarak tespit edilmiştir (Stanton ve ark. 1983). Dwyer ve Desmedt (1994) yaptıkları çalışmada ise üriner hastalıkların araştırılması sonucunda kadınlar arasında kanıtlanmış idrar yapma zorlukları prevalansı %13,8 olarak rapor edilmiştir. Korede yapılan çalışmada ise üroloji polikliniğine başvuru yapan 205 kadın hastada AÜSŞ değerlendirilmiş ve %16,6'sında mesane çıkım

obstrüksiyon şikâyetleri olduğu, 8 hastada idrar kaçırma, dördünde üretral darlık, dokuzunda pelvik veya üretral ameliyat öyküsü, 13'ünde fonksiyonel tıkanıklık olduğu saptanmıştır (Kim ve ark. 2001).

İşeme disfonksiyonuna sadece sinir sistemi bozuklukları değil aynı zamanda BOO, mesane kas bozuklukları, yaşlanma ya da zihinsel sorunlar gibi diğer faktörlerde sebep olmaktadır. İşeme disfonksiyonu mesane ya da üretraya bağlanabilir. Mesane ile ilgili detrusör aktivitesinin yavaş olması, üretranın aşırı aktif olması ya da anatomik obstrüksiyondan dolayı BOO'yu içerir (Abrams ve ark. 2002). Kadınlarda idrar yapma bozuklukları; POP, detrusör instabilitesi, SÜİ dan daha az olup, göz ardı edilmekte ve prevalansıda yeteri kadar bilinmemektedir. Kadınlarda idrar yapma disfonksiyon belirtileri daha az özeldir. Bu nedenle hastalardan iyi bir anamnez alınmalı ve zayıf akım, tamamlanmayan idrar yapma, duraksama ya da SÜİ gibi semptomlar sorgulanmalıdır (Choi ve ark. 2013).

İşeme disfonksiyonu olan hastalarda idrar sıklığı, urgency gibi depolama disfonksiyonlarında göz ardı edilmemelidir. Groutz ve arkadaşları, kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, idrar yapma disfonksiyonu olan kadın oranını %77, depolama ya da non-spesifik semptomu olan kadınları ise %23 olarak rapor etmiştir. Ayrıca hastanın özgeçmişinde pelvik kavite operasyonu, nörolojik hastalıklar, doğum ve ilaç kullanımı sorgulanmalıdır (Groutz ve ark. 2000). Farklı bir çalışmada AAM gibi depolama semptomları olan kadınlarda idrar yapma disfonksiyonu daha yaygın bulunmuş olup, bunu POP ve SÜİ izlemektedir. Yetersiz idrar yapmada, zayıf akım izlenmekte ve sık görülmektedir. (Choi ve ark. 2013).

2.2.3. İdrar Yapma Sonrası Semptomlar

İdrar boşaltımının tam olmaması duyumu, idrar yaptıktan sonra kişi tarafından duyulan ve kişinin kendisinin tarif ettiği bir terimdir.

İdrar yapma sonrası damlama, kişi idrar yapmayı bitirdikten sonra erkeklerde sıklıkla tuvaletten çıktıktan sonra kadınlarda ise tuvaletten kalkarken idrarın kontrolsüz olarak dışarı akması durumudur (Arıkan ve ark. 2010).

İdrar yapma sonrası kalan miktar, işemenin tamamlanmasından sonra mesanede kalan hacim ve mesanenin boşalma fazının değerlendirilmesi için bir test olarak düşünülmelidir. İşeme sonrası rezidüel idrarın değerlendirilmesinde son derece yanlış olan mesanenin bimanüel palpasyonla subjektif olarak değerlendirilmesidir. Kataterle volüm objektif olarak değerlendirilip, ultrason ile de belirlenebilir. Kateterizasyonla

ölçme, kolay fakat rahatsız edici bir test ve idrar yolu enfeksiyon riski ile de ilişkilidir (Abrams ve ark. 2010).

Erkekler ve kadınlar arasında AÜŞŞ prevalansı sık olup, etyolojisinde kadınlarda mesane patolojisi, erkeklerde de prostat patolojilerinin yaygın olduğu bildirilmektedir (Irwin ve ark. 2006). Chapple ve arkadaşları, hem erkeklerde hemde kadınlarda depolama, idrar yapma ve idrar yapma sonrası semptomların yaygın olduğunu, depolama semptomlarının cinsiyete bağlı olmadığını ve idrar yapma semptomları altında yatan nedeninde, genellikle prostat olmadığını belirtmişlerdir (Chapple ve ark. 2008). Erkek ve kadında benzer semptomların görüldüğüne dair kanıtlar vardır. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, AÜŞŞ olan erkeklerin %9’unda, kadınların %8’inde depolama ve idrar yapma semptomları varlığı bildirilmiştir (Irwin ve ark. 2008). AÜŞŞ için cinsiyet farklılıkları ya da spesifik altta yatan organ semptomlarından ziyade, sıklıkla patofizyolojik mekanizmaların, sorumlu olduğu ileri sürülmüştür (Andersson 2003). Entegre fonksiyonel yapılar gibi AÜŞŞ’nin patofizyoloji karmaşıklığını tanımlamak, hekim için önemlidir ve AAM, prostatı olan hastalar, değerlendirileceği zaman farkındalık, hasta eğitimi gibi faktörlerinde önemli rol oynadığı belirtilmiştir. Ayrıca semptomları tanılamada ve ayırmada ICS tanımlarının kullanılması önerilmektedir (Abrams ve ark. 2002). Çalışma bulgularına göre kadınlar ve erkekler semptomların yaşlanma ile kaçınılmaz olduğunu, kadınların özellikle doğum yapmış olma sebebiyle risk oluşturduğunu düşünmekte olduklarını ve hatta tedavi edilebilir bir durum olduğunun farkında olmadıklarını belirtmişlerdir (Rovner 2005). Kişisel utanç, kadın ve erkeklerin yardım almalarını engellemekte, alsalar dahi şikâyetleri anlatmada isteksizlik yaşamaktadırlar. Sağlık profesyonellerinin hastayı teşvik etmesi, sorularla semptomları öğrenmeleri, hastayı cesaretlendirmeleri, semptomların yaşam kalitesini ne derecede etkilediğini sorgulamaları gereklidir (Irwin ve ark. 2008; Hannestad ve ark. 2003). Başvuru yapan hastaların depolama, idrar yapma ve idrar yapma sonrası olmak üzere bütün semptomlarının değerlendirilmesi gerektiği bildirilmiştir. AAM olan bir hasta için sıklık ve inkontinans gibi belirgin semptomları olan hastalarda dahil diğer semptomların sorgulanmasının önerilmesi gerektiği bildirilmiştir (Sexton ve ark. 2009).

Idrar yapma sonrası semptomlar, idrar yapma sonrası damlama ve idrar boşaltımının tam olmaması gibi bir duygunun sonucu olarak görülür. İşeme sonrası semptom olarak adlandırılan idrar yapma sonrası damlama ve terminal damlama,

depolama semptomlarından Üİ olarak genelde yanlış anlaşılmaktadır. İdrar yapma sonrası damlama yaşlı erkeklerde ve pelvik tabanın zayıflaması sonucunda da kadınlarda ve genellikle yaşlanma sonucu görülmektedir (Takeda ve ark. 2003).

Yapılan bir çalışmada depolama semptomlarının prevalansı, idrar yapma sonrası semptomlardan daha fazladır. İşeme sonrası süreçte; erkekler arasında damlama, kadınlar arasında ise tam boşalmama daha sık görülmektedir. Çalışma sonucunda erkeklerde AÜŞŞ için çoklu regresyon analizinde yaş, alkol tüketme, sigara içme ve prostat bezinin büyümesi riskleri oluşturmaktadır. Diyabet, idrar yapma ve idrar yapma sonrası semptomların oluşumunu artırırken; idrar yapma semptomları ve depolama gelişim riskini, yüksek eğitim seviyesi azaltmaktadır. Kadınlarda ileri yaş, alkol tüketimi, sigara ve çok sayıda doğum yapmış olma, AÜŞŞ'nin bütün tipleri için potansiyel bir risktir. Hipertansiyonla, idrar yapma sonrası semptomlar ve depolanma semptomları arasında pozitif bir korelasyon söz konusudur (Wang ve ark. 2015).

AÜŞŞ için potansiyel risk faktörleri, çoklu lojistik modeller ile belirlenmiştir. Bütün AÜŞŞ, önceki çalışmalarla karşılaştırılmış; artan yaş, azalan mesane kapasitesi her iki cinsiyet için risk faktörü olarak bildirilmiştir (Kupelian ve ark. 2009; Coyne ve ark. 2009a). Üretra ya da mesanedeki yapısal ve fonksiyonel değişiklikler, yaşla ilgili olarak geriye dönüşü olmayan kasılmaların baskılanmasına ve idrar akış hızının azalmasına sebep olmaktadır. Bunun yanında yapılan çalışmalarda depolama semptomları erkeklere kıyasla genç kadınlar arasında daha yayginken, idrar yapma ve idrar yapma sonrası semptomlar orta yaştan sonra kadınlarda, erkeklerden daha fazla bildirilmektedir (Irwin ve ark. 2006; Kupelian ve ark. 2006). Cinsiyetler arasındaki farklılık, idrar kontinans mekanizmaları ya da üretranın anatomik yapısındaki farklılıklardan kaynaklanmaktadır (Kupelian ve ark. 2006). Örneğin yaşlı erkeklerde prostatın büyümesi ile mesane çıkım obstrüksiyonu görülürken, genç kadınlar detrusör instabilitesine maruz kalmaktadırlar (Madersbacher ve ark. 1998).

Yapılan bir çalışmada çoklu depolama, idrar yapma ve idrar yapma sonrası semptomlara sahip olan kadın ve erkeklerin yaşam kaliteleri değerlendirilmiş, düşük seviyede yaşam kalitesi, sağlık durumu; yüksek seviyede ise klinik anksiyete ve depresyon görülmüştür. AÜŞŞ'nin 3 kategorisi ile kadınların fiziksel sağlık durumu değerlendirilmiş, ABD popülasyonunda %84 daha düşük olduğu ve erkekler arasındaki fiziksel durumun ise biraz daha iyi olduğu belirtilmiştir. AÜŞŞ arttıkça getirdiği sıkıntılarda artmaktadır. Depolama semptomları, idrar yapma ve idrar yapma sonrası

semptomlardan daha fazla mesane üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Ancak iki veya daha fazla semptomun bir arada görülmesi ile bireylerin ruhsal sağlık durumu ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. AÜŞŞ ne olursa olsun hastalarda depresyon ve anksiyeteye sebep olmakta, hastaların iyi bir tıbbi değerlendirmesinin yapılması gerekmektedir (Coyne ve ark. 2009c).

2.3. Risk Faktörleri

Yapılan çalışmalarda AÜŞŞ risk faktörleri olarak; menopoza döneminde olma (Alling ve ark. 2000; Zhang ve ark. 2005; Song ve ark. 2006), 4 kg üzerinde bebek doğurma (Alling ve ark. 2000; Zhang ve ark. 2005), vajinal doğum yapma (Bradway ve ark. 2008), 3 ten fazla doğum yapmış olma (Timur ve ark. 2012) belirtilmektedir (Alling ve ark. 2000; Zhang ve ark. 2005; Song ve ark. 2006; Bradway ve ark. 2008;). Bazı çalışmalarda epizyotomi ile AÜŞŞ arasında ilişki olduğu (Zhang ve ark. 2005), bazı çalışmalarda olmadığı (Alling ve ark. 2000; Timur ve ark. 2012) bildirilmiştir. Kronik kabızlık (Alling ve ark. 2000; Zhang ve ark. 2005; Liao ve ark. 2009), idrar yolları enfeksiyonları (Bradway ve ark. 2008; TNSA 2008), üriner (Bradway ve ark. 2008) fekal ve gaz inkontinansı (Koskimaki 2001), ırk ve aile hikâyesi (Bradway ve ark. 2008) ile AÜŞŞ arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Timur ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada BFLUTS puanı; vajinal doğum yapan, maksimum 3 doğum yapan, 4 kg'dan fazla bebek doğuran ve menopoza döneminde olan kadınlarda daha yüksek belirlenmiştir. Ayrıca vaginal doğumun bir risk faktörü olarak belirlenmesine epizyotominin ise risk faktörü olarak belirlenmemesine rağmen BLUFT toplam puanı yüksek bulunmuştur.

Yapılan bir çalışmada da, AÜŞŞ ve risk faktörleri arasında lojistik regresyon analizlerinde risk faktörleri şu şekilde belirtilmiştir. İleri yaş, menopoza sonrası dönemde olma, kabızlık ve eşlik eden pelvik organ sarkmasıdır. Spontan tek vajinal doğum ile çoklu vajinal doğum karşılaştırılması sonucunda, depolama ve orta şiddette AÜŞŞ görülme oranı %1,26-1,46 olarak daha fazla bulunmuştur. Vajinal tek doğum yapanlarla, tekli ya da çoklu sezaryanla doğum yapanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fakat birden fazla doğum yapanlar ile rahatsız edici ciddi AÜŞŞ arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Uzamış doğum eylemi ve laserasyonlar ile ciddi semptomlar arasında (1,99 kat daha fazla) ilişki bulunmuştur. Yaşam tarzı faktörleri ve yüksek vücut kitle indeksi, hipertansiyon, diyabet, alkol tüketimi, sigara gibi patolojik durumlar arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (Zhang ve ark. 2015a).

Kronik kabızlığın ise risk faktörü olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Alling ve ark. 2000; Zhang ve ark. 2005; Melville ve ark. 2005b; Timur ve ark. 2012).

İdrar yolları enfeksiyonları (Shamliyan ve ark. 2007; Bradway ve ark. 2008), özellikle annede idrar kaçırma öyküsünün (Timur ve ark. 2012) bulunması yanı sıra ırk ve aile öyküsünde (Bradway ve ark. 2008) AÜŞŞ için bir risk faktörüdür.

AÜŞŞ olan bireylere, uygun bir tedavi yönteminin seçilebilmesi için risk faktörlerinin belirlenmesi önem taşımaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, AÜŞŞ’ni önleyici tedavilerinin uygulanması, maliyetin ucuz olması tercih edilmektedir (Timur ve ark. 2012).

Yaş

Prevalansı yaşla birlikte artmasından dolayı çoğu kadın idrar kaçırmayı hastalık olarak değil, yaşlılığın doğal bir süreci olarak kabul eder. Yaşlanmayla beraber mesane kapasitesinde, idrarın akım hızında ve idrar yapmayı erteleme yeteneğinde azalma olur (Çetin 2010).

Yaşlanma ile birlikte, alt üriner sistemde gerçekleşecek birçok yapısal ve fonksiyonel değişiklikler, kadınlarda AÜŞŞ’ne sebep olmaktadır. Schatzl ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, 20 yaşından büyük kadınlarda on yılda bir ortalama %3,9 AÜŞŞ’nde artış olduğu belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda da benzer şekilde AÜŞŞ’nin yaşla birlikte arttığı bildirilmesine rağmen yapılan regresyon analizlerinde, AÜŞŞ için bir risk faktörü olarak belirlenmemiştir (Schatzl ve ark. 2001; Zhang ve ark. 2005; Song ve ark. 2006; Coyne ve ark. 2009a; Lee ve ark. 2011).

Yaşlanma ile beraber mesane kapasitesi, boşaltımı erteleme yeteneği, maksimum üretral kapanma basıncı ve fonksiyonel üretra uzunluğu azalmakta iken, inhibe edilemeyen mesane kontraksiyonlarında artma görülür. Yaş ilerledikçe gelişen bu olaylar Üİ sıklığını artırmaktadır (Abrams ve ark. 2003). Ünsal ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada kadınların yaşları ilerledikçe, Üİ sıklığının arttığı saptanmıştır ($p<0,05$). Ancak lojistik modelde yaş, Üİ için önemli bir risk faktörü olarak bulunmamıştır ($p>0,05$). Bazı çalışmalarda da benzer sonuçlar rapor edilmiştir (Melville ve ark. 2005b; Yu ve ark. 2009; Oliveira ve ark. 2010; Stothers ve Friedman 2011).

Yapılan bir çalışmada idrar yapma semptomları, depolama gibi herhangi bir AÜŞŞ’nin yaşla birlikte yaklaşık %50 oranında arttığı bildirilmiştir. Üİ, 70 yaş ve altı kadınlarda daha yaygınken, 70 yaş üstü kadınlarda ise noktüri daha fazladır. 50 yaş ve altı kadınlarda ise urgency daha fazla bildirilmiştir (Zhang ve ark. 2015a).

Noktüri sıklığı kadın ve erkekler için benzerdir ve yaşla birlikte önemli derecede artmaktadır (Guzzo ve Drach 2011). Yaşla birlikte artmasıyla beraber kadınlarda %28-62, erkeklerde %29-59 arasında görülmektedir (Weiss 2011b).

Hastane tabanlı yapılan çalışmalarda, 65 yaş ve üzeri olan kadınlarda aşırı aktif mesane varlığı (AAM) 1,49'dur ve yaşla birlikte artmaktadır (Hung ve ark. 2006). Tayvan'da yapılan bir çalışma ABD ve Avrupadaki sonuçlarla benzerlik göstermekte ve ıslak AAM (urge+AAM) yaşla birlikte artmaktadır. 6 Avrupa ülkesinde yapılan çalışmada, 40 yaş ve üzeri kadın ve erkeklerde AAM prevalansı %16,6 iken, 65 yaş ve üzerinde bu oran giderek artmaktadır (65-69 yaş aralığında %17,5, 70-74 yaş aralığında %22,1, 75 yaş ve üstünde %31,3'dür) (Chen 2007).

Yapılan bir çalışmada 50-59 yaş aralığı kadınlarda sıklık, inkontinans, urgency, urge inkontinans, stres inkontinans gibi 5 semptom görülürken, 60-79 yaş aralığında 8 semptom, 80 yaş ve üzeri kadınlarda 20 den fazla semptom görülmektedir (Haylen ve ark. 2007).

Cinsiyet

Yapılan çoğu çalışmada AÜSS'nde kadın cinsiyetin, önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Çetin'in (2010) yaptığı tez çalışmasında; 1810 katılımcıya ulaşılmış olup, kadınların %25,2'sinde idrar kaçırma, %44,5'inde SÜİ, %25,6'sında MÜİ, %11,5'inde ise sınıflandırılmayan tip idrar kaçırma olduğu; erkeklerin %13,5'inde idrar kaçırma, %20,3'ünde SÜİ, %6,5'inde MÜİ, %31,7'sinde ise sınıflandırılmayan tip idrar kaçırma mevcuttur. Üİ'nin kadınlarda erkeklerden 2-3 kat fazla olduğu ve yaşın ilerlemesi ile bu farkın ortadan kalktığı da bildirilmiştir.

3727 katılımcı ile yapılan çalışmada (%53,7'si kadın) inkontinans semptomlarının, özellikle de SÜİ'nin kadınlarda (%12), erkeklere (%0,8) göre daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Depolama semptomları kadınlarda fazla görülürken, erkeklerde ise depolama ve idrar yapma sonrası belirtiler fazladır. Aşırı aktif mesane prevalansı ise; erkekler arasında, ara sıra %17, sık sık %8; kadınlar arasında ara sıra %30, sık sık %20 olarak bildirilmiştir (Coyne ve ark. 2013). AÜSS'nin kadınlar arasındaki genel prevalansı %67 olup, görülme sıklığı yaşla birlikte artmaktadır (Bradway ve ark. 2008; Milsom 2009).

İrk

İrk ve aile hikâyesinin de AÜSS ile ilişki olduğu belirtilmiştir (Bradway ve ark. 2008). 2018 yılına kadar 2,3 milyar insanın en az bir AÜSS tarafından etkilenebileceği

belirtirilmiştir. AÜSŞ prevalansının kadınlarda erkeklere göre olma ihtimalinin fazla olduğu, özellikle Asya bölgesinde daha fazla olacağı tahmin edilmektedir (Irwin ve ark. 2011). SÜİ'nin Çinliler, Eskimolar ve siyah ırkta nadir görüldüğü bildirilmiştir (Çetin 2010).

Yapılan çalışmalarda ülkeler arasında benzerlikler olduğu belirtilmiş olmasına rağmen prevalans ve risk faktörleri, ülkeler ve ırka göre farklılıklar görülmekte olup, Tablo 2.1'de ırklarla ilgili prevalanslar yer almaktadır.

Düşük Sosyo-Ekonomik Durum

Sosyo-ekonomik düzeyin dolaylı göstergeleri arasında çalışma durumu, aile gelir durumu ve sağlık güvencesi yer almaktadır. Sosyo-ekonomik düzeyi iyi olanların hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmaları, hastalıklardan korunmaları, erken teşhis, tedavi ve rehabilitasyon için önemli bir unsurdur. Bu nedenle sosyo-ekonomik durumu kötü olanlar arasında Üİ sıklığının daha yüksek olması, beklenen bir durum olarak belirtilmiştir (Burti ve ark. 2012).

Ünsal ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada, Üİ sıklığı ile kadınların çalışma durumu, aile gelir durumu ve sosyal güvence durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir. Yapılan çeşitli çalışmalarda da sosyo-ekonomik durum ile Üİ sıklığı arasında bir ilişki olmadığı rapor edilmiştir (Kocak ve ark. 2005; Oh 2005).

Sigara İçme

Sigara içme, sağlığı etkileyen önemli bir risk faktörü olup, önemli sistemik yan etkilere sahiptir. Kanser riskini artırmakta, AÜSŞ'ne sebep olmaktadır. Pelvik taban disfonksiyonu ve Üİ patogenezinde önemli bir rolü vardır. Aynı zamanda AAM semptomları ve Üİ sonucunda üriner yollarda anormal fonksiyonları ile ilişkilidir. Norveç'te büyük bir kesitsel tipte toplum temelli yapılan çalışmada; hem önceden hemde yeni sigara içenlerle, idrar kaçırma arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Arada ilişki olmadığını gösteren çalışmalarda mevcuttur. Sigara ile AÜSŞ'nin işleyişini etkileyen mekanizma tam belli değildir. Vaka kontrol çalışmalarında özellikle SÜİ ile sigara içme ve detrüsör aşırı aktivitesi arasındaki ilişkiyi destekleyen çalışmalarda mevcuttur. Ocak 1991-Aralık 2009 yılları arasında üçüncü basamak sağlık merkezinde ürodinami uygulanan 11,678 kadın bir veri tabanında retrospektif olarak analiz edilmiştir. Ürodinami test ve sonuçlarının yorumlanması Uluslararası Kontinans Derneğinin önerileri doğrultusunda yapılmıştır. Kadınların %21,2'si (2476) sigara içmektedir. AÜSŞ prevalansı, %5-69 arasında değişmektedir. AAM semptomları sigara

içenlerde daha yüksek bulunmuştur. İkinci sırada noktürnal enürezis ve cinsel ilişki sırasında idrar kaçırmadır. Sigara içme ile SÜİ arasında anlamlı bir ilişki varlığı mevcuttur. Sigara içenlerde depresyon oranlarının daha yüksek olduğu ve antidepresan kullanma oranlarının da daha yüksek görüldüğü tespit edilmiştir (Madhu 2015). Depresyonun biyolojik mekanizmasında, sigara dumanından etkilenen nörotransmitter sistemdeki psikoaktif kimyasalların varlığı ile bağlantılı olduğu belirtilmiştir (Quattrochi 2000). EPINCONT çalışmasında (27936 kadın) günlük 1-19 sigara içenlerde Üİ prevalansı %22 iken, günlük ≥ 20 sigara içenlerde prevalans %37 olarak bildirilmiştir (Hannestad ve ark. 2003).

Sigara içenlerde gelişen sert ve sık öksürük nedeniyle pelvik taban kaslarında harabiyet ve karın içi basıncında artma görülür. Bunun yanında sigaranın içindeki bazı kimyasalların antiöstrojenik etkisi ve kollajen sentezinin bozulması sonucu Üİ gelişmesi kolaylaşmaktadır (Lucas ve ark. 2015). Buna karşılık bazı çalışmalarda sigara içme ile Üİ sıklığı arasında bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir. Bunun nedeni bu çalışmalarda sigara içme ile ilgili süre ve doz cevap ilişkilerinin değerlendirilmemiş olması olabilir (Hsiesh ve ark. 2008).

Obezite

Obezite sonucu gelişebilen kronik karın içi basınç yüksekliğinin, obez kadınlar arasında idrar kaçırma için önemli bir risk olduğu ileri sürülmüştür. Karın içi basıncının artması pelvik kaslarda ve sinirlerde gerilme, esneme ve zayıflamaya yol açarak, Üİ gelişme olasılığını arttırmaktadır. Çalışmalarda lojistik model sonuçlarına göre obezitenin Üİ için önemli bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (OR:2,777), ($p<0,05$). Çeşitli çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (Hsiesh ve ark. 2008; Yu 2009; Thom ve ark. 2010).

Hunskar tarafından yapılan çalışmada artan beden kitle indeksi ile karın içi basıncın arttığı böylece pelvik taban innervasyonuna ve kasların zayıflamasına sebep olarak, stres tipi idrar kaçırmaya yol açtığı bildirilmiştir (Hunskar 2008). Obez kadınların AAM ve noktüri için artmış risk taşıdıkları, bu semptomların yaşam kalitesini anlamlı şekilde bozduğu da rapor edilmiştir (Melin ve ark. 2007).

Kronik Hastalıklar

Sürekli olarak ilaç kullanmayı gerektiren bazı kronik hastalıklarda, Üİ sıklığının artması beklenen bir durumdur. Hipertansiyon tedavisinde kullanılan alfa bloker ve diüretik gibi ilaçların üriner semptomlara neden olduğu (Ekundayo ve ark. 2009),

kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda öksürme ile artan karın içi basıncından dolayı sıklıkla SÜİ gelişebildiği ve diyabetin neden olduğu mikrovasküler komplikasyonlardan mikroalbuminüri ve periferik nöropatik ağrı ile Üİ arasında güçlü bir ilişki olduğu (Brown ve ark. 2006) örnek olarak verilebilir. Ünsal ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmalarında, herhangi bir kronik hastalık varlığının, Üİ için önemli risk faktörü olabileceği belirtilmiştir ($p<0,05$). Bununla birlikte yaptıkları lojistik model sonuçlarına göre kronik hastalık varlığı, Üİ için önemli bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (OR: 4,711), ($p<0,05$). Yapılan çeşitli çalışmalarda da bazı kronik hastalıkların (Diabetes Mellitus, Hipertansiyon, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, v.b.) Üİ için önemli risk faktörleri arasında olduğu rapor edilmiştir (Kocak ve ark. 2005; Hsiesh ve ark. 2008; Tozun ve ark. 2009; Yu ve ark. 2009; Thom ve ark. 2010; Wu ve ark. 2011; Burti ve ark. 2012).

Kronik Kabızlık

Kronik kabızlık sürekli zorlanmaya bağlı olarak pelvik taban bağ dokusunda hasar ve ligamentlerin gevşemesine yol açarak pelvik taban kaslarının zayıflamasına ve karın içi basıncın da artmasına neden olur. Kabızlık ile Üİ arasındaki ilişki, artmış karın içi basınç ile açıklanabilir (Brown ve ark. 2006). Ünsal ve ark. (2013) çalışmalarında, kronik kabızlık şikâyeti olan kadınlarda Üİ sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan bazı çalışmalarda da kabızlığın Üİ, AAM, UÜİ için risk faktörlerinden biri olduğu rapor edilmiştir (Zhu ve ark. 2008; Wyman ve ark. 2009; Yu ve ark. 2009; Wu 2011).

Histerektomi

Histerektomi, bazı jinekolojik hastalıkların tedavisi için etkili bir prosedür olmasına rağmen, üriner fonksiyon değişikliklerinin gelişmesi ile özellikle de Üİ ile ilişkilidir (Brown ve ark. 2006). Histerektomi sırasında uterus ve serviksten mesanenin ayrılması işleminde yapılan künt diseksiyon, detrüsrör innervasyonuna ve kardinal ligamanların da ayrılması ile pelvik pleksusun ana dallarına zarar verebilir (Smith ve ark 2010). Sonuçta üretra ile yakın ilişkisi olan yapılarda fonksiyon değişiklikleri görülür. Ancak mesane duyarlılığında önemli bir artış olması, histerektominin özellikle UÜİ semptomlarının gelişmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Prior ve ark. 1992).

Ünsal ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında; Üİ sıklığı, histerektomi öyküsü olan kadınlarda, olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Farklı

çalışmalarda da histerektomi operasyonu öyküsü olan kadınlarda Üİ sıklığının daha yüksek bulunduğu rapor edilmiştir (van Der ve ark. 2002; Krogh ve ark. 2007). Bazı çalışmalarda ise Üİ ile histerektomi arasında bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (Virtanen ve ark. 1993; Hsiesh ve ark. 2006).

İri Bebek Öyküsü

İri bebek öyküsü olan kadınlarda pelvik sinirlerin hasar görmesi ve pelvik taban kaslarının zayıflaması nedeniyle, Üİ gelişme olasılığı daha yüksektir. Yapılan çalışmalarda iri bebek öyküsünün Üİ için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (OR: 1,947; p=0,021) (Zhang ve ark. 2005, Oliveira ve ark. 2010). Fakat Connolly ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada, bebek doğum ağırlığı ile Üİ arasında bir ilişki bulunmadığı rapor edilmiştir.

Menopoz

Kadınlarda pelvis tabanı pubokoksigeus kasında, mesane üçgeninde, distal ve proksimal üretranın skuamöz epitelinde östrojen reseptörleri çok yoğundur. Menopoz sonrası dolaşımdaki östrojenin azalması, yaşlanma ile beraber alt idrar yolunda meydana gelen fizyolojik değişiklikler ve östrojen reseptörlerinin eksikliği, Üİ sıklığının artması ile ilişkili bulunmuştur. Çalışmalarda menopozda olmanın Üİ için önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (Danforth ve ark. 2006; Zhu ve ark. 2008; Menezes ve ark. 2010). Menopoz ile Üİ sıklığı arasında bir ilişki bulunmadığını bildiren çalışmalar da vardır (Özerdoğan ve ark. 2004; Oh ve ark. 2005). Menopoz ile Üİ arasında ilişki bulunmayan çalışmalarda menopoza girme yaşı, menopozlu geçen yıl sayısı gibi faktörlerinde etkili olabileceği belirtilmiştir.

Düşük Eğitim Seviyesi

Öğrenim düzeyi yüksek olan kadınların diğer sağlık sorunlarında olduğu gibi AÜŞŞ varlığında da erken teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden faydalanma ile ilgili olarak daha bilinçli ve hızlı hareket etmeleri beklenen bir durumdur. Ünsal ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada kadınlarda okuma yazma bilmeme durumunun Üİ için önemli bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (OR:6,62), (p<0,05). Yapılan bazı çalışmalarda da düşük öğrenim düzeyinde Üİ sıklığının, yüksek olduğu bildirilmektedir (Melville ve ark. 2005a; Özerdoğan ve ark. 2004; Oh ve ark. 2005). Tozun ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise kadınların öğrenim düzeyi ile Üİ sıklığı arasında bir ilişki bulunmadığı rapor edilmiştir (Tozun ve ark. 2009).

Ailesel Yatkınlık

Çocukluğunda enürezis öyküsü olan erişkinlerde, Üİ riskinin yüksek olması beklenen bir durumdur (Tozun ve ark. 2009). Ünsal ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada Üİ sıklığı, çocukluğunda enüresiz öyküsü olan kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (Ünsal ve ark. 2013). Ayrıca enüresiz öyküsü lojistik modelde, Üİ için önemli bir risk faktörü olarak belirlenmiştir (OR: 2,600, $p<0,05$).

SÜİ ve pelvik organ prolapsus cerrahilerinde, altta yatan riskleri belirlemek amacıyla bir çalışma planlanmıştır. İsveç nüfusuna dayalı bu çalışmada; anne ya da kız kardeşte Üİ şikâyetlerinin varlığı nedeniyle ameliyat olması, 50 yaş altı ve az sayıda gebeliği olan bireylerde bile, pelvik taban sorunları için yüksek bir risk olduğu ve anne yada kız kardeşte genetik yatkınlığın SÜİ için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Genç bireylerde kalıtımın önemli rol oynadığı, ileri yaşlarda ve artan gebelik durumlarında ise daha az etkili olduğu bildirilmiştir (Hamer ve Persson 2013).

İdrar Yolları Enfeksiyonları

Çalışmalar sonucunda yüksek düzeyde bakteriüri ile birlikte kadınlarda görülen AÜŞŞ; %39 Üİ (Khasriya ve ark. 2010), %29 depolama semptomları (Walsh ve ark. 2012) ve %28 AAM (Hessdoerfer ve ark. 2011) varlığıdır. Düşük düzey (10^3 - 10^5 koloni/ml) bakteri varlığı da yine AÜŞŞ ile ilişkili bulunmuştur. Son yapılan çalışmaların birinde de bakteriüri ile AÜŞŞ arasında güçlü bir ilişki varlığından bahsedilmiştir. Noktüri, urgency, mesanede ağrı gibi özellikle AAM varlığını gösteren patogeneze ile bakteri koloni sayısı arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Depolama ve inkontinans semptomlarının yüksek olduğu, yaş, gebelik ve diğer karışık risklerden sonra; mesanede ağrı, noktürnal enürezis urgency ve noktüriyi de içeren depolama semptomlarının da bakteriüri ile ilişkili olduğu (Sorrentino ve ark. 2015), ayrıca kronik AÜŞŞ'nde de tekrarlayan enfeksiyonların varlığından da bahsedilmiştir (Hannan ve ark. 2012).

Yine yapılan birçok çalışmada idrar yolları enfeksiyonlarının da AÜŞŞ için bir risk faktörü olabileceği belirtilmiştir (Bradway ve ark. 2008; Buttaro ve ark. 2013). Yagmur ve Ulukoca (2010), Işıklı ve ark (2011) yaptıkları çalışmalarında; AÜŞŞ için tekrarlayan üriner yol enfeksiyonlarının, önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca Üİ gibi semptomlardan sonra oluşan olumsuz etkilerden dolayı, kadınların yaşam kalitesi, sosyal, psikolojik iyi olma halinde azalma ve sonucunda da

üriner yol enfeksiyonlarının artması, ciltte hassasiyet ortaya çıkmaktadır (Ostaszkievicz ve ark. 2012).

İdrar yolu enfeksiyonu, Üİ'na neden olabilen veya Üİ oluşumunu kolaylaştıran geri dönüşümlü bir durumdur. İdrar yolu enfeksiyonları, istemsiz detrüsör kas kontraksiyonlarının stimülasyonuna yol açmasından dolayı, Üİ için bir risk faktörüdür. Tozun ve arkadaşlarının, ≥ 20 yaş, 1585 kadınla yaptıkları çalışmalarında, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu öyküsü olanlarda, Üİ sıklığının anlamlı bir şekilde ($p < 0,001$) daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tozun ve ark. 2009). Üİ ile idrar yolu enfeksiyonları arasında benzer ilişki yine yapılan bir çalışmada da rapor edilmiştir (Wu ve ark. 2011).

Gebelik ve Doğum Öyküsü

Primipar gebelerin doğumdan sonra 8-10. haftalarda değerlendirilmeye alındığı bir çalışmada, AÜSS yaygınlığı değerlendirilmiştir. Primipar gebelerde en sık görülen semptom %82 frequency/sık idrara gitme olarak belirtilmiş, yarıdan fazla olan kadında (%51) ise kötü pelvik kas tonüsü (grade 3) belirlenmiştir. Gebelik esnasında semptom şikâyetleri devam eden %11 kadında, doğum sonrasında semptomlar devam etmiştir. Özellikle grade 3 altında olan kadınların, PTKİ için ayırt edilmelerinin çok önemli olduğu vurgulanmıştır (Bhat ve ark. 2016).

Çok doğum yapan kadınlarda pelvik taban kaslarının zayıflaması sonucu Üİ gelişmesinin daha kolay olacağı beklenir. Yapılan çeşitli çalışmalarda kadınlarda doğum sayısının fazla olması, Üİ için önemli risk faktörlerinden biri olarak bildirilmektedir (Filiz ve ark. 2006; Yu ve ark. 2009; Zhu ve ark. 2008). Ünsal ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında; kadınlar arasında doğum sayısı arttıkça, Üİ sıklığının da arttığı saptanmıştır ($p < 0,05$). Bazı çalışmalarda da benzer sonuçlar rapor edilmiştir (Hsiesh ve ark. 2008; Oliveira ve ark. 2010; Stothers ve Friedman 2011).

Kahyaoglu ve Balkanlı tarafından yapılan çalışmada, gebelik esnasında kadınların AÜSS'ne bağlı olarak çeşitli şikâyetler yaşadıkları belirtilmiştir. Gebelik ve çocuk doğurmuş olmanın pelvik taban kaslarını etkilediği, AÜSS'ne sebep olduğu ve kadınların yaşam kalitesini düşürdüğü de saptanmıştır (Kahyaoglu ve Balkanlı Kaplan 2016). Özellikle kadınların gebelikleri sırasında, AÜSS'den depolama ve idrar yapma semptomlarının çok fazla görüldüğü, doğum sonrası da şikâyetlerin genelde devam ettiği ve gebelikte semptomların görülmesinin kadının sonraki yaşamı içinde bir risk faktörü oluşturduğu belirtilmektedir (Wesnes 2013).

3002 primipar kadın pelvik taban disfonksiyonunun (PTD) için değerlendirildiği bir araştırmada, semptomlar için genel prevalans %71,5 olarak bildirilmiştir. İlk doğumu sezaryan olanlarda, riskler daha düşük bulunmuştur. Önemli bir risk faktörü olarak gebelikten bağımsız olarak obezite bildirilmiştir (Dolan ve Hilton 2010). Bunun yanında doğum sonrası ortaya çıkan noktüri, frequency, urgency, urge ve SÜİ içeren birçok semptomun, doğum şekli ile ilişkili olmadığını belirten çalışmalarda söz konusudur (Botelho 2012).

Citgez ve ark (2015) yaptıkları çalışmada, birçok çalışma ele alınıp sonuçları değerlendirilmiş; artan yaş, vajinal doğum yapmış olma, sezaryan doğum, önceden inkontinans cerrahi öyküsünün olması önemli risk faktörleri olarak bildirilmiştir.

Pelvik taban disfonksiyonu etiyolojisi multifaktörel olup, belirlenmesinde konnektif doku zayıflığı ya da pelvik taban kaslarının iyi değerlendirilmesi gerekir. Gebelik çoğu araştırmada risk faktörü olarak belirtilmiş, özellikle forseps kullanılan vajinal doğumun, Üİ için risk olduğu ve sezaryan ile doğumun tamamen önleyici bir yöntem olmadığı belirtilmiştir. Yaş, sigara içme, obezite, kronik kabızlık, ağır kaldırma gibi durumlarda karın içi basıncın artmasına sebep olan risk faktörlerinin de önemli olduğu belirtilmiştir. SÜİ ve diğer PTD içeren semptomların nullipar kadınlarda da görüldüğü belirtilmiş, gebelik ve doğumun tekli faktör olmadığı vurgulanmıştır (Allen-Brady ve ark. 2009).

Tahtinen ve ark (2016) yaptıkları çalışmada; vajinal doğumdan sonra uzun dönemde SÜİ oranının 2 kat, sezaryanla karşılaştırıldığında %8 oranında artış olduğu, uzun dönem etkisinin de yaşla azaldığı belirtilmiştir. Çalışma planlı ve müdahaleli vajinal doğum ile sezaryan doğum arasında fark olmadığını belirtmiştir. Vakum, forseps gibi müdahaleli vajinal doğumun, sezaryan doğuma göre travma riski teşkil ettiği bildirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, sezaryan oranlarının %10-15 arasında ideal olduğunu bildirmesine rağmen her geçen gün özellikle orta ve yüksek gelirli ülkelerde sezaryan oranları artmaktadır. 2011 yılında ABD’de %33, İngiltere’de %24 ve Brezilya’da %54 olarak bildirilmiştir. Sezaryan sonucunda istenmeyen yan etkilerin mevcut olduğu; enfeksiyon, kanama, trombozis, gelecek doğum hikâyelerini etkilemesi gibi komplikasyonlar mevcuttur. AÜSŞ riski az olarak belirtilmesine karşın komplikasyonları da düşünüldüğünde, sezaryan doğum önerilmemektedir (Tahtinen ve ark 2016).

Özellikle antenatal bakımda kadınlara öğretilen pelvik taban kas egzersizlerinin, pelvik tabana giden kan akışını artırdığı ve doğum sonu dönemde Üİ gibi AÜSS'ni azalttığı bildirilmektedir. Kadınların ileriki dönemde şikâyetlerini azaltmak amacıyla koruyucu tedavi olarak antenatal eğitimlerde PTKE önerilmektedir (Bø ve Haakstad 2011; Miquelutti ve ark. 2013).

Genetik yapı

Yaşlı bireyler arasında Üİ bütün tiplerinin gelişmesinde en önemli etkinin gen özellikleri, orta yaşlı insanlar arasında ise SÜİ gelişmesinde en önemli etkinin çevresel faktörler olduğu belirtilmiştir (Nguyen ve ark. 2011). Epidemiyolojik çalışma sonuçlarında; Üİ için risk olarak aile bireylerinin öyküsü yanında, genetik faktörlerinde SÜİ ve pelvik organ prolapsuslarını %40 oranında etkilediği belirtilmiştir. Son yapılan çalışmalar gen yapısı üzerinde durmaktadır. İskelet kas miyosinin ve temel membran laminin proteini üzerine yoğunlaşmaktadır (Altman 2008; Allen-Brady ve ark. 2009). Genlerle ilgili yapılan bir araştırmada; pelvik taban disfonksiyonları (POP, SÜİ, UÜİ ve herniler) ile kadınların genotipleri değerlendirilmiştir. 32 aile ile yürütülen çalışmada; 17 soyağacında, 9q kromozomunun PTD için bir yatkın gen olduğu belirtilmiştir (Allen-Brady ve ark. 2009).

Yapılan çalışmalar AÜSS'nde genetik faktörlerin de önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir (Rohr ve ark. 2004; Richter ve ark. 2015). Bir çalışmada; 1168 kadın ikiz çift, orta yaş (46-68 yaş) ve yaşlı (69-94) olmak üzere iki grup halinde ele alınmıştır. Genetik yatkınlığın monozigot ikizlerde, dizigot ikizlerle karşılaştırıldığında, daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Rohr ve ark. 2004).

Retrospektif yapılan bir çalışmada 4894 genotip araştırılmış ve çalışma sonucunda UÜİ vakalarında; ZFP521, CIT ve ADAMTS16 genlerinin etkili olduğu bildirilmiştir. Genetik faktörler kadar çevresel faktörlerinde AÜSS için önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (Richter ve ark. 2015).

Beslenme

Beslenme şekli de AÜSS'ni azaltmada, değiştirilebilir yaşam tarzı değişikliğidir. C vitamini alımının AÜSS azalttığı, protein ve sodyum alımının ise riski artırdığı bildirilmiştir. Alkol, kafein tüketimi, mesaneyi irrite edici besinlerin tüketimi gibi birçok beslenme davranışı ile şikâyetler ilişkilidir. 3 yıl boyunca derin görüşme yapılan ve takip edilen ≥ 45 yaş aralığında olan bireylerde AÜSS değerlendirilmiş, toplam enerji

alımı, ayarlanmış protein tüketiminin ya da fiziksel aktivite sırasında alınan kalenin depolama semptomlarını artırdığı belirtilmiştir (Choo ve ark. 2015).

Ertem’de çalışmasında beslenmenin Üİ için bir risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin, toplumdaki tüm kadınları inkontinansa neden olabilecek risk faktörleri (doğum öyküsü, beslenme, ailesel öykü vb.) açısından değerlendirmesi, üriner inkontinans bulguları, risk faktörleri ve üriner inkontinansdan korunma konularının öğretilmesi (egzersiz, vb.) yanısıra danışmanlık hizmetlerinde de, etkin bir şekilde rol alması gerektiğini vurgulamıştır (Ertem 2009).

2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Olumlu sağlık davranışı; bireylerin kendi ve başkalarının sağlığını, aktif biçimde korumak için gösterdiği bilinçli çabalar. Bireyler karşılaşacakları riskler ya da sağlıklı seçenekler konusunda bilgi sahibi olmadıklarında ya da edindikleri bilgi, davranış biçimlerini değiştirmeleri için yeterli bilgi olmadığında, sağlığı bozucu tutum ve davranışlarda bulunabilmektedirler.

Tarihte tıp ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeye bakıldığında, insanların önce hasta olanları iyileştirmeye çalıştıkları, daha sonra da bu hastalıklardan korunma yollarını aradıkları görülmüştür. Tüm bu çabalar, insanı sağlıklı yaşatma amacına yöneliktir. Bunun için insanları hastalanmaktan koruyan ve yaşamları boyunca sağlıklı olmalarını sağlayan pek çok uygulama geliştirilmiştir. Günümüzde bu uygulamaların hepsine birden “Sağlıklı Yaşam Biçimi” (Healthy Life Style) adı verilmektedir (Tiryaki 2013).

Walker ve arkadaşları sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını oluşturan faktörleri şu şekilde belirtmişlerdir:

Sağlık Sorumluluğu: Bireyin kendi sağlığını korumak ve hastalıkları önlemek için kendi tutum ve davranışlarını uygulaması, gerektiğinde değiştirmesi anlamına gelmektedir. Aynı zamanda sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığına ne düzeyde katıldığını gösteren bir belirleyicidir. Bireyin kendi sağlık sorumluluğunu alması, sağlığı geliştirmenin başarılı olabilmesinde anahtar rol oynar. Bireyin davranışlarının ve yaşam biçiminin, sağlığını nasıl etkilediğini anlamasını sağlayarak, riskli davranışlardan (sigara içmek, riskli seksüel deneyimler, alkol almak vb.) uzak durmasını sağlar (Alemdar 2016).

Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi;

- Vücudunu ve organlarının çalışma sistemini tanıması,

- Sağlık ile ilgili değişiklikler ve sorunlar olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna başvurusu,
- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkik ve tahlil yaptırması,
- Periyodik aralıklarla kontrollerini yaptırması,
- Sağlıkla ilgili konularda güncel bilgiler edinmesi ve sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi,
- Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi,
- Sağlıkta sapmalar olduğunda, gerekli önlemleri alması,
- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi ile belirlenir (Tiryaki 2013).

Fiziksel Aktivite: Fiziksel egzersiz, enerji tüketimi ile sonuçlanan vücut hareketi olup, büyük kas gruplarının belli bir düzeyde hareket ettirilmesi, kas performansının geliştirilmesi ve kardiyovasküler direncin artırılması olarak tanımlanır (Akyol ve ark 2008).

Egzersizin amacı, fiziksel uygunluğu geliştirmek için oksijen dağılımını yapmak, metabolik süreçleri düzenlemek, kas-eklem hareketlerini iyileştirmek ve vücut yağ oranını azaltmaktır (Tayar ve Korkmaz 2007). Günümüzde yaşam kalitesini artırarak yaşamak, uzun yaşamak kadar önemli bir konu haline gelmiştir. Sağlıklı yaşlanmak ve yaşa bağlı oluşabilecek sağlık risklerini çeşitli yöntemlerle en aza indirebilmek için temel etkenlerden biri fiziksel aktivitedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nın 2002 raporuna göre, hareketsiz yaşam dünya çapında yılda 1.9 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır. Dünya genelindeki meme kanseri, kolon kanseri ve diyabet vakalarının yaklaşık olarak %10-16'sına ve kalp hastalıklarının %22'sine hareketsiz yaşam sebep olmaktadır (Akyol ve ark 2008).

Beslenme: Beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için insanın fizyolojik olarak gereksinimi olan besin öğelerini, vücuda almasını gerektiren bilinçli yapılması gereken bir davranıştır. Hücrelerin yenilenip fonksiyonlarını sürdürebilmesi için gerekli olan temel besin öğelerinin, bireyin fizyolojik özelliklerine göre yeterince alınmasına, yeterli ve dengeli beslenme denir (THSK 2016).

Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için yeterli ve dengeli beslenilmesi ve bu davranışın kazanılması gerekmektedir. Bununla birlikte bireylerin yeterli ve dengeli beslenmesi gelişimsel, kültürel, ekonomik nedenler, alışkanlıklar ve sağlık durumu gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (Çetiner 2014).

Beslenmenin sağlıklı olabilmesi için, yeterli ve dengeli olması gerekir. Günlük alınan besinler kalori bakımından yeterli olmalı, iyi kalitede protein içermeli, yağ (özellikle doymuş yağ), kolesterol, sodyum, rafine, şeker içeriği az olmalıdır. Buna karşılık kompleks karbonhidratlar, mineraller ve vitaminler bakımından zengin ve bol posalı olmalıdır. Beslenme alışkanlıkları insanları bedensel ve zihinsel sağlıklarını önemli derecede etkilemesi bakımından günümüzde ki dünya ülkelerinde üzerinde önemle durulan bir konudur (Tiryaki 2013).

Manevi Gelişim: Bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirlemeyi amaçlamaktadır. Manevi gelişim, iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Aşılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını yaratır. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır (Bahar ve ark. 2008).

Kişiler Arası İlişkiler: Kişiler arası ilişkiler, bireyin başkaları ile olan nedensel gereklilikler dışında anlamlı ilişkiler kurmasını, sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşüncelerini ve duygularını paylaşmasını içerir (Bahar ve ark. 2008).

Kişiler arası ilişki desteği; yakın arkadaşlarla vakit geçirmek, başkalarıyla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurmak, başkalarına karşı ilgi ve sevgiyi ifade etmek, onlara karşı içten olmak, kendine yakın kişilere dokunmaktan ve onların dokunmasından hoşnut olmak, kişisel sorunları yakın arkadaş ve aile üyeleri ile paylaşmak olarak ifade edilmiştir (Bahar ve ark. 2008).

Stres Yönetimi: İnsanların fiziksel ya da psikolojik açıdan tehlike olarak gördükleri olaylarla karşılaşmaları sonucu meydana gelen durum stres olarak adlandırılmaktadır. Stres fizyolojik (travma, sıcak, soğuk gibi), psikolojik (duygusal problemler, içsel sıkıntılar) ya da sosyal (çevresel faktörler, sosyo-kültürel durum v.b.) faktörlere bağlı olarak gelişebilmektedir. Ayrıca stres, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanmasını azaltarak, olumsuz sağlık davranışlarına yönlendirerek, sağlığı olumsuz etkiler (Alemdar 2016).

2.4.1. Alt Üriner Sistem Semptomları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Uluslararası İnkontinans Danışmanlığı (International Consultation on Incontinence), Jinekoloji ve Obstetri Amerikan Koleji (American College of Obstetricians and Gynecologists), Kanada Jinekoloji ve Obstetri Derneği (Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada), Sağlık ve Refah için Birleşik Krallıklar Derneği (United Kingdom's National Institute for Health and Excellence) ile Amerika Birleşik Devletlerinde, Ulusal Enstitüler tarafından (United States' National Institutes of Health); AÜSŞ tedavisinde, davranışsal tedaviler önerilmektedir. Davranışsal müdahaleler de 2 aşamada incelenmektedir. Birinci aşamada şikâyetleri azaltmak, mesane sağlığı için alışkanlıklar kazandırmak, ikinci aşamada ise mesane disfonksiyonlarını gidermek amaçlanır. Sağlıklı mesane alışkanlıkları için sağlıklı yaşam tarzı önemlidir. Mesane iritanlarını ortadan kaldırmak, sıvı alımını yönetmek, kilo kontrolü, düzenli bağırsak yönetimi, sigarayı bırakma ve düzenli miksiyon alışkanlıklarını kazanmaktır. Normal ve anormal mesane fonksiyonu için hasta eğitimi, sağlıklı mesane alışkanlıklarının kazandırılması çok önemlidir. Hasta eğitimi; pelvik kasları kullanma, urge kontrolü, idrar yapma programının oluşturulması ve mesane eğitimini içermektedir (Wyman ve ark. 2008).

Literatürde yaşam tarzı değişikliği, AÜSŞ'nde konservatif tedavi bileşeni olarak davranışsal tedavi içerisinde yer almaktadır. Yaşam tarzı ve davranış önlemleri; üriner inkontinans, aşırı aktif mesane, idrar yolu enfeksiyonları gibi üriner sistem semptomlarını azaltmada etkilidir (Christofi ve Hextall 2007). Ayrıca konservatif tedavinin bileşeni olarak ele alınan yaşam tarzı değişiklikleri, yayınlanan uluslararası kanıt temelli rehberlerde (Avrupa Üroloji Birliği (European Association of Urology-EAU-2014) ve randomize kontrollü çalışmalarda, tedavide ilk seçenek olarak bildirilmektedir (Lucas ve ark. 2015).

Yaşam tarzı değişikliklerinin amacı; bireyin alışkanlıklarının (sigara, egzersiz, beslenme vb.) tanımlanarak, pelvik taban disfonksiyonunu tetikleyen ya da semptomları artıran alışkanlıklar/risk faktörleri ve çevrenin değiştirilmesi; pelvik taban kontrolünün geri kazanılmasıdır (Karan 2016). Kilo kaybı, sigarayı bırakma, diyet, mesane iritanlarını azaltma, sıvı alımının yönetimi, fiziksel egzersiz, mesane eğitimi, kabızlığı önlemek gibi dolaylı ya da doğrudan etkili olan yaşam tarzı değişiklikleri, AÜSŞ

yönetiminde önemlidir (Milne 2008; Wyman ve ark. 2009; Gungor ve Kızılkaya Beji 2011).

AÜŞŞ semptomları birey ve toplum üzerinde önemli bir yük getirmektedir. Birçok tedavi şekli olmasına rağmen, tedavide genellikle yaşam tarzı değişikliği tavsiye edilmektedir. Hem maliyetinin az olması hem de düşük ve istenmeyen yan etkilerinin olmasından dolayı tercih edilmektedir. Genellikle kilo kaybı, diyet değişikliği, sıvı alımının ayarlanması, kafein ve alkolün azaltılması, sigarayı bırakma, kabızlıktan kaçınma, fiziksel aktivite, ağır egzersizin kısıtlanması gibi davranışları içermektedir.

Hiçbir tedavi almayan, cerrahi tedavi yaptırmayan ya da ilaç tedavisi almayan kişileri içeren ve 2013 yılına kadar yapılmış 11 çalışma derlenmiştir. 5974 katılımcının yaşam tarzı değişikliklerinin Üİ üzerindeki etkileri belirlemiştir. Dört araştırmada kilo kaybı ele alınmış, 1 çalışmada soyadan zengin besinleri içen diyet ile içermeyen diyet karşılaştırılmış, 3 araştırmada sıvı alım hacmi değişikliği, 3 çalışmada kahve alımının azaltılması incelenmiştir. 4 çalışmada kilo kaybının, Üİ semptomlarını azalttığı fakat programın 3 ay ile 12 ay arasında farkı olduğu belirtilmiştir. Sıvı alımının azaltılması doğrultusunda yapılan çalışmalarda çok düşük kanıt bulunmuş olup, sıvı alımının azaldığı çalışmalarda kişiler baş ağrısı, kabızlık ve susuzluk yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kahve azaltılması gibi yaşam tarzı değişikliği sonuçlarında ise; düşük miktar, tamamen kesilmesi gibi durumlarda farklı sonuçlar bulunmuş olup, kanıt düzeyleri yetersizdir. (Imamura 2015).

Şekerli gazlı veya diyet içeceklerin tüketiminin azaltılması, alkolün azaltılması, kabızlıktan kaçınma, sigarayı bırakma, yorucu fiziksel güç egzersizlerini kısıtlama veya yüksek düzeylerini azaltmak, düzenli fiziksel aktivite gibi yaşam tarzı değişiklikleri ile Üİ semptomlarının azaltılması arasında randomize çalışmalarda kanıt olmamasına rağmen yarı randomize çalışmalarda kanıtlar bulunmaktadır (Imamura ve ark. 2015).

Yapılan son epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda AÜŞŞ ve değiştirilebilir risk faktörleri arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Diyet, fiziksel egzersiz, alkol, sigara gibi faktörlerin, AÜŞŞ'nin ilerlemesini azaltabileceği bildirilmiştir. Artmış fiziksel aktivite ve C vitamini alımının AÜŞŞ riskini azaltmada etkili olduğu, öte yandan protein ve sodyum alımının riski artırdığı belirtilmiştir. AÜŞŞ ile sigara ve alkol tüketimi ile ilgili çelişkili çalışmalarda mevcuttur (Maserejian ve ark. 2013; Choo ve ark 2015).

Septomlar üzerinde sağlık davranışları ile ilgili olarak yapılan çalışmalar yetersizdir. Hasta popülasyonundan ziyade genel popülasyon üzerinde yapılan çalışma sayısı ise azdır (Sexton ve ark. 2009).

AÜSS'ni kontrol altında tutmak, iyileştirmek ve kontinansı sağlamak için yapılması gereken; planlanan yaşam tarzı değişikliklerinde hasta eğitimi önemli bir yer almaktadır.

2.4.1.1. Hasta Eğitimi

Hasta eğitimi davranışsal tedavinin temelini oluşturmaktadır. Normal ve anormal mesane fonksiyonunu anlama temeline dayalı bir süreçtir. Özellikle AAM ve UÜİ'nin yönetimi ve önlenmesinde tavsiye edilen önemli bir basamaktır. Mesane alışkanlıklarının kazanılması için yaşam tarzı değişiklikleri, eğitim tekniklerine bağlı olarak, günlük faaliyetlerde davranış değişikliğini kazanmak önemlidir. Davranışsal tedaviler ve optimal tedavi sonucu için hastalara danışmanlık yapılması esastır.

İlk değerlendirmede mesane günlüğü ile birey kendi işeme davranışını öğrenecektir. Bazı bireyler mesaneyi boşaltmak için davranış kazanarak inkontinansı azaltabilir, idrar yapma sıklığını ayarlayabilir. Genelde bir mesane günlüğü, 3-7 gün takip edilerek, idrar yapma sıklığı, zamanı, idrarını tutamadığı ve sıvı aldığı süreçler değerlendirilir. Mesane günlüğü ile isteyerek idrar yapma yapıldığı zaman, UÜİ atakları, urge şiddeti kaydedilir. İşeme tipi, alınan sıvı miktarı hesaplanır (Sampselle 2003).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önem derecesi, bireylerin kendilerine olan güven ve motivasyonu ile alakalıdır. Yapılan günlük yaşamdaki değişikliklerin amacı anlatılarak, hastaların sağlıkları için faydalı olacağını ve yaşam kalitesini artıracığını vurgulamamız gerekmektedir. Bu konuda eğitimler verilmeli ve hastalar desteklenmelidir.

Davranış değişiklikleri için kuramsal yaklaşımlar; niyetler, davranış üzerine kontrol, sosyal etkiler, sosyal destek, çevresel ve kişisel yetenekler, davranışın algılanan sonuçları ve kişilerarası etkilerdir. Bu yüzden bireyler davranış değişikliği için kararsız duygular yaşayabilirler. Onları mutlu edecek bir durumdan vazgeçmeleri ya da değiştirmeleri, mutsuz olmalarına sebep olabilir. Bu nedenle iyi bir iletişim tekniği, yönetmelik, sağlık rehberleri, hasta takibi ve hastanın duygularını ifade etmesi ile hastanın kendini nasıl hissettiğini bilmemiz gerekmektedir. Bu motivasyonu artıracak

girişimler ve değişikliklere uyumu desteklemek için sağlık personelinin gerekli bilgi ve becerilere sahip olması önemlidir (Shumaker ve ark. 2008).

Normal ve anormal mesane fonksiyonu ile ilgili hasta eğitimi, sağlıklı mesane alışkanlıklarının kazanılmasına yardımcı olmaktadır. Eğitim materyalleri, hem birinci basamak klinisyenler hemde hastalar için davranışsal müdahalenin başlangıcı ve sağlıklı mesane davranışı kazanmaları açısından yararlı olabilir (Wyman ve ark. 2009).

Tedavi ve bakımda kadınların bireysel ihtiyaçları ve tercihleri dikkate alınmalıdır. Üİ'li kadınların bakım ve tedavisi için bilinçli karar verilmelidir. O yüzden sağlık uzmanları ve kadınlar arasında etkili bir iletişim şarttır. Kadının ihtiyaçları doğrultusunda kanıta dayalı bilgiler verilmeli, eğitimlerle desteklenmelidir. Tedavi, bakım ve bilgilendirme kadının kültürüne uygun olmalıdır. Kadının yakınlarına ya da bakıcılarına da bilgi verilmeli ve destek sağlanmalıdır (NICE 2006).

2.4.1.2. Fiziksel Egzersiz

Birçok ulusal organizasyon, yetişkinler için haftanın her günü ya da haftanın 5 günü, en az 30 dk, orta derecede egzersiz yapılmasını önermektedir. 2003 yılında bu tavsiyelere göre yetişkin kadınların yarısından azı uyarken, 65 yaş ve üzeri olan kadınların %32'sinin bu yönergeleri izlediği belirtilmiştir. Üİ gelişimi ile yapılan fiziksel egzersizin, orta ya da yoğun şiddette olması arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Düzenli fiziksel aktivite ile pelvik taban kasları güçlenmekte, Üİ gelişme riski azaltmaktadır (Centers for Disease Control and Prevention 2006, Division of Nutrition and Physical Activity National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion 2006).

Yapılan bir çalışmada, haftada hergün önerilen yürümeyide içeren orta derecedeki egzersizin, yaşlı kadınlarda Üİ gelişme riskini %20-25 oranında azalttığı bildirilmiştir. İnkontinans gelişimi özellikle SÜİ'nin, pelvik taban kaslarının fiziksel aktivite ile güçlenmesi sonucunda önlenebileceği vurgulanmıştır. Ayrıca yapılan egzersiz ile kilonun korunması sağlanmış olup, diyet uygulanmasıyla beraber de tedavi başarısını artıracığı belirtilmiştir (Danforth ve ark. 2007).

Üriner zayıflıkta fiziksel aktivitenin faydalı olduğu bildirilmiştir. Birçok kadına gebelik sırasında ve sonrasında düzenli egzersiz programı verilmiş ve olumlu sonuçlar elde edilmiştir (Eliasson ve ark. 2005).

Genellikle SÜİ olan kadınların pek çoğu idrar kaçağı korkusundan dolayı fiziksel egzersizden kaçınmaktadırlar. İnsanlar Üİ'dan dolayı egzersizi durdurup,

hareketlerini kısıtlar ve böylece kilo alma gibi diğer risklere maruz kalmaktadırlar (Christofi ve Hextall 2007). Üİ ve AAM üzerine egzersizin farklı tiplerinin etkisi ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır. 54-79 yaş aralığındaki kadınlarla yapılan çalışmada yoğun fiziksel aktivitenin; SÜİ'da idrar kaçırma sıklığında ve Üİ vakalarında da önemli bir azalma olduğu belirtilmiştir (Danforth ve ark. 2007). 30-79 yaş aralığında olan 5506 erişkinle yapılan büyük bir çalışmada, AÜŞŞ'nin klinik faktörleri ile yaşam tarzı değerlendirilmiş, özellikle yüksek egzersizin hafif egzersize göre AÜŞŞ azaltmada daha etkili olduğu bulunmuştur (Litman ve ark. 2007). Bir çalışmada da 665 primipar gebede, gebelik öncesi ve sonrası üriner zayıflık değerlendirilmiş, özellikle yüksek etkili fiziksel egzersizin pelvik taban disfonksiyonunu ve bağ dokusu hastalıklarını düzelttiği belirtilmiştir. Gebelik öncesi yapılan yüksek etkili egzersizin doğumdan sonraki Üİ'ı azalttığı bildirilmiştir (Eliasson ve ark. 2005).

Düzenli yapılan fiziksel egzersiz alışkanlığının nokturi üzerinde de olumlu bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir (Asplund ve Aberg 2004).

Düzenli egzersizin faydaları kanıtlanmış olup, düzenli egzersiz ile fiziksel ve psikolojik iyi olma durumu üzerinde olumlu etkileri belirtilmiştir. Yeni nesilde ve sanayileşmiş ülkelerde çocukların ve gençlerinde bulunduğu büyük bir popülasyon da bireylerin boş zamanları azalmış, böylece fiziksel egzersizden de uzaklaşmışlardır. Literatür yetersizliğine rağmen klinik tavsiyelere bakıldığında; yüzme, yürüyüş ve bisiklete binme gibi düşük etkili egzersizler yerine aerobik, koşu gibi yüksek etkili egzersizler önerilmektedir (Karan 2009). Orta düzey yapılan egzersizin Üİ semptomlarını iyileştirdiği belirlenmiştir (Auwad ve ark. 2008; Subak ve ark. 2009b).

Pelvik taban kas egzersizleri (PTKE) maliyetinin olmaması, hastanın istediği zaman ve istediği yerde kendi kendine yapabilmesi, hastaneye bağımlı olmaması açısından avantajlı bir tedavi yöntemidir. Birinci basamak tedavi yöntemi olarak konservatif tedaviler önerilmektedir. Pilates, yoga ve nefes egzersizlerinin de pelvik taban kas gücünü artırdığı belirtilmiş ancak yeterli kanıtların olmadığı, bu konuda yeni araştırmalara gereksinim olduğu vurgulanmaktadır. Pelvik taban veya Kegel Egzersizleri, pelvik taban kas gücü ve koordinasyonu sağlamak için teorize edilmiştir. Pelvik taban kas egzersizleri ile stres üriner inkontinansın iyileşmesini gösteren çok çalışma mevcuttur. Cochrane derlemesine dayanarak yapılan bir çalışmada; PTKE'nin, stres tipi idrar kaçırması olan tüm hastalara tavsiye edilmesi gerektiği belirtilmektedir (Dumoulin ve Hay-Smith 2008).

Öneri: Avrupa Üroloji Birliği tarafından yayınlanan kanıt temelli rehberde (2015) düzenli yapılan orta düzey fiziksel egzersizin; pelvik taban kaslarını güçlendirdiği, inkontinans riskini azalttığı, ağır fiziksel egzersizlerin ise inkontinansı şiddetlendirdiği bildirilmektedir (Lucas ve ark. 2015).

Düzenli yapılan orta düzeyde egzersizlerin (hergün ya da haftada en az 5 gün), 40/60 dk/günde 1 kez ya da 20-30 dk/günde 2 kez düzenli olarak yapılması önerilmektedir. Yapılan fiziksel egzersiz sayesinde kan dolaşımı artar, stres düzeyi düşer, kilo ve hormonal denge kontrolü sağlanır ve pelvik taban disfonksiyonu (DPTD) önlenir (Abrams ve ark. 2010).

2.4.1.3. Kilo Kontrolü- Obezitenin Önlenmesi

Obezite, vücutta zararlı ölçüde yağ dokusu artışı anlamına gelir ve beden kitle indeksi (BKİ), bel çevresi, bel çevresi/kalça oranı, vücut yağ oranı (%), visseral yağ oranı (%) gibi parametreler vücuttaki yağ oranının değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaktadır. BKİ pratikte en çok kullanılan parametredir ve yol göstericidir. Kişinin vücut ağırlığının (kg), boyunun karesine (m²) oranı ile hesaplanır. BKİ'ne göre yapılan obezite sınıflaması aşağıda yer alan Tablo 2.7'de verilmiştir (THSK 2016).

Tablo 2-7. BKİ'ne göre obezite sınıflaması

Zayıf	<18,5
Normal	18,5-24,9
Aşırı kilolu	25-29,9
Obez	>30
Obez Klas I (Hafif)	30-34,9
Obez Klas II (Orta)	35-39,9
Obez Klas III (Ağır-morbid obez)	>40

Aşırı kilo ve obezitenin neden olduğu bazı semptomlar kişinin sosyal hayatını kısıtlayarak, önemli fiziksel ve psikososyal sonuçlar doğurabilmektedir. Obezite birçok kronik hastalığa davetiye çıkararak artmış bir morbidite ve mortaliteye sebep olmasının yanı sıra, kişinin günlük aktivitelerini engellemekte ve hayat kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır (Muenning ve ark. 2006).

Obezite, tüm dünyada görülme sıklığı günden güne artan, önemli bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; dünyada yaklaşık 1 milyar aşırı kilolu, 300 milyon da obez insan mevcuttur (WHO 2008). Son yirmi yılda obezitenin prevalansında yaklaşık üç kat artış olduğu belirtilmektedir (WHO 2003). Ülkemizde

2009 yılı adrese dayalı nüfus kayıt sistemine göre obez nüfus oranı %31,2'dir (Bahçeci 2011).

Ölümcul obezite ABD'de 78 milyon insanı etkilemekle beraber çok yaygın görülmektedir (Ogden ve ark. 2013). 2009-2010 Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Araştırması (National Health and Nutrition Examination Survey) yetişkinlerde obeziteyi %35,7 olarak bildirmiş ve obezitenin sağlıklı yaşam üzerinde olumsuz etkileri olduğunu belirtmiştir (Brown ve ark. 2006). Obez kadın ve erkeklerde koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve diyabet için risk olmasının (Must ve ark. 1999) yanında obez olan bireylerde stres üriner inkontinans görülme oranı da (Hannestad ve ark. 2003) çok yüksektir. Beden kitle indeksinin artması ile üriner inkontinans riski %20-70 artmaktadır (Subak ve ark. 2009a). Bariatrik cerrahi operasyonunu düşünen obez kadınlar ile yapılan çalışmada, üriner inkontinans şiddeti istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bariatrik cerrahi arayan kadınların %71'inde üriner inkontinans saptanmıştır (stres üriner inkontinans %60, sıkışma üriner inkontinans %53 ve karışık tip inkontinansa %42) (Chen ve ark. 2009).

Çalışma, artan beden kitle indeksi ile karın içi basıncın arttığını böylece pelvik taban innervasyonuna ve kasların zayıflamasına sebep olarak, stres tipi idrar kaçırmaya yol açtığı bildirilmiştir (Hunskar 2008). BKİ'nin, AÜŞŞ için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Walters 2015).

Obezite nörolojik fonksiyon bozukluğu ve yapısal hasara yol açmasından dolayı karın içi basıncı artırır, pelvik tabanda kronik strese yol açarak, Üİ semptomlarını artırır. Obez kadınların kilo vermesi ile UÜİ semptomların iyileştiği görülmüş ve kilo kaybı, obez kadınlarda UÜİ tedavisi için ilk basamak olarak düşünülmesi gerektiği belirtilmiştir (Auwad ve ark. 2008; Subak ve ark. 2009b).

Obezite kadınlarda Üİ için bilinen bir risk faktörüdür ve obstetrik öykü, cerrahi, sigara içme ile aile öyküsünden bağımsızdır (Hunskar 2008). Karın içi basıncı artırır, yapısal bir hasar oluşturur ve nörolojik fonksiyon bozukluklarına sebep olur (Richter ve ark. 2008). Artan beden kitle indeksi ($>25 \text{ kg/cm}^2$) pelvik taban üzerinde kronik intra-abdominal ve intravezikal basıncı artırmakta, pelvik tabana olan kan akışını ve sinir innervasyonunu azaltmaktadır. Yapılan retrospektif çalışmalara göre $\text{BKİ} > 25 \text{ kg/cm}^2$ olan kadınlarda, Üİ daha yaygın bulunmuştur. Ayrıca bu durum UÜİ, SÜİ ve noktüri gibi özel semptomları olanlarda da fazla görülmektedir (Song ve ark. 2005). UÜİ ve MÜİ olan 48 obez hasta ile yapılan çalışmada; 3 ay günlük 800 kalorilik sıvı diyet ve

egzersiz programı uygulanmıştır. 16 kg kilo kaybı ile Üİ'da önemli gelişmeler sağlanmıştır. Olguların %16'sı kuru, %58'inde semptomlarda azalma, %50'den azında ise Üİ ataklarında azalma görülmüştür. 6 ay her iki grup için UÜİ ve SÜİ bulguları anlamlı bulunup, 6 ay süren tedavi sonunda, olguların %18'i kuru ve %50'sinde ise semptomlarda azalma görülmüş ve süreklilik devam etmiştir. Kadınların yaşam kalitelerinde iyileşme saptanmıştır (Subak ve ark. 2009a).

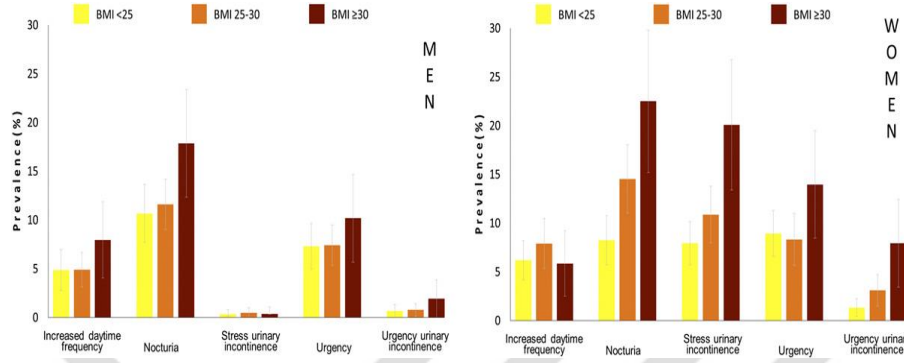
Tikkinen ve arkadaşları tarafından Finlandiya'da yapılmış olan topluma dayalı bir çalışmada noktüri prevalansı normal kilolu kadınlarda %37 olarak verilirken, bu oran kilolularda %48, obezlerde %53 olarak rapor edilmiştir. Aynı çalışmada semptomların ortaya çıkışı, yaş ve BKİ ile yakın ilişkili bulunmuştur (Tikkinen ve ark. 2006a).

Melin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; obezlerde, gece idrar yapma hissi ile uyanma, ani sıkışma hissi ve idrar kaçırma şikâyetlerinin kontrol grubu ile kıyaslandığında anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Aynı araştırmacılar obez kadınların AAM ve noktüri için artmış risk taşıdıklarını, bu semptomların yaşam kalitesini anlamlı şekilde bozduğunu rapor etmişlerdir (Melin ve ark. 2007).

BKİ yüksek olan kadınlar, AAM ve üriner inkontinans için risk taşımakla birlikte, gelişen inkontinansın şiddeti de normal kilolu bireylerden daha fazla olmaktadır. Literatürde kilo vermenin AAM ve üriner inkontinans şikâyetlerini azalttığına dair bazı yayınlar mevcuttur. Bump ve arkadaşları cerrahi yöntemle 45-50 kg gibi büyük miktarlarda kilo veren hastaları, operasyon sonrası birinci yılda değerlendirdikleri çalışmada, kilo kaybı sonrası inkontinans oranlarının anlamlı şekilde azaldığını bulmuşlardır (Bump ve McClish 1994). Çalışmalarda idrar kaçırma ataklarının sıklığı, ped sayısı, mesane basınçları, üretral mobilite, öksürükle mesane basıncı artışı gibi parametrelerin kilo kaybı sonrası anlamlı bir şekilde azaldığı rapor edilmiştir (Stewart ve ark. 2003; Melville ve ark. 2005a). Subak ve arkadaşları da normal kilo verme programları ile %5 gibi az oranda kilo kaybının bile inkontinans oranları üzerine anlamlı etkisi olduğunu bildirmişlerdir (Subak ve ark. 2002).

AAM ve SÜİ yanında noktüri içinde obezite her iki cins üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir (Tikkinen ve ark. 2006b; Fitzgerald ve ark. 2007). Vaughan ve ark yaptıkları çalışmada 3727 katılımcıya (%62,4'ü çalışmayı yanıtlamış, %53,7'si kadındır) ulaşılmıştır. Çalışma sonucunda obez olan kadın ve erkeklerin noktüri, SÜİ, UÜİ için bir risk olduğu belirtilmiştir. Alt üriner semptomlarla ilgili olarak depolama

problemlerinin hepsinde önemli bir faktör olarak ele alınmıştır. Özellikle kadınlarda BKİ artması ile semptomların arttığı gözlenmiştir (Şekil 2.2).



Şekil 2-2. AÜŞ ile BKİ arasındaki ilişki (Vaughan ve ark. 2013).

Obezite ve tip 2 DM, kadınlarda Üİ için bağımsız bir risk faktörüdür. BKİ'nin artması, Üİ riskini %60 artırır (Hannestad ve ark. 2003). Diyet ve fiziksel aktiviteden oluşan yaşam tarzı değişiklikleri ile kilo kaybı ve bozulmuş glikoz toleransının geliştirilmesi hedeflenmiştir (Wing ve ark. 2010; Phelan ve ark. 2012).

Öneri: Obezite idrar kaçırmanın geri dönüşümlü bir nedenidir. Çoklu çalışmalarda, idrar kaçırma ve yaşam tarzı değişikliği arasında önemli bir ilişki olduğu belirtilmiştir. 338 obez kadınla yapılan çalışmada 2 farklı kilo verme programı uygulanmıştır. 6 ay sonra değerlendirilen kadınlardan, 8 kg kaybı olanlarda %58, ortalama 1,6 kg kaybı olanlarda ise %33 stres üriner inkontinansa azalma görülmüştür (Subak ve ark 2009a). Yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş olup ayrıca kadınların yaşam kalitelerinde de önemli bir gelişme belirlenmiştir (Auwad ve ark. 2008).

AÜŞ azaltılması için obez kadınların kilo vermeye teşvik edilmesi gerekmektedir. Semptomlar azalacak, kadınların yaşam kaliteleri artacaktır.

2.4.1.4. Mesaneyi Tahriş Edici Eliminasyon Diyeti

Mesane kontraksiyonları ile mesanenin irritasyonu, diyetle alınan bazı irritanların sonucu olarak ortaya çıkar. Bazı gıdalar ve içecekler mesaneyi irrite etme ve diüretik etkisinden dolayı AAM ve UÜİ'ı şiddetlendirmektedir (Newman 2007).

Tedavi planında diyetle mesaneyi irrite eden gıdaların çıkartılması ile urge şikâyeti olanlarda etkili olduğu belirtilmiştir. Mesane günlüğü ile alınan sıvı ve

gıdaların direk etkilerini belirlemek ve gözlemlemek çok etkilidir (Thompson ve Smith 2002).

40 yaş ve üzeri kadınlarda yapılan bir yıllık kohort çalışmasında; karbonatlı yiyeceklerin AAM şikâyetlerinin ortaya çıkma riskini artırdığı, yağ ve kolesterol yönünden zengin diyetin stres inkontinansı artırdığı, tavuk ve sebze tüketiminin de AAM riskini azalttığı bildirilmiştir (Lucas ve ark. 2015).

Mesaneyi yaygın bir şekilde irrite eden gıda ve içecekler; alkol, kafein, ilaçlar, narenciye ve meyve suları, domates ve domates içerikli ürünler, yapay tatlandırıcılar, baharatlar, yoğurt, peynir, gazlı içecekler, sirke, soğan, mayonez, muz, fındık ve benzeri ürünlerdir. Bunlar yerine önerilen gıda ve içecekler; su, bitkisel çay, süt, azaltılmış kafein, beyaz çikolata, armut, şeftali, üzüm, kavun, karpuz, badem, çam fıstığı, sarımsak vb. dir (Urology Consultants Center for Continence Care and Pelvic Medicine 2010).

Öneri: Diyetle mesane tahriş edicilerin tek seferde çıkarılması tavsiye edilmemektedir. Bireysel farklılıklar söz konusu olduğu için, diyetle tahriş edici gıda ve içeceklerin tek tek kaldırılması ve semptomların uzun bir süre takip edilmesi gerekmektedir. Semptomları tetiklemeyen ürünlerin kullanımına devam edilebilir (Karan 2009; Urology Consultants Center for Continence Care and Pelvic Medicine 2010).

2.4.1.4.1. Kafein

Diüretik özelliği, detrüör kası üzerinde iritan etkisi ve düz kasları gevşetme özelliğinden dolayı önemli bir risk faktörüdür (Lucas ve ark. 2015). Özellikle kafein içeren ürünler (gıdalar ve içecekler) detrüör kasını uyarır ve detrüör basıncını artırarak AAM semptomlarını tetikler. Kafein alımı ile AAM ve Üİ semptomlarının artması arasındaki korelasyon, alınan kafein miktarı ile ilişkilidir (Arya ve ark. 2000; Wyman ve ark. 2009). Kafein alımı ile detrüörün aşırı aktivitesi arasındaki ilişkinin hastalara anlatılması, kafein alımının azaltılmasıyla potansiyel fayda sağlayacağı vurgulanmalıdır. Mesane semptomlarını azaltmak için alınan günlük kahve miktarının 2 fincandan fazla olmaması (<200mg/gün) özellikle urge ve frequency (sıklık) için önerilmemektedir (Newman 2007).

100 mg üzerinde alınan kahvenin sıklık ve kaçak şikâyetleri ile pozitif ilişkisi olduğu vurgulanmış, semptomları artırdığı belirtilmiştir (Arya ve ark. 2000). Büyük bir popülasyonda gerçekleştirilen bir araştırmada, çay tüketiminin, Üİ üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu bildirilmiştir (Hannestad ve ark. 2003).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda ise kafeinin mesane üzerindeki etkisi, içilen kahve dozu ile alakalı olduğu, az miktarda tüketilmesi mesane üzerinde asemptomatik etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (Milne 2008). Yapılan bir vaka-kontrol çalışmasında AAM'si olan 131 kadın ile AAM'si olmayan 128 kadının, 48 saatlik mesane günlükleri değerlendirilmiştir. Yüksek kafein alanlarda (>400 mg) detrüsörün aşırı aktivitesi 2-4 kat daha fazladır. Detrüör aşırı aktivitesi, minimal (>100 mg) ve orta düzeyde kafein alımı (100-400 mg) ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Arya ve ark. 2000).

Ancak kısa dönemli yapılan çalışmalarda; kafein kısıtlamasının, Üİ üzerine şüpheli etkileri saptanmıştır. Örneğin yapılan çalışmada; AÜŞŞ olan 100 yetişkinde, 14-30 günlük bir periyotta kafein kısıtlaması yapılmış ve Üİ semptomları için anlamlı bir iyileşme olduğu saptanmıştır. Buna ek olarak 3 hafta 224 Üİ'ı olan kadınla yapılan bir diğer çalışmada, semptomları azaltmak için, kafein kısıtlamasını da içeren Üİ yönetim stratejilerinde, çoklu davranışın kazandırılması ile önemli bir farklılık bulunmamıştır (Kincade ve ark. 2007). Health Study and Nurses yapmış olduğu sağlık çalışması-2'de, 21564 kadın 2 yıl boyunca anket çalışması ile Üİ da ilerleme olup olmadığı izlenmiştir. Günlük 150 mg ve 450 mg kahve tüketimi karşılaştırılmış olup, Üİ ilerleme oranları %21 ve %22 bulunmuştur. Yapılan analizlerde, Üİ ilerlemesi ile kafein tüketilmesi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Townsend ve ark. 2012).

Ayrıca kafein içeren besinlerin, kabızlık açısından bir risk faktörü olduğu ve kronik kabızlık sonucunda da semptomların arttığı belirtilmiştir (Lucas ve ark. 2015).

Öneri: Hastalara detrüsör aktivitelerini azaltmak için, kafeinin yan etkileri anlatılmalı ve kafein alımının azaltılması için tavsiyelerde bulunulması gerekmektedir. Hastalara özellikle urge ve frekans gibi mesane semptomlarının azaltılması ve kafein tüketen hastalar için, günlük <200 mg/gün (veya iki kahve fincanı) kafein önerilmektedir (Newman 2007; NICE 2015). NICE 2015 kanıta dayalı rehberde de AAM ve Üİ şikâyetleri olan kadınlara kafein kısıtlaması önerilmektedir (NICE 2015).

2.4.1.4.2. Gazlı içecekler

Diyet için önemli diğer bir faktörde özellikle AAM ve UÜİ için katkıda bulunacak olan gazlı içeceklerin azaltılmasıdır. Aspartam, alkol ve tatlandırıcıların AAM semptomlarını artırdığı bildirilmektedir. Ayrıca bu maddelerin, detrüsör kasılmasına sebep olduğunu bildiren, fareler üzerinde yapılan kanıt temelli çalışmalar mevcuttur (Newman 2007).

Kafein, asitli içecekler gibi mesane iritanlarından kaçınmak, 1000-1500 ml sıvı alımı ile birlikte, baharatlı yiyeceklerin azaltılması başlangıç tedavisi için tavsiye edilmektedir (Corcos ve ark. 2006; Jain ve Parson 2011). NICE rehberine göre özellikle MÜİ ve Üİ için öncelik olarak ilk 6 hafta yaşam tarzı değişikliği ile beraber mesane eğitimi önerilmektedir (NICE 2006).

Öneri: Özellikle çay, kahve, kola gibi tüketilen kafeinli besinler, alternatifleri ile değiştirilmeli ve pelvik taban üzerindeki etkilerine dikkat edilmelidir (NICE 2015).

2.4.1.5. Sıvı Alımı

Aşırı sıvı alımı, üriner yol enfeksiyonları, frequency, urge ve mesane mukozasını tahriş etmekte, üriner konsantrasyonu artırmakta ve sonucunda inkontinans ve AAM semptomları artmaktadır. Özellikle akşam yaşlılarda sıvı alımı ve noktüri arasında güçlü bir ilişki olduğu rapor edilmiştir (Wyman ve ark. 2009). Günlük alınan sıvı miktarı ve idrar yapma sıklığı arasında, asemptomatik bir ilişki söz konusu iken, sıvı hacmi ve AAM arasındaki ilişki daha azdır (Milne 2008). 4 haftalık yapılan randomize bir çalışmada ürodinamik stres inkontinanslı 39 kadın ve idiyopatik detrüör aşırı aktivitesi olan 30 kadın ile yapılan çalışmada, verilen sıvı volümünden daha az etkili olarak, günlük tüketilen kahve miktarı bulunmuştur. Detrüör aşırı aktif mesanesi olan grupta alınan sıvı miktarının azaltılması ile inkontinans ataklarında, sıklık ve urgencyde önemli bir azalma belirlenmiş ve bu durum, kadınların yaşam kalitesini artırmıştır. SÜİ grubunda ise sıvı miktarı azaltıldığı zaman inkontinans ataklarında önemli bir azalma görülmüştür (Swithinbank ve ark. 2005). Akşamları sıvı kısıtlanması gibi kontrollü sıvı azatılmasının, yaşlılarda Üİ semptomlarında ve gece tualete çıkma sayısında azalma olduğunu belirten çalışmalarda mevcuttur (Wyman ve ark. 2009; Soda ve ark. 2010).

Öneri: Noktüriyi azaltmak için, klinisyenler akşam saat 6'dan sonra (yatmadan yaklaşık 3-4 saat önce) sıvı alımının azaltılmasını, sabah ve öğleden sonar alınan sıvı miktarlarının ayarlanmasını, akşam alınması gereken sıvı miktarının ise gün içerisine yayılmasını önermektedirler (Newman 2004; Karan 2009). Kadınlarda sıvının azaltılması ya da artırılmasına yönelik olarak vücut ağırlığı, egzersiz seviyesi, hava koşullarına göre değerlendirilme yapılmalıdır. Üriner günlüğe göre aldığı-çıkardığı miktar, alınan sıvı miktarı, yeterli sıvı alım öyküsünde gözden geçirilmelidir (Christofi ve Hwxtall 2007).

2.4.1.6. Düzenli Bağırsak Yönetimi

Kabızlık haftada <3 dışkılama olarak tanımlanmakla beraber hastanın değerlendirilmesi, zorlanma durumunun da göz önüne alınması gerekmektedir (Newman 2004). Kabızlığın pelvik taban sinirlerinde gerilmeye bağlı hasara yol açması nedeniyle, pelvik tabanın nörolojik fonksiyonlarında değişimler olduğu ve pelvik taban kaslarında fonksiyon bozukluğu yapabileceği belirtilmektedir (Siddighi and Hardestry 2007). Geriatri hastanesinde kabızlık durumunun değerlendirildiği bir çalışmada, kabızlık prevalansının Üİ ile korelasyonu tespit edilmiştir. AAM olan ve olmayan kadın ve erkekler değerlendirilmiş ve AAM olanlarda kabızlık oranları yüksek bulunmuştur (Coyne ve ark. 2011a). Ciddi kabızlığı olan kadınlarda pelvik taban kaslarında ve dış anal sfinkterde denervasyonlar ayrıca pelvik tabanda nörolojik değişiklikler görülmektedir (Wyman ve ark. 2009).

Genel popülasyonda kronik kabızlık prevalansı %2-18 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Sağlıklı yaşamı olumsuz etkilediği ve önemli bir ekonomik yüke sebep olduğu belirtilmiştir (Talley 2004). AAM ve kronik kabızlık arasındaki ilişkiye yönelik; çocuklar, yaşlılar ve Asya popülasyonunda az çalışma bulunmakla beraber, ABD’de yapılan çalışma sayısı da fazla değildir (Chung ve ark. 2009; Liao ve ark. 2009; Zhu ve ark. 2009). Araştırmalar üriner semptomlar ve kabızlık belirtilerinin dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Sağlıklı yaşam tarzını, duygu durumunu ve cinsel aktiviteyi etkileyen, özellikle yaşlı hastalarda görülen AÜŞŞ ile kabızlık sorununun iyileştirilmesi gerekmektedir (Charach ve ark. 2001). Ayrıca kabızlık, AAM için uygulanan farmakolojik tedavinin, çok yaygın bir yan etkisi olduğuda bildirilmiştir (MacDiarmid 2006).

Öneri: Kabızlığın azaltılması ile yaşlı hastalarda önemli derecede urge ve frequency şikâyetlerinin azaldığı bildirilmiştir. Kronik kabızlık, AAM ve UÜİ için bir risk faktörü olduğundan, ıkınmayı hafifletmek için hastalarda yaşam tarzı değişikliği tavsiye edilmektedir. Uygun şekilde sıvı alımının artırılması, lifli gıda diyeti (örneğin buğday kepeği), egzersizin artırılması ve rutin defekasyon takvimi gibi öz bakım uygulamalarının artırılması önemlidir (Karan 2009; Wyman ve ark. 2009). Kabızlık şikâyeti olan hastalar için diyet ve laksatifler önerilmektedir. Defekasyon eğitimi ve yaşam tarzı değişikliği ile başarı oranı %60 üzerinde bildirilmiştir (Castro ve ark. 2008).

2.4.1.7. Alkol ve Sigara Tüketimi

Sigara, içeriğindeki nikotinin detrüör kas kontraksiyonlarına neden olması ve oluşan öksürük sonucu, intraabdominal basıncı artırması açısından önemlidir.

Literatürde içilen sigaranın sayısı (20 adet/gün) ve süresi arttıkça PTD görülme riskinin arttığı bildirilmiştir (NICE 2006; Lucas ve ark. 2015). Kolinerjik detrüsör yolları (AAM, UÜİ) ve öksürük, bronşit semptomların sonucu olarak intraabdominal basıncın artması, nikotinin direkt etkisini oluşturmakta ve üriner semptomlar ile sigara içme arasında önemli bir ilişki varlığını ortaya koymaktadır (Bump ve McClish 1994).

Sigara kullanımı ile adipoz dokusunda, aromataz aktivitesini azaltması sonucu ve vücuttaki yağ seviyesini düşürmesi ile dolaşımdaki östrojen seviyesinde azalma meydana gelmektedir. Bu mekanizma menopoza geçiş döneminde östrojen seviyesinin azalması ile beraber, ürogenital yolun mukoz membranlarında atrofinin artması sonucunda noktüri de artabilir (Rasmussen ve ark. 2003). Tütün ürünlerinin antiöstrojenik hormonal etkisinin, kollajen sentezi üzerine olumsuz etkileri ise halen tartışmalı bir konudur (Newman ve Wein 2013).

Sigara içme, özellikle kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve kronik solunum semptomlarına sahip olan 60 yaş üstü kadınlarda, Üİ için risk faktörüdür. 60 yaş ve üstü olan 2410 Tayvanlı kadının incelendiği bir kohort çalışmada, sigara içmenin idrar sıklığını artırması ve değişebilir bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir (Hsieh ve ark. 2010).

Yapılan bir çalışmada sigara içen kadınlarda gece idrar yapma sayısı artmıştır. Günde 15 den fazla sigara içenlerle, sigara içmeyen kadınlar karşılaştırıldığında; gece 3 ya da daha fazla sayıda miksiyon gözlenmiştir. Çalışmalarda sigara içen kadınlarda noktüri ve Üİ şikâyetlerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (Asplund veAberg 2004).

Bir vaka kontrol çalışmasında, önceden ya da şimdi sigara içme ile stres ve urge inkontinans arasında ilişki olduğu ayrıca riskin sigara içme yılı ve miktarıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Danforth ve ark. 2006).

Sigaraya başlama yaşı, 1 yıldan fazla ve uzun süre kullanımı, halen içiyor olma, içilen miktarın, bir yıldan beri günlük 20 den fazla sigara içilmesi, 50 yıldan fazladır kullanıcı olmak gibi durumlar sigara ile AÜSŞ ilişkisini etkilemektedir. Ağır sigara içen erkeklerde ise (günlük ≥ 50) depolama ve noktüri semptomları yüksek bulunmuştur (Choo ve ark. 2015).

Sigara ile mesane semptomları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla, 3000 kadın (18-79 yaş) ile yapılan çalışmada, sigara içenlerde urge inkontinans, hiç içmeyenlere göre yaklaşık 3 kat fazla bulunurken; noktüri ve stres inkontinans ile sigara arasında ilişki bulunmamıştır (Tahtinen ve ark. 2011). Avrupa Üroloji Birliği (2015)

tarafından yayınlanan rehberde, 110.000'den fazla olguda yapılan çalışmada sigara ile üriner inkontinans arasında ilişki olduğu; ancak sigarayı bırakmanın üriner inkontinans üzerine etkisinin henüz kanıtlanmadığı bildirilmiştir (Lucas ve ark. 2015).

Artan alkol tüketimi AAM'yi tetiklemektedir (Ikeda ve ark. 2011). Günlük tüketilen sıvı miktarının total 1000-1500 ml'ye düşürülmesi tavsiye edilmektedir. Diürece sebep olması nedeniyle alkol ve kahve tüketiminden kaçınılması, gece 9 dan sonra sıvı alımının kesilmesi önerilmektedir (Sivalingam ve Lof 2012). Diüretik etkisinden başka alkol özellikle AAM ile ilgili olarak mesane davranışlarında önemli rol oynar. Bazı çalışmalar alkol tüketimi ile Üİ'nin artması arasında ilişki olduğunu ve urge semptomlarının da arttığı belirtmiştir (Song ve ark. 2005).

Öneri: Araştırmalarda erkeklerde, sigara içme ile AÜŞŞ arasında, kadınlarda ise UÜİ ve urge durumu ile güçlü bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Bu ilişkinin sebebi; nikotinin detrüsör aktivitesini tetiklemesi, kronik öksürüğünde intra-abdominal basıncı artırması olarak bildirilmiştir. Sigarayı bırakmanın erkeklerde AÜŞŞ'nde azalmaya sebep olduğu ancak kadınlarda yetersiz bilgi olduğu belirtilmiştir. Kanıtlarda yetersizlik olmasına rağmen hem kadınlarda hemde erkeklerde semptomların azaltılması için, sigara içme bıraktırılmaya teşvik edilmelidir (Koskimaki ve ark. 2001; Wyman ve ark. 2009; Lucas ve ark. 2015).

2.4.1.8. Stres Yönetimi

Zorlanma, gerilme ve baskı anlamına gelen stres; organizmanın dengesini bozabilecek etkenlerin tümü olarak açıklanmaktadır. Fiziksel, psikolojik, ve sosyal stresler dizisi kişide bir takım değişiklikler oluşturmaya başlar ve oluşum evreler halinde devam eder. Stres durumunun uzaması sonucu organ, sistem ve fonksiyonlarda bozulma meydana gelebilir.

İnkontinansı olan bireylerle yapılan çalışmalarda, bireylerin stres düzeylerinin yüksek olduğu ve anksiyete, depresyon, öz saygı azlığı gibi semptomların daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Ayrıca inkontinanslı bireylerin yaşadıkları utanç, öfke, apati, suçluluk, sıkılganlık, aşağılanma, terk edilme vb. duyguların bireylerin günlük yaşam aktivitelerini, sosyal ilişkilerini ve öz saygılarını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Beckmann ve ark. 2013).

Literatürde inkontinansı olan kadınların inkontinans bulguları olmayanlara göre depresyona daha yatkın, anksiyete düzeylerinin daha yüksek, kendine güvenlerinin düşük ve sosyal izolasyona yatkın oldukları belirlenmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda

da üriner inkontinansın utanma ve kendine güvende azalmaya, kadınların yaşantılarında özellikle de eş ve iş ilişkilerinde bağımlılığa, ciddi engellere neden olduğu ve stres yaratıcı bir durum olarak algılandığı belirtilmiştir (Ertem 2009)

AAM'nin psikolojik komplikasyonları uygun yönetilmelidir. AAM; hastalarda psikolojik, fiziksel ve duygusal sıkıntılar yaşamalarına sebep olmaktadır. Hastalar utanma duygusu, suçluluk, düşük benlik saygısı yaşamakta ve tedavi almakta çekinmelere sebep olmaktadır. AAM ve Üİ olan bazı hastalar tuvalete erişmede sıkıntı yaşamakta ve bu nedenle sosyal aktivitelerden kaçınmaktadırlar. AAM ile anksiyete ve depresyon arasında pozitif ilişki bulunmuştur (Ikeda ve ark. 2011; Moon ve ark. 2011).

Öneri: Stres; otonom sinir sistemi, endokrin, immün ve gastrointestinal gibi sistemlere etki ederek organ ve fonksiyonlarda bozulmaya neden olabilir. AÜŞŞ sonucunda da kadınlarda stres düzeyi artmaktadır. Dolayısı ile AÜŞŞ olan bireylerin stres düzeylerinin değerlendirilerek, stresle başa çıkmada kullandıkları yöntemler belirlenmelidir. Bireylere kişilerarası ilişkileri geliştirme, sosyal etkinliklere katılma, yeni hobiler kazanma, zaman yönetimi gibi stresle etkili başa çıkma yöntemleri hakkında danışmanlık verilebilir (Siddighi and Hardesty 2007; Karan 2016).

2.4.2. Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Adaptasyonunda Sağlık Profesyonellerinin Roller

Kilo kontrolünün sağlanması, sigaranın bırakılması, aşırı kafein tüketiminden kaçınılması, mesane iritanlarından uzak durulması, kabızlığın önlenmesi, egzersiz yapılması ve diyetin düzenlenmesi gibi yaşam tarzı değişiklikleri düzenli olarak bireyin yerine getirmesi gereken davranışlardır. Bireylerin bu yaşam tarzı değişimlerini yaşamlarına kolayca adapte edebilmeleri için de sağlık profesyonelleri tarafından verilen danışmanlık oldukça önemlidir (Kaplan ve Demirci 2010; Gungor ve Kızılkaya Beji 2011).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmak ve sağlık risklerini azaltmada, sağlık personellerine önemli görevler düşmekte ve temel işlevleri arasında yer almaktadır. Hasta ve sağlam bireyler ile çalışan hemşireler; tüm yaş gruplarında, sağlık risk davranışlarının tanınması ve davranış değiştirmeye yönelik uygun girişimlerin planlanarak uygulanmasında, önemli rol ve fırsatlara sahiptir. Bu yüzden hemşirelerin bireye uygun davranış değişimi yaklaşımlarını bulmada, çaba harcamaları gerekmektedir. Geleneksel davranış değiştirme çalışmaları, bireylerin içinde bulundukları değişim aşamasını genellikle dikkate almamaktadır. Sağlıklı yaşam

biçimini geliştirmek için yapılan araştırmalar sonucunda, teorilere dayalı programlar geliştirilmiştir (Erol ve Erdoğan 2006).

Sağlık profesyonelleri doğru iletişim tekniklerini ve uygun modelleri kullanarak, hastanın davranış değişikliğine ilişkin duygularını açığa çıkarmalıdır. Bununla birlikte, sağlık profesyonellerinin bireye rehberlik etmesi ve gelişmelerini/değişmelerini takip etmesi, bireyin motivasyonunu artıracaktır. (Wyman ve ark. 2009).

Örneğin, sağlık profesyonelleri davranış değişimini kolaylaştırmak için Transteoretik Model'i tercih edebilirler. Model, davranış değişimi aşamasında olan bireyin bilişsel ve davranışsal süreçlerini, değişim konusunda kendisine olan güvenini, karar alma algısını ve değişimi zorlaştıran faktörleri ölçen, hassas ölçüm araçlarını içermektedir. Bu özellikleri ile farklı davranış değişimi aşamasında olan bireyleri tanımlamak, bireye özel hemşirelik girişimleri planlamak, uygulanan girişimlerin etkisini değerlendirmek ve yeni girişimler planlamak için bir çerçeve olarak kullanılabilir (Erol ve Erdoğan 2006).

Sağlık profesyonelleri danışmanlık eğitimlerinde proaktif yaklaşımı benimseyerek, bireyleri AÜSS risk faktörleri açısından değerlendirmelidir. Bireylerin ihtiyaçlarını ve tercihlerini, bakım ve tedavilerinde mutlaka dikkate almalıdır. Sağlık profesyonelleri bireyler ile etkili iletişim kurmalı, onları değerlendirirken kanıt temelli, geçerlik güvenirliliği yapılmış standart formlar kullanmalı ve sağlık davranışlarını geliştirmede uygun modellerden yararlanmalıdır. Bireylere verilen bakım ve tedavide bütüncül yaklaşım benimsenmeli ve kültürel değerlere saygı gösterilmelidir. Aynı zamanda bireyin bakımından sorumlu bakıcılara ve akrabalarına da eğitim verilerek, ihtiyaçları desteklenmelidir (Lomas 2009; Cangöl ve ark. 2013).

2.4.2.1. Sağlık Davranışlarını Geliştirme Modelleri

Sağlığı geliştirme; toplumları, aileleri, bireyleri, kurumları ve yasaları da içeren güncel bir kavramdır. Sağlığı geliştirmek, bireylerin en üst düzeyde sağlıklarına ulaşabilmeleri için yaşam tarzı değişikliklerine yardım etme, sanat ve bilim olarak tanımlanmaktadır. Özellikle son yıllarda sağlık risklerini azaltmada, yaşam biçimi davranışlarına dikkat çekilmiş ve riskleri azaltmada davranış değişikliği üzerinde durulmuştur (Erol ve Erdoğan 2006).

Dünya genelinde de hemşirelerin sağlığı koruma ve geliştirmedeki rolü giderek daha sık vurgulanmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi, bireyin iyilik düzeyinin artması, sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleri ile mümkün olacaktır. Nitekim son yıllarda sağlıklı

yaşam biçimi davranışlarına dikkat çekilmiş ve bireylere yönelik risk azaltma yaklaşımlarının çoğunda davranış biçimi gerektirdiği vurgulanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimini geliştiren en uygun yaklaşımları bulmak için çok sayıda araştırma yapılmış ve teorilere dayalı programlar geliştirilmiştir. Sağlıklı İnanç Modeli, Sağlığı Geliştirme Modeli, Transteoretik Model, Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı, Motivasyonel Görüşme Programları, Bilişsel Davranışçı Teori ve Sosyal Kognitif Teori bunlardan bazıları olup, günümüzde davranış değişimini kolaylaştıran rehberler olarak kullanılmaktadır (Gungor ve Kızılkaya Beji 2011).

Sağlık İnanç Modeli: 1950'lerin başında, hastalıkların önlenmesi ve erken tanıda yer alan tarama programlarına katılım yetersizliğini açıklamak için Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir. Model sağlıkla ilgili davranış değişikliğinin açıklanması, sağlığın sürdürülmesi ve koruyucu sağlık davranışı ile ilgili müdahale araştırmalarının planlanmasında kullanılmaktadır. Modele göre eğer bireyler hastalığı kendileri için hassasiyet olarak algılıyorsa, hastalığın ciddiyeti ile ilgili sonuçlara inanıyorsa, taramaların hem yararının hemde engellerinin farkındaysa ve tarama ile ilgili eyleme geçmede pozitif eyleme geçiriciler (eğitim, medya, sağlık kontrolünü hatırlatan uyarılar, arkadaş ya da aile üyelerinden birinin hastalanması, başkalarından bilgi gibi) varsa, ilgili sağlık davranışının ortaya çıkacağını öne sürmektedir (Bulduklu 2010; Ersin ve Bahar 2012).

Sağlığı Geliştirme Modeli: Pender tarafından 1980 yılında geliştirilen model, 1987 ve 1996 yılında tekrar Pender tarafından revize edilmiştir. Model, sağlığı geliştirme alanında uygulamalara yol gösterecek nitelikte olup, sağlığı koruma modellerinin tamamlayıcısı niteliğindedir. Modelde sağlığı geliştirici unsurlar ve nedensel mekanizmalar açıklanmaktadır ve model üç önemli fonksiyona hizmet etmektedir. Bunlar; sağlığı geliştirici davranış oluşumunu açıklayabilecek kavramlar arası ilişkileri ortaya koymak, deneysel olarak test edilebilecek hipotez oluşturulmasını sağlamak ve bağımsız araştırma sonuçlarını birbirleriyle ilişkili hale getirmektedir (Pender ve ark 2011).

Model, algılanan yarar, algılanan engel, algılanan öz-etkililik gibi kavramların davranış oluşumunda önemli olduğunu açıklamaktadır. Ayrıca bireylerin davranışı üzerinde önceki davranışlarının etkili olduğu belirtilmektedir (Bulduklu 2010; Ersin ve Bahar 2012).

Sosyal Bilişsel-Öğrenme Kuramı: Bandura tarafından 1986 yılında geliştirilen kuramda öz-yeterlilik kavramına yer verilmiştir. Bandura'ya göre, birey bilişsel ve çevresel faktörlerden etkilenecek bir davranışı ortaya koyar. Bilişsel faktörlerden biride, bireyin davranışına ilişkin algıladığı öz-yeterlilik algısıdır. Öz yeterlilik algısı, bireyin istenilen davranışları başarıyla yerine getirebilmede kendisine olan inancıdır. Bu algı ne kadar güçlü olursa, birey amaca ulaşmak için o kadar çok çaba sarf eder. Dolayısı ile öz yeterlilik bireyin bir aktivite ve bir davranış değişikliği için hissettiği motivasyonun temel belirleyicisidir (Tokat ve Okumuş 2008).

Bandura, sosyal bilişsel teorisinin birkaç önemli bileşenlerini belirlemiştir. Bunlar arasında çevre, durumlar, davranışsal kapasite, sonuç beklentileri, sonucun beklenen değeri, özkontrol, gözlemsel öğrenme, özyeterlilik ve duygusal başa çıkma yer almaktadır (Jack ve ark. 2012).

Transteoretik Model (Teoriler arası model): Psikolog James Prochaska ve Carlo Diclemente tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir. Model, davranış değişiminin sonuçtan çok süreç olduğunu, değişimi kolaylaştırmak için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olan girişimler kullanılması gerektiğini savunur. Buna göre davranış; tasarlama öncesi, tasarlama dönemi, hazırlık, eylem ve sürdürme aşamaları olarak ortaya çıkmaktadır (Bulduklu 2010).

Transteoretik Model, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi için toplum temelli birçok yurt dışı çalışmada test edilmiştir. Alkol, sigara ve ilaç kullanımında, kilo kaybı ve egzersiz alışkanlıklarının kazanılmasında, güvenli cinsel alışkanlıkların geliştirilmesinde, multidisipliner araştırmacılar tarafından kullanılmıştır. Transteoretik Modelin yapısı üç aşamalıdır (Erol ve Erdoğan 2006),

1. Değişim aşamaları (zamanla ilgili boyutu)
2. Değişim süreci (bağımsız değişken boyutu)
3. Öz etkililik/teşvik eden faktörler/karar alma ölçekleri (değişimin düzeyleri)

Motivasyonel Görüşme: Motivasyonel görüşme birey odaklı bir yaklaşımdır. Motivasyonel görüşmenin temeli, empatik yaklaşım göstererek bireyin öz yeterliliğini destekleyerek, davranış değişikliği konusunda yaşadığı çelişkileri çözümlemesine yardımcı olmak ve davranış değişikliğini gerçekleştirmesini sağlamaktır. Motivasyonel görüşme ile ambivalansı açıklayarak ve çözümleyerek değişim için bireyin iç motivasyonu artırılmaktadır. Motivasyonel görüşme de danışman, değişime zorlayıcı

değil, değişime yardımcı bir ortam yaratmalıdır. Burada bireye “Ben seni değiştireceğim” değil “Eğer istersen değiştirmene yardımcı olabilirim” şeklinde yaklaşılmalıdır. Değişimin sağlanması için bireyin öz yeterliliği (bireyin kendine güveni) desteklenmelidir. Bunun için bireyin geçmiş başarılı deneyimleri ve benzer hastaların başarılı davranışlarının paylaşılmaya yararlı olacaktır (Miller and Rollnick 2009).

Bilişsel Davranışçı Teori: 1960’lı yıllarda Aaron Beck tarafından geliştirilmeye başlanan Bilişsel Terapi metodu, zamanla davranış terapileri ile entegre edilerek, bireyin düşüncesinin, duygusunun ve davranışının etkileşimi üzerine odaklanan bir yaklaşım haline gelmiştir. Teoriye göre düşünceler ve inançlar, duygu, davranış ve fizyolojik tepkileri etkilediği gibi onlardan da etkilenir. Düşünce hatalarının düzeltilmesi, fonksiyonel ve sağlıklı olmayan duygu ve davranışlar değiştirilmesi esasına dayanır. Davranışlardaki istenilen değişiklikler, işlevsel düşünceleri daha da kuvvetlendirirerek kalıcılık olasılıkları artırılır. Genel hedef ise, kişilerin zaman içinde kendi kendilerinin terapisti olmalarını ve var olan ya da sonradan ortaya çıkabilecek olan yanlış inançlarını kendi başlarına zayıflatarak, sağlıklı olmayan duygu ve davranışlarını önlemeye çalışmalarını sağlamaktır (Karan 2016).

Sosyal Bilişsel-Öğrenme Kuramı: Albert Bandura 1977 yayınladığı “Sosyal Öğrenme Teorisi’ni” 1980’lerin ortalarında genişleterek “Sosyal Bilişsel Teori” adını vermiştir. Teori ilkeleri; karşılıklı belirleyicilik, sembolleştirme, öngörü kapasitesi, dolaylı öğrenme, öz düzenleme ve öz yargılama kapasitesidir. Bandura’ya göre gözlem yoluyla öğrenme dört temel süreci kapsamaktadır; dikkat etme, hatırd tutma, davranış oluşturma/yeniden üretme ve motivasyon süreçleridir. İnsanlar kendi davranışlarına öz düzenleme yapabilirler, davranışlarını kontrol etmeyi ve sorumluluğunu almayı öğrenebilirler. Ödül ve ceza, davranışı doğrudan ve dolaylı olarak etkiler. Davranışlar, önceki deneyimlerden alınan ödül veya pekiştireçlerden fazlasıyla etkilenir. Birey, çevre ve davranış üçgeni birbirlerinden bağımsız değişkenlerdir ve birbirlerini karşılıklı olarak etkilenirler (Figen ve Mete 2009). Bandura, sosyal bilişsel teorisinin birkaç önemli bileşenlerini belirlemiştir. Bunlar arasında çevre, durumlar, davranışsal kapasite, sonuç beklentileri, sonucun beklenen değeri, özkontrol, gözlemsel öğrenme, özyeterlik ve duygusal başa çıkma yer almaktadır (Aşçı 2013).

2.5. Sonuç

Günümüzde, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile AÜSŞ gibi birçok hastalığa ilişkin mortalite ve morbidite oranlarının azaltılabildiği bilinmektedir. AÜSŞ olan bireylerin tedavi ve bakımlarının sağlanması, yaşam kalitelerinin artırılması için multidisipliner bir ekip gerekmektedir. Hemşireler, bu ekibin en temel ve vazgeçilmez üyelerinden olup, rolleri sürekli genişlemektedir. Holistik bakımı amaçlayan ve sadece klinik bakımdan sorumlu olmayan hemşirelerin özellikle sağlığı koruma/geliştirme rolleri ile birlikte araştırma, uygulayıcı, danışmanlık, eğitim, karar verme, tedavi yöntemi ve koordinasyon sağlama gibi rol ve sorumlulukları da vardır (Lomas 2009).

Tıbbi tedaviden önce, alt üriner sistem semptomları olan kadınlarda şikâyetleri azaltmak için yaşam tarzı değerlendirilerek gözden geçirilmelidir (Corcos ve ark. 2006). Kadının yaşam tarzı değerlendirilmeli, çalışma ve beslenme alışkanlıkları, pelvik taban üzerinde olumsuz etkisi olan faktörler belirlenmelidir. Yapılan literatür taramasında, ülkemizde kadınlarda görülen alt üriner sistem semptomları ve risk faktörlerini belirlemeye yönelik toplum temelli araştırmalar bulunmasına rağmen, şikâyetleri olan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını irdeleyen araştırmalara rastlanılmamıştır.

Bu çalışma, Gümüşhane’de yaşayan 50 yaş ve üzeri kadınların, alt üriner sistem şikâyetlerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, Gümüşhane il merkezinde yaşayan 50 yaş ve üzeri kadınlarda, alt üriner sistem şikâyetlerini (AÜSS) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla planlandı.

3.2. Araştırma Soruları

1. Gümüşhane il merkezinde yaşayan 50 yaş ve üzeri kadınlarda, AÜSS'nin prevalansı nedir?
2. AÜSS'ni etkileyen risk faktörleri nelerdir?
3. AÜSS olan 50 yaş ve üzeri kadınların, sağlıklı yaşam biçimi davranışları nasıldır?
4. AÜSS olan 50 yaş ve üzeri kadınların, depresyon semptomları var mıdır?

3.3. Araştırmanın Türü

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte, toplum temelli bir araştırmadır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma; Türkiye'nin Doğu Karadeniz Bölgesinde yer alan Gümüşhane ilinin, şehir merkezinde yaşayan, 50 yaş ve üstü kadınlar ile gerçekleştirildi. Basit rastgele yöntem ile bütün mahallelerdeki hanelere ve 50 yaş ve üstü kadınlara ulaşıldı. Ardından yapılan tespitler sonucunda; yaş gruplarına göre tabakalama yöntemi de göz önüne alınarak uygun yaş grubundaki kadınlarla görüşüldü. Hanede yüz yüze görüşme yöntemiyle yürütülen çalışmada, katılımcıya çalışmanın amacı anlatıldıktan sonra gönüllü katılım esasına göre kadınlar ile görüşüldü. Çalışmada katılımı düşürecek düşünlüğü için yazılı onam alınmamıştır.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Kesitsel tipte olan bu çalışmanın evrenini, Gümüşhane il merkezinde yaşayan, 50 yaş ve üstü kadınlar oluşturdu. 2013 yılı TÜİK verilerine göre Gümüşhane il merkezindeki 50 yaş ve üzeri kadın nüfusu 5430 kişidir (TÜİK 2014). Yaş gruplarına göre %10'luk tabakalı örneklem yöntemiyle hesaplama sonucu, örnekleme alınacak kadın sayısı 543 olarak hesaplandı. Örnekleme alınan kadın sayısı Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3-1. Örnekleme alınan kadın sayısı

Yaş aralığı	2013 yılı TÜİK verilerine göre kadın	Örnekleme alınan kadın sayısı (0.1)
50-54 yaş aralığı	1.168	116
55-59 yaş aralığı	1.033	103
60-64 yaş aralığı	743	74
65-69 yaş aralığı	637	64
70-74 yaş aralığı	621	62
75-79 yaş aralığı	448	45
80-84 yaş aralığı	435	44
85 yaş ve üstü	345	35
Toplam	5430	543

3.6. Araştırmanın Uygulama İzni

Araştırmanın uygulanabilmesi için; İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek 1), yürütülebilmesi için kurum izni de, Gümüşhane Halk Sağlığı Kurumu'ndan alındı. (Ek 2).

3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Anketin ön çalışması için, araştırmaya dahil olan mahallelerin birinden 15 kadına ulaşılarak, kadınlara anketler uygulandı. Böylece sorular anlaşılabilir olması yönüyle yeniden gözden geçirildi. Veriler, 04.10.2015-27.03.2016 tarihleri arasında toplandı. Verilerin toplanma aşamasında, kadınlara çalışmanın amacı anlatıldı. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden kadınlardan yazılı onam alındı (Form 3). Araştırma verileri, araştırmacı tarafından veri toplama araçları kullanılarak, araştırma kapsamına alınan kadınlar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Sorular her bir kişiye tek tek, yüksek sesle anlaşılır biçimde okunularak, cevaplar kaydedildi. Toplamda 650 kadın ile görüşüldü. Bazı kadınların çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, örneklemin yaş gruplamasına göre tabakalama yönteminin de uygulanmasından dolayı, örneklem sayısı (N: 543) ile veriler değerlendirildi.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- 50 yaş ve üzeri yaşta kadın olmak,
- Kişinin araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmesi
- Çalışmayı yürütmek için kadınların yazılı ve sözlü onay vermesi

Çalışmadan hariç tutulma kriterleri ise;

- Kooperasyon sağlanamayacak derecede bedensel ve zihinsel engelinin olması,
- İletişime engel olacak işitsel, görsel ve bilişsel fonksiyon bozukluğu olması,
- Çalışmaya katılmayı red etmesi

- Üç kez gidildiği halde kadına ulaşılamaması.

Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan kadınlara, araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür değerlendirilmesi sonucu hazırlanan, dört farklı form/ölçek uygulandı (Ek 4). Ankete başlamadan önce ankete ekli bir bilgi formu ile katılımcılar, alınan bilgilerin bu çalışmanın bilimsel platformu dışında kullanılmayacağına dair bilgilendirildi. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile obstetrik, histerektomi öyküsü, kronik hastalık öyküsü ve genel sağlık davranışlarını sorgulayan soru formu, ‘Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Soru Formu (The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms (B-FLUTS))’ , ‘ Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Healthy Lifestyle Behaviors Scale (SYBD))’ ve ‘Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, (Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS))’ uygulandı.

3.7.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatür değerlendirilmesi sonucu hazırlanan, tanıtıcı bilgi formu 30 maddeden oluşmaktadır. Demografik özellikler ile ilgili olarak; yaş, meslek, eğitim durumu, eşin eğitim ve meslek durumu, gelir durumu, medeni durum gibi sorulara yer verildi. Obstetrik, jinekolojik durumla ilgili özelliklerde; gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük/gebelik tahliyesi deneyimi, doğum yapma şekli ve yeri, doğumda epizyotomi yapılma/yırtık reperasyonu, kilolu bebek doğumu, menopoz durumu gibi sorular yer aldı. Genel sağlık ve davranış özelliklerine ilişkin bilgilerle; beden kitle indeksi, sigara, alkol kullanma durumu, kronik hastalık durumu, histerektomi öyküsü, ilaç kullanma, egzersiz yapma, ped kullanma, tuvalet temizliği gibi durumlar sorgulandı (Form 2).

Beden Kitle İndeks hesaplamalarında 18.4 kg/m^2 ve altı düşük; $18.5\text{-}24.9 \text{ kg/m}^2$ arası normal kilolu; $25\text{-}29.9 \text{ kg/m}^2$ arası fazla kilolu/yüksek; 30.0 kg/m^2 ve üstü değerler ise obez olarak değerlendirildi (TC Sağlık Bakanlığı 2015).

3.7.2. Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği (The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Questionnaire /BFLUTS)

“Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği” Jackson ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiş daha sonra soru sayısı azaltılmıştır. BFLUTS, alt üriner yol semptomlarını, cinsel yaşamı ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla geliştirilen çok boyutlu, kişinin kendi kendine cevaplayabileceği, 19 maddeden oluşan bir soru formudur. Soru formundan en az 0, en fazla 71 puan alınabilmektedir. Soru

formu 5 alt boyuttan oluşmaktadır. İlk üç boyutta depolama (1-4. sorular), idrar yapma, (5-7. sorular) ve inkontinansa (8-12. sorular) ilişkin sorular, dördüncü alt boyutta cinsel yaşama (13-14. soru) ve beşinci alt boyutta yaşam kalitesine (15-19. sorular) ilişkin sorular yer almaktadır. Soru formunda maddeler 0'dan 3'e (4. 13. 14. 17. ve 19. sorular) ya da 0'dan 4'e (1-3. 5-12. ve 15. 16. sorular) kadar puanlanmaktadır (Form 3). Ölçekten alınan skorun yükselmesi; yaşam kalitesinin, cinsel yaşamın daha olumsuz yönde etkilendiğini ve semptomların daha şiddetli olduğunu işaret etmektedir. Literatüre göre kesme (cutt-of) değeri belirlenmemiştir (Brookes ve ark. 2004). BFLUTS ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği, 2005 yılında Güngör ve Yalçın tarafından, 2012 yılında ise Gökkaya ve ark. tarafından yapılmıştır (Güngör ve Yalçın 2005, Gökkaya ve ark. 2012). Gökkaya'nın çalışmasında tüm soruların değerlendirilmesi sonucunda Cronbach's alfa katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur.

Yapılan çalışmada, Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları ölçeğinin ölçüm zamanına göre alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları Tablo 3.2'de verildi.

Tablo 3-2. BFLUTS ölçeğinin alt boyutları Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları

Soru formunun alt boyutları	Cronbach α Değeri
A. Depolamaya ilişkin Semptomlar	
1. Gece ortalama kaç defa idrar yapmak için kalkıyorsunuz?	,875
2. İdrar yapmak için tuvalete yetişmekte acele ettiğiniz oluyor mu?	,866
3. Mesanenizde (idrar torbanızda) ağrı hissediyor musunuz?	,874
4. Günde kaç kez idrar yapıyorsunuz?	,876
B. İdrar yapmaya ilişkin Semptomlar	
5. İdrar yapmak için tuvalete oturduğunuzda idrarı başlatmak için beklemeniz gerekiyor mu?	,876
6. İdrar yapmak için ıkmmanız gerekiyor mu?	,876
7. İdrar yaparken bir kereden fazla, durup tekrar idrar yapmaya başlamanız gerekiyor mu?	,874
C. İnkontinansa ilişkin Semptomlar	
8. Tuvalete yetişmeden idrar kaçırdığınız oluyor mu?	,862
9. Ne kadar sıklıkla idrar kaçıyorsunuz?	,863
10. Öksürürken hapsirirken, fiziksel olarak hareketli olduğunuzda idrar kaçırmıyor musunuz?	,868
11. Hiçbir neden yokken ve idrar hissi olmadan (tuvalete gitme isteği hissetmeksizin) idrar kaçırdığınız oluyor mu?	,870
12. Uykuda iken idrar kaçırmıyor musunuz?	,873

D. Cinsel Yaşama ilişkin Etkilenme

- | | |
|--|------|
| 13. İdrar sorunlarınız sizce cinsel hayatınızı ne kadar etkiliyor? | ,876 |
| 14. Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırdığınız oluyor mu? | ,877 |

E.Yaşam Kalitesine ilişkin Etkilenme

- | | |
|--|------|
| 15. İdrar kaçıрма nedeniyle gün içerisinde kıyafetlerinizi değiştirmeniz gerekiyor mu? | ,864 |
| 16. İdrar şikâyetlerinizin azalması ve yapmak istediklerinizi rahat yapabilmek için içtiğiniz sıvı miktarını azalttığınız oluyor mu? | ,871 |
| 17. İdrar şikâyetleriniz günlük yaptığınız işleri (temizlik, eşya kaldırma) ne derecede etkiliyor? | ,865 |
| 18. Yakınlarında tuvalet olmadığını bildiğiniz yerlere gitmekten kaçınıyor musunuz? (Alışveriş, seyahat, tiyatro). | ,872 |
| 19. İdrar şikâyetleriniz hayatınızı ne kadar etkiliyor? | ,862 |

Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği'nin, tüm alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı ,877 olarak bulundu. Bu değerler ölçeğin çalışılan grupta geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.7.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği/SYBD (Health Promotion Life Style Profile/HPLSP)

Ölçek, Walker ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilmiş ve 1996 yılında tekrar gözden geçirilmiştir. Bahar ve arkadaşları 2008 yılında Türkçeye uyarlamıştır. Ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak geliştirilen sağlık davranışlarını ölçmektedir. Ölçek toplam 52 maddeden oluşmuş olup 6 alt faktörü vardır. Alt boyutlarlar, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu olarak puanlanmakta olup hiçbir maddesi ters puanlanmamaktadır. Derecelendirme 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan puan arttıkça olumlu sağlık davranış düzeyide artmaktadır.

Ölçeğin Alt Boyutları:

Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu: Bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirlemeyi amaçlamaktadır (İlgili maddeler; 3,9,15,21,27,33,39,45,51).

Fiziksel Aktivite Alt Boyutu: Sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını ölçmeyi amaçlamaktadır (İlgili maddeler; 4,10,16,22,28,34,40,46).

Beslenme Alt Boyutu: Bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme yiyecek seçimindeki değişiklikleri ölçmeyi belirlemektedir (İlgili maddeler; 2,8,14,20,26,32,38,44,50).

Manevi Gelişim Alt Boyutu: Bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirlemeyi amaçlamaktadır (İlgili maddeler; 6,12,18,24,30,36,42,48,52).

Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu: Bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve bu ilişkilerdeki süreklilik düzeyini ölçmeyi amaçlamaktadır (İlgili maddeler; 1,7,13,19,25,31,37,43,49).

Stres Yönetimi Alt Boyutu: Bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirlemeyi amaçlamaktadır (İlgili maddeler; 5,11,17,23,29,35,41,47) (Bahar ve arkadaşları 2008) (Form 4).

Ölçeğin Alpha güvenirlik katsayısı 0.94'dir. Ölçeğin alt faktörlerinin Alpha güvenirlik katsayı değeri 0.79-0.87 arasında değişmektedir.

Yapılan çalışmada Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin, alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları Tablo 3.3'de verildi.

Tablo 3-3. SYBD ölçeğinin alt boyutları Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları

Soru formunun alt boyutları	Cronbach α Değeri
Sağlık Sorumluluğu	
3. Doktora ya da sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım	,929
9. Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum	,930
15. Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım	
21. Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım	,929
27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım	
33. Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim	,928
39. Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım	,929
45. Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım	,929
51. Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım	,928
Fiziksel Aktivite	
4. Düzenli bir egzersiz programı yaparım	
10. Haftada en az 3 kez 20 dk ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (Hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)	,930
16. Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla	,930

yürürüm)	,930
22. Boş zamanlarımda yüzmeye, dans etmeye, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım	,931
28. Haftada en az 3 kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım	
34. Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (Örneğin; yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	,929
40. Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim	,929
46. Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım	,929
Beslenme	,930
2. Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim	
8. Şekerli ve tatlıyı kısıtlarım	,931
14. Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim	,931
20. Her gün 2-4 öğün meyve yerim	,931
26. Her gün 3-5 öğün sebze yerim	,930
32. Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim	,929
38. Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim	,929
44. Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum	,930
50. Kahvaltı yaparım	,929
Manevi Gelişim	,930
6. Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim	
12. Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım	,929
18. Geleceğe umutla bakarım	,928
24. Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim	,928
30. Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım	,928
36. Her gün yapılacak değişik ve ilginç şeyler bulurum	,927
42. Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım	,928
48. İlahi bir gücün varlığına inanırım	,928
52. Yeni deneyimlere ve durumlara açığım	,930
Kişilerarası İlişkiler	,928
1. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım	
7. İnsanları başarıları için takdir ederim	,931
13. İnsanlarla anlamlı ve doyumsuz ilişkiler sürdürürüm	,929
19. Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım	,928
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır	,928
31. Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum	,928
37. Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım	,928
43. Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım	,928
49. Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim	,929
Stres Yönetimi	,928
5. Yeterince uyurum	
11. Her gün rahatlamak için zaman ayırırım	,930
17. Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim	,929
23. Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm	,929
29. Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım	,928
35. İş ve eğlence zamanımı dengelerim	,928
41. Günde 15-20 dk gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım	,929
47. Yorulmaktan kendimi korurum	,928
	,930

Yapılan çalışmada Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin, alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı ,930 olarak bulundu. Bu değerler ölçeğin çalışılan grupta geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.7.4. Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası/EAMDS (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale):

Epidemiyolojik Araştırma Merkezi Depresyon Skalası kısa, genel popülasyona ve özel gruplara uygulanabilen, depresif semptomları ölçmek üzere tasarlanmış bir ölçektir. Genel depresyon tarama aracı olarak sıklıkla kullanılmıştır. Ölçeğin maddeleri depresyonla ilgili semptomlardan oluşmaktadır. Epidemiyolojik Araştırma Merkezi Depresyon Skalası'nın amacı mevcut depresif semptomların düzeyini etkileyen bileşenler ve deprese olmuş ruh halini göz önünde bulundurarak ölçüm yapmaktır. Ölçek depresyon ve diğer değişkenlerin ilişkisini alt boyutlarda değerlendirme özelliğine sahiptir. Epidemiyolojik Araştırma Merkezi Depresyon Skalası 20 maddeden oluşmakta, her bir madde 0-3 puan alabilmekte 4, 8, 12 ve 16. maddeler ters puanlanmaktadır. Toplam puan 0-60 arasında değişebilmekte, 16 ve üzeri puan depresyon olasılığını düşündürmektedir. Ölçek geçen bir haftayı sorgulamakta ve 0=Nadiren ya da hiç (haftada bir gün ya da daha az), 1=Ara-sıra (haftada 1-2 gün), 2=Sıklıkla (haftada 3-4 gün), 3=Çoğu zaman ya da her zaman (haftada 5-7 gün) şeklinde puanlanmaktadır (Form 5). Ölçeğin alt boyutları;

Depresif Duygulanım: 3,6,9,10,14,17,18,

Olumlu duygulanım: 4,8,12,16

Bedensel şikâyetler: 1,2,5,7,11,13,20

Kişilerarası ilişkiler: 15,19

EAMDS Toplam: Puan toplamı

Ölçek yurt dışında çok farklı çalışmalarda kullanılmış, pek çok ülkede geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (Wada 2007; Stahl D 2008).

Ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Sema Yılmaz tarafından doktora tezi kapsamında yapılmıştır. Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası'nın Türkçeye uyarlanmasında güvenirlik çalışması için maddelerinin toplam puan korelasyon güvenirlik katsayıları (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu) $r = ,39$ ile $,69$ arasında olduğu, madde puanları ile toplam ölçek puanları arasındaki ilişkinin pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Yılmaz, 2010).

Yapılan çalışmada Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası/EAMDS, alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları Tablo 3.4’de verildi.

Tablo 3-4. EAMDS alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları

Soru formunun alt boyutları	Cronbach α Değeri
Depresif Duygulanım	
3. Ailemin desteğine rağmen hüzünlü olmaktan kurtulamadığımı hissettim	,698
6. Kendimi içe kapanık (depresif) hissettim	,697
9. Yaşamımda başarısız olduğumu hissettim	,704
10. Kendimi korkulu, ürkek hissettim	,703
14. Kendimi yalnız hissettim	,697
17. Ağlama nöbetlerim oldu	,699
18. Kendimi üzgün hissettim	,695
Olumlu Duygulanım	
4. Diğer insanlar kadar iyi olduğumu hissettim	,722
8. Gelecek hakkında umut doluydum	,719
12. Mutluydum	,727
16. Yaşamdan zevk aldım	,724
Bedensel (Somatik) Şikâyetler	
1. Normalde bana sıkıntı vermeyecek olaylar, beni rahatsız etti	,701
2. Yemek yemek istemedim, iştahım kötüydü	,701
5. Yaptığım işe zihnimi toparlamada sorun yaşadım	,701
7. Yaptığım her iş için çaba sarf etmem gerektirdiğini hissettim	,705
11. Uykum huzursuzdu	,701
13. Her zamankinden daha az konuştum	,705
20. Yaptığım herhangi bir şeye devam edemedim	,702
Kişiler Arası İlişkiler	
15. İnsanlar bana dostça gelmedi	,701
19. İnsanların benden hoşlanmadığını hissettim	,705

Yapılan çalışmada Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası’nda Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı **,825** olarak bulundu. Bu değer ölçeğin çalışılan grupta geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.8. Verilerin Analizi ve Yorumu

Elde edilen veriler, bilgisayarda istatistik paket programı ile değerlendirilerek hata kontrolleri, tabloları ve istatistiksel analizleri yapıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken, tanımlayıcı istatistiksel metodları (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanıldı. Ölçümsel veriler için Mann Whitney-U testi, One-Way ANOVA/Kruskall Wallis testleri kullanılıp, bu testlerde gruplar arasındaki farklılıkların belirlenmesinde Tukey's HSD testi/Mann Whitney U testi kullanıldı. Ölçekler arası

ilişkileri saptamak için Pearson Korelasyon analizi yapıldı. Cronbach's Alfa katsayısı hesaplandı. Ortalamalar (ort) standart sapma (ss) ile birlikte verilip (ort $\pm$ ss), $p < 0.05$ istatistiksel anlamlılık olarak değerlendirildi.

DSÖ psiko-geriatrik yaşlılık dönemini iki gruba ayırmaktadır. Bu dönemlerden ilki 65 yaş ve üstü olup, bu dönemdeki kişilere yaşlı demekte; 85 yaş ve üzerini ise çok yaşlı olarak tanımlamaktadır. Gerontolojistler ise yaşlılığı üç döneme ayırmaktadır. İlki 65-74 yaş arası olup genç yaşlılık olarak, ikincisi 75-84 olup orta yaşlılık olarak, üçüncüsü ise 85 yaş ve üzeri olarak tanımlanmakta bu dönem ise ileri yaşlılık (ihtiyarlık) devri olarak sınıflandırılmaktadır (Crews ve ark. 2006; Güler ve Akın 2006; Elena ve ark. 2011; Beğer ve Yavuzer 2012).

TÜİK 2013 verilerine göre yaş gruplandırmasına gidilen çalışmada, 50 yaş ve üstü 543 kadına ulaşılmıştır. Çalışmada ileri analizler için kadınların yaş gruplandırması 4 grupta ele alındı (Tablo 3.5).

Tablo 3-5. Kadınların yaş gruplaması

Yaş Gruplandırması		
1. Grup	İleri Yetişkin	50-64 yaş arası
2. Grup	Genç Yaşlı	65-74 yaş arası
3. Grup	Orta Yaşlı	75-84 yaş arası
4. Grup	İleri Yaşlı	85 ve üstü yaş arası

3.9. Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın bulguları, Gümüşhane il merkezinde yaşayan 50 yaş ve üstü kadınları kapsamaktadır için tüm ülkeye genellenemez.

Araştırma sadece 50 yaş ve üstü kadınlara uygulandığı için, bütün yaş grubundaki kadınlara genellenemez.

3.10. Mali Destek

Bu çalışma, TÜBİTAK 1002 Hızlı Destek Programı tarafından desteklenmektedir. Proje No: 115S900

4. BULGULAR

Gümüşhane’de yaşayan 50 yaş ve üzeri kadınların, alt üriner sistem şikâyetlerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları dört ana bölümde ele alındı.

4.1. Kadınların sosyo-demografik, tanımlayıcı özellikleri ve karşılaştırılmalarına ilişkin bulgular

4.2. Kadınların AÜSŞ’ne ilişkin bulgular

4.3. Kadınların sosyo-demografik ve tanımlayıcı özellikleri ile BFLUTS, EAMDS ve SYBD ölçek puanlarının karşılaştırmasına ilişkin bulgular

4.4. Kadınların BFLUTS, EAMDS ve SYBD ölçeklerinin toplam puan korelasyonlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

4.1. Kadınların Sosyo-Demografik, Tanımlayıcı Özellikleri ve Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların sosyo-demografik ve bazı tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi.

Çalışmaya katılan, Gümüşhane’de yaşayan, 50 yaş ve üstü kadınların yaş ortalaması $64,55 \pm 11.197$ olup, **min:50, max:96**’dır. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguları Tablo 4.1’de verildi.

Tablo 4-1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler					
Yaş Durumu (N: 543)			Medeni Durumu (N: 543)		
	n	%		n	%
50-64 ileri yetişkin	293	54.0	Evli	343	63.2
65-74 genç yaşlı	126	23.2	Boşanmış/Eşi vefat etmiş	191	35.2
75-84 orta yaşlı	89	16.4	Bekâr/Ayrı yaşayan	9	1.6
85 ve üstü ileri yaşlı	35	6.4			
Meslek durumu (N: 543)			Eşin meslek durumu (N: 470)		
	n	%		n	%
Ev hanımı	482	88.8	Çalışıyor	115	24.4
Emekli	42	7.7	Emekli	300	63.7
Çalışıyor	19	3.5	Çalışmıyor	56	11.9
Eğitim durumu (N: 543)			Eşin eğitim durumu (N: 521)		
	n	%		n	%
Okuryazar değil	184	33.9	Okuryazar değil	44	8.4
Okur-yazar	69	12.7	Okur-yazar	72	13.8
İlkokul	227	41.8	İlkokul	224	43.0
Orta okul	26	4.8	Orta okul	59	11.3
Lise ve dengi	24	4.4	Lise ve dengi	86	16.5
Yüksekokul	13	2.4	Yüksekokul	36	6.9

Aylık gelir durumu (n:499)	n	%
Gelir giderden az	214	41,6
Gelir gidere eşit	256	49,7
Gelir giderden fazla	45	8,7

Kadınların %54.0'ı 50-64 yaş aralığında, %23.2'si 65-74 yaş aralığında, %16.4'ü 75-84 yaş aralığında ve %6.4'ü ise 85 ve üstü yaş aralığındadır (Tablo 4.1).

Katılımcıların %63.2'si evli, %35.2'si boşanmış ya da eşi vefat etmiş ve %1,6'sı bekâr ya da eşinden ayrı yaşamaktadır. Kadınların eğitimlerinin değerlendirilmesi sonucunda; % 33.9'u okuryazar olmayıp, %12.7'si okuryazar, %41.8'i ilkokul, %4.8'i ortaokul, %4.4'ü lise ve %2.4'ü yüksekokul mezunudur. Çalışmaya katılan kadınların büyük çoğunluğu ilkokul mezunudur (Tablo 4.1).

Kadınların %88.8'i ev hanımı, %7.7'si emekli, %3.5'i ise herhangi bir işte çalışmakta olup, kadınların büyük çoğunluğu ev hanımıdır (Tablo 4.1).

Eşlerin eğitim durumlarına bakacak olursak; soruyu cevaplayan 521 kadından; %8.4'ü eşinin okuryazar olmadığını, %13.8'i eşinin okuryazar olduğunu, %43.0'ı eşinin ilkokul mezunu olduğunu, %11.3'ü eşinin ortaokul mezunu olduğunu, %16.5'i eşinin lise ve %6.9'u ise eşinin yüksekokul mezunu olduğunu belirtti (Tablo 4.1). Eşlerin büyük çoğunluğu ilkokul mezunu olup, okuryazar durumları kadınlara göre daha yüksektir.

Eşin çalışma durumu sorusunu cevaplayan 470 kadından; %24,4'ü eşinin çalışmakta olduğunu, %63,7'si eşinin emekli olduğunu, %11,9'u ise eşinin çalışmadığını belirtti (Tablo 4.1). Erkeklerin kadınlara göre çalışma oranları daha yüksek olup, büyük çoğunluğu emeklidir.

Eşlerin çalışma durumları ile eğitim durumlarının karşılaştırılması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (χ^2 :64,114, p:000). Eğitim seviyesi yüksek olanların çalışma oranları da daha yüksektir.

Gelir durumu sorusunu cevaplayan 499 katılımcının; %49,7'si gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu, %41.6'sı gelirlerinin giderlerinden az olduğunu ve %8,7'si ise gelirlerinin giderlerinden fazla olduğunu belirtti (Tablo 4.1). Katılımcıların gelirleri ortalama **1.369,03±812,068 TL** olup **min:100,00 TL, max:15.000,00 TL** 'dir.

Katılımcıların beden kitle indeks durumları Tablo 4.2'de verildi.

Tablo 4-2. Kadınların beden kitle indeks (BKİ) durumları (N: 515)

BKİ	n	%
Zayıf (18.5 kg/m ² altı)	4	0.8
Normal (18.5-24.9 kg/m ²)	104	20.2
Fazla kilolu (25-29.9 kg/m ²)	204	39.6
Obez Klas I (Hafif) (30-34.9 kg/m ²)	131	25.4
Obez Klas II (Orta) (35-39.9 kg/m ²)	52	10.1
Obez Klas III (Ağır-morbid obez) (40 kg/m ² ve üstü)	20	3.9

Boy ve kilosunu bilen kadın sayısı 515 olup, bunların %20,2'si normal vücut ağırlığında olup, %39,6'sı fazla kilolu, %39,4'ü ise obez grubunda yer almaktadır (Tablo 4.2). Kadınların BKİ ortalaması **29,25±5,31 kg/m²** olup, **min:15,60 kg/m²**, **max:46,86 kg/m²** dir.

Katılımcıların obstetrik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.3'de verildi.

Tablo 4-3. Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı

Obstetrik Özellikler					
Gebelik sayısı (N: 519)	n	%	Doğum sayısı (N: 510)	n	%
Bir	12	2,3	Bir	16	3,1
İki	29	5,6	İki	57	11,2
Üç	65	12,5	Üç	98	19,2
Dört	70	13,5	Dört	92	18,2
Beş	77	14,8	Beş	86	16,9
Altı	74	14,3	Altı	48	9,4
Yedi	61	11,8	Yedi	42	8,2
Sekiz	37	7,1	Sekiz	21	4,1
Dokuz	25	4,8	Dokuz	20	3,9
On ve üstü	69	13,3	On ve üstü	30	5,9
Düşük sayısı (N: 255)	n	%	Kürtaj sayısı (N: 105)	n	%
Bir	140	54,9	Bir	62	59,0
İki	69	27,1	İki	20	19,0
Üç	29	11,4	Üç	16	15,2
Dört ve üstü	17	6,6	Dört ve üstü	7	6,8
Doğum yapma şekli (N: 523)	n	%	Doğumun yapıldığı yer (N: 521)	n	%
Vajinal doğum	475	90.8	Hastanede	111	21.3
Sezaryan doğum	16	3.1	Evde	251	48.2
Vajinal ve sezaryan doğum	32	6.1	Hastanede ve evde	159	30.5
Doğumda epizyotomi uygulanma durumu (N: 454)	n	%	*4 kg ve üzeri bebek doğurma (N: 483)	n	%
Evet	100	22.0	Evet	128	26.5
Hayır	354	78.0	Hayır	355	73.5
Doğumda yırtık reperasyon durumu (N: 486)	n	%			
Evet	129	26.5			
Hayır	357	73.5			

*≥4 kg ya da iri bebek doğurma durumu

Kadınların gebelik öykülerine bakacak olursak; soruyu toplam 519 kadın cevaplamış olup, %2.3'ünün bir, %5.6'sının iki, %12.5'inin üç, %13.5'inin dört, %14.8'inin beş, %14.3'ünün altı, % 11.8'inin yedi, %7.1'inin sekiz, %4.8'inin dokuz ve %13,3'ünün on ve üstü gebeliği bulunmaktadır (Tablo 4.3). Katılımcıların %6,2'sinin on, %1,7'sinin on bir, %1,5'inin on iki, %1,5'inin on üç, %1,1'inin on dört, %0,7'sinin on beş, %0,2'sinin on altı, %0,2'sinin on yedi gebeliği mevcuttur. Kadınların gebelik sayısının ortalaması **6,01±2,94**, olup, **min:0, max:17**'dir.

Kadınların doğum sayılarına bakacak olursak; soruyu toplam 510 kadın cevaplamış olup, %3.1'inin bir, %11,2'sinin iki, %19,2'sinin üç, %18,2'sinin dört, %16,9'unun beş, %9,4'ünün altı, %8,2'sinin yedi, %4,1'inin sekiz, %3,9'unun dokuz ve %5,9'unun on ve üstü doğumu bulunmaktadır (Tablo 4.3). Katılımcıların %3,1'inin on, %1,4'ünün on bir, %0,6'sının on iki, %0,2'sinin on üç, %0,6'sının on dört doğumu mevcuttur. Kadınların doğum sayısının ortalaması **4,86±2,458** olup, **min:0, max:14**'dür.

Kadınların 255 tanesinde düşük hikâyesi mevcut olup; %54,9'unun bir, %27,1'inin iki, %11,4'ünün üç, %2,4'ünün dört, %3,1'inin beş, %0,8'inin altı ve %0,4'ünün ise on düşük hikâyesi bulunmaktadır (Tablo 4.3). Kadınların düşük sayısının ortalaması **1,77±1,169** olup, **min:1, max:10**'dur.

Kadınların 105 tanesinin kürtaj hikâyesi bulunmaktadır. Kürtaj hikâyesi olanların %59,0'ının bir, %19,0'ının iki, %15,2'sinin üç, %2,9'unun dört, %3,9'unun ise beş kürtaj hikâyesi vardır (Tablo 4.3). Kadınların kürtaj sayısının ortalaması **1,73±1,068** olup, **min:1, max:5**'dir.

Katılımcıların doğum yapma şekillerine bakacak olursak; toplam 523 kadın soruyu cevaplamış olup, doğum yapan kadınların %90,8'i vajinal doğum, %3,1'i sezaryanla ve %6,1'i ise hem vajinal hem de sezaryan ile doğumlarını yaptıklarını belirttiler (Tablo 4.3).

Kadınların doğumlarını yaptıkları yer incelendiğinde; toplam 521 kadın soruyu cevaplamış olup, %21,3'ünün hastanede, %48,2'sinin evde, %30,5'inin ise hem hastane hem de evde doğumlarını yaptıkları belirlendi (Tablo 4.3).

Çalışmaya katılan kadınların doğum öykülerinde epizyotomi uygulanma durumlarına bakacak olursak; toplam 454 kadın soruyu yanıtlamış olup, %22,0'ı epizyotomi uygulandığını, %78,0'ı ise epizyotomi uygulanmadığını belirtti (Tablo 4.3).

Çalışmaya katılan kadınların doğumları esnasında yırtık reperasyon durumlarına bakacak olursak; toplam 486 kadın soruyu yanıtlamış olup, %26,5'i evet, %73,5'i ise hayır cevabını verdi (Tablo 4.3).

Kadınların 4 kg ve üzeri kiloda doğan bebeklerinin değerlendirildiği soruyu 483 kadın cevapladı. Kadınların %26,5'i iri bebek doğduğunu, %73,5'i ise iri bebek doğmadığını belirtti (Tablo 4.3). Evde doğumlarını yapan kadınlardan bebeklerinin kilosunu hatırlamayanlara, 'iri bebek doğdunuz mu?' sorusu sorularak, bu doğrultuda cevaplar alındı.

'Bebeğinizin doğum ağırlığını hatırlıyor musunuz?' sorusuna cevap veren kadın sayısı 244'tür. Bebeklerin doğum ağırlığı ortalama **3,31±0,66 kg** olup, **min:1,500 kg, max:6,000 kg**'dır.

Katılımcıların menopoza ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4.4'te verildi.

Tablo 4-4. Kadınların menopoza ilişkin özelliklerinin dağılımı

Menopoz Durumu	n	%
Menopoz yaşı (N: 469)		
30-35 yaş	13	2,7
36-40 yaş	50	10,7
41-45 yaş	87	18,6
46-50 yaş	205	43,7
51-55 yaş	99	21,1
56 yaş ve üstü	15	3,2
Adet görme durumu (N: 21)		
Son 3 aydır düzenli adet görenler	13	61,9
En az 3 aydır adet gören ya da önceki 3 ayda düzensiz adet görenler	7	33,3
Hormon tedavisi almadan son bir yıldır adet görenler	1	4,8

Kadınların son adet tarihi yaş ortalaması **47.80±5.126** olup **min:30, max:60**, menopoz yaş ortalaması ise **47.72±5.11** olup, **min:30, max:61**'dir. Hala adet gören toplam 21 kadından; %61,9'u (n:13) son 3 aydır düzenli adet gördüğünü, %33,3'ü (n:7) en az 3 aydır adet görmediğini ya da önceki 3 ayda düzensiz adet gördüğünü ve %4,8'i (n:1) hormon tedavisi almadan son bir yıldır adet görmediklerini belirttiler. Kadınların menopoza girme yaşlarına bakıldığında; en yüksek oranda, 50 yaşında menopoza girme %20,9 (n:98), 45 yaşında menopoza girme %11,3 (n:53), 49 yaşında menopoza girme %8,5 (n:40), 40 yaşında menopoza girme %7,9 (n:37) olarak belirlendi (Tablo 4.4).

Kadınların sağlık durumu ve sorunlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4.5'te verildi.

Tablo 4-5. Kadınların sağlık durumu ve sorunlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı

Sağlık Durumu ve Sorunlarına İlişkin Özellikler	n	%
Histerektomi durumu (N: 530)		
Evet	107	20,2
Hayır	423	79,8
Herhangi bir psikiyatrik hastalık varlığı (N: 532)		
Evet-şimdi	92	17,3
Hayır	391	73,5
Geçmişte	49	9,2
Herhangi bir kronik hastalık varlığı (N: 522)		
Evet	344	65,9
Hayır	178	34,1
Kronik hastalıklar (N: 337)		
Hipertansiyon	113	33,5
Diyabet	32	9,5
Kalp yetmezliği ve hipertansiyon	22	6,5
Diyabet ve hipertansiyon	53	15,7
Kolesterol	13	3,9
Hipertansiyon ve kolesterol	18	5,4
Bronşit ve astım	17	5,0
Kalp yetmezliği	13	3,8
Diğer hastalıklar (astım, ülser, osteoporoz...)	56	16,7
Sürekli kullanılan ilaç durumu (N: 522)		
Evet	96	18,4
Hayır	426	81,6
Kabızlık problem durumu (N: 543)		
Evet	256	47,1
Hayır	287	52,9
Düzenli egzersiz yapma durumu (N: 543)		
Evet	129	23,8
Hayır	414	76,2
Düzenli egzersiz yapma sıklığı (N: 115)		
Haftada 3'ten fazla	59	51,3
Haftada 3 ve daha az	56	48,7
Sigara kullanma durumu (N: 543)		
Evet	46	8,5
Hayır	497	91,5
Günlük tüketilen kahve miktarı (N: 161)		
1 fincan	107	66,5
2 fincan	42	26,1
3 fincan ve üzeri	12	7,4
Günlük tüketilen çay miktarı (N: 521)		
1 bardak	44	8,4
2 bardak	87	16,7
3 bardak	95	18,2
4 bardak	70	13,4
5 bardak	80	15,4
6 bardak	49	9,4
7 bardak ve üzeri	96	18,5

Histerektomi durumlarının değerlendirildiği soruya, 530 kadın yanıt verdi. Kadınların %20,2'sinin histerektomi geçirdiği, %79,8'inin ise histerektomi geçirmediği saptandı (Tablo 4.5). Kadınların 8'i 50 yaşında, 4'ü 45 ve 49 yaşlarında, 2'si 40 ve 52 yaşlarında ameliyat geçirdikleri belirlendi.

Katılımcıların herhangi bir psikiyatrik hastalığının olup olmadığı sorgulanmış olup, cevap veren kadın sayısı 532'dir. Kadınların %17,3'ü herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olduğunu, %73,5'i herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık geçirmediğini, %9,2'si ise geçmişte bir psikiyatrik rahatsızlık geçirdiğini ifade etti (Tablo 4.5).

Kadınların herhangi bir kronik rahatsızlığının olup olmadığı sorulduğunda, 522 kadın cevap vermiş olup, %65,9'unun herhangi bir kronik hastalığı olduğu belirlendi. Kronik hastalığı olanların; %33,5'i hipertansiyon, %9,5'i diyabet, %6,5'i kalp yetmezliği ve hipertansiyon, %15,7'si diyabet ve hipertansiyon, %3,9'u kolesterol, %5,4'ü hipertansiyon ve kolesterol, %5,0'ı bronşit ve astım, %3,8'i kalp yetmezliği olduğunu belirtti. (Tablo 4.5). Diğer kronik hastalığı olan kadınlarda ise osteoporoz (n:6), guatr (n:5), diyabet ve kolesterol (n:6), diyabet, hipertansiyon ve kalp yetmezliği (n:4), diyabet, hipertansiyon ve kolesterol (n:5), böbrek yetmezliği (n:3) gibi hastalıklar görülmektedir.

'Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı?' sorusuna 522 kadın cevap vermiş olup, kadınların %18,4'ü sürekli ilaç kullandığını belirtti. (Tablo 4.5).

Katılımcıların %47,1'inin kabızlık problemi yaşadığı, %52,9'unun ise kabızlık problemi yaşamadığı saptandı (Tablo 4.5).

Çalışmaya katılan katılımcıların %23,8'i düzenli egzersiz yaptığını (yürüyüş, fitness), %76,2'si ise düzenli egzersiz yapmadığını belirtti. Egzersiz yapan kadınların %51,3'ünün haftada 3'ten fazla egzersiz yaptığı, %48,7'si ise haftada 3 ve daha az sayıda egzersiz yaptığını belirttikleri saptandı (Tablo 4.5).

Kadınların %8,5'i sigara kullandığını, %91,5'i ise sigara kullanmadığını belirtti. Sigara kullananların günlük tükettiği sigara miktarı; 20 tane içen (n:9), 10 ve daha az sigara içen kişi sayısı ise 16'dır. Günlük tüketilen kahve miktarı sorusunu 161 kadın cevaplamış olup; bir fincan kahve tüketimin %66,5, iki fincan kahve tüketimin %26,1, üç fincan ve üzeri kahve tüketimin %7,4 olduğu saptandı. (Tablo 4.5). Günlük tüketilen kahve miktarı $1,47 \pm 0,829$ fincan olup, **min:1, max:6** fincandır.

Günlük tüketilen çay miktarı sorusunu 521 kadın cevaplamış olup; bir bardak çay tüketimi %8,4, iki bardak çay tüketimi %16,7, üç bardak çay tüketimi %18,2, dört

bardak çay tüketimi %13,4, beş bardak çay tüketimi %15,4, altı bardak çay tüketimi %9,4, yedi bardak ve üzeri çay tüketimi %18,5 oranında olduğu saptandı (Tablo 4.5). Günlük tüketilen çay miktarı ortalama $4,79 \pm 3,34$ bardak olup, **min:1, max:20** fincandır.

Kadınların perine temizliği ve alışkanlıklarına ilişkin özelliklerin dağılımı Tablo 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4-6. Kadınların genital hijyen ve alışkanlıklarına ilişkin özelliklerin dağılımı

Genital Hijyen Durumu	n	%
Günlük ped kullanma (N: 543)		
Evet	105	19,3
Hayır	438	80,7
Pedin değişme saati (N: 105)		
6 saat	51	48,6
8 saat	16	15,2
12 saat	22	21,0
24 saat	16	15,2
Tuvalet temizliği (N: 543)		
Su ile	120	22,1
Tuvalet kağıdı ile	39	7,2
Su ve sabun ile	51	9,4
Su ve tuvalet kağıdı ile	333	61,3
Vajinal duş yapma (N: 543)		
Evet	220	40,5
Hayır	323	59,5

Katılımcıların %19,3’ü günlük ped kullanmakta, %80,7’si ise kullanmamaktadır. Günlük ped kullanan kadınların %48,6’sı 6 saatte bir, %15,2’si 8 saatte bir, %21,0’ı 12 saatte ve %15,2’si ise 24 saatte bir pedini değiştiğini belirtti (Tablo 4.6).

Kadınların %22,1’i tuvalet temizliğini su ile, %7,2’si tuvalet kağıdı ile, %9,4’ü su ve sabun ile, %61,3’ü de su ve tuvalet kağıdı ile yaptığını bildirdi (Tablo 4.6).

Çalışmaya katılan kadınların %40,5’i vajinal duş yaptığı, %59,5’i de vajinal duş yapmadığı saptandı (Tablo 4.6).

4.2. Kadınların AÜŞŞ İlişkin Bulgular

Kadınların AÜŞŞ dağılımı Tablo 4.7’de verildi.

Tablo 4-7. Kadınlarda üriner semptomların dağılımı (N: 543)

Depolama Semptomları	n	%
Gece idrara kalkma		
Hayır	76	14,0
1 kez	192	35,4
2 kez	135	24,9
3 kez	75	13,8
4 ya da daha fazla	65	12,0
İdrar yapmak için tuvalete yetişmede acele etme		
Hiçbir zaman	127	23,4
Ara sıra	128	23,6
Bazen	158	29,1
Genellikle	84	15,5
Her zaman	46	8,5
Mesanede ağrı hissetme hissetme		
Hiçbir zaman	241	44,4
Ara sıra	135	24,9
Bazen	116	21,4
Genellikle	38	7,0
Her zaman	13	2,4
Gün içerisinde idrar yapma sıklığı		
Her 4 ya da daha fazla saatte	288	53,0
Her 3 saatte	145	26,7
Her 2 saatte	71	13,1
Saatte bir	39	7,2
İdrar Yapma Semptomları	n	%
İdrar yapmak için tuvalete oturduğunda, idrarın başlamasını bekleme		
Hiçbir zaman	329	60,6
Ara sıra	110	20,3
Bazen	83	15,3
Genellikle	15	2,8
Her zaman	6	1,1
İdrar yapmak için ıkınma		
Hiçbir zaman	404	74,4
Ara sıra	73	13,4
Bazen	55	10,1
Genellikle	7	1,3
Her zaman	4	0,7
İdrar yaparken bir kereden fazla, durup tekrar idrar yapmaya başlama		
Hiçbir zaman	332	61,1
Ara sıra	105	19,3
Bazen	75	13,8
Genellikle	16	2,9
Her zaman	15	2,8

İnkontinans Semptomları	n	%
Tuvalete yetişmeden idrar kaçırma		
Hiçbir zaman	203	37,4
Ara sıra	135	24,9
Bazen	131	24,1
Genellikle	52	9,6
Her zaman	22	4,1
İdrar kaçırma		
Hiçbir zaman	195	35,9
Ara sıra (Haftada 1 veya daha az)	190	35,0
Bazen (haftada 2-3 kez)	77	14,2
Genellikle (günde 1 kez)	37	6,8
Her zaman (Günde birkaç kez)	44	8,1
Öksürürken hapsirirken, fiziksel olarak hareketli olduğunda idrar kaçırma		
Hiçbir zaman	206	37,9
Ara sıra	146	26,9
Bazen	100	18,4
Genellikle	57	10,5
Her zaman	34	6,3
Hiçbir neden yokken ve idrar hissi olmadan (tuvalete gitme isteği hissetmeksizin) idrar kaçırma		
Hiçbir zaman	385	70,9
Ara sıra	79	14,5
Bazen	59	10,9
Genellikle	13	2,4
Her zaman	7	1,3
Uykudayken idrar kaçırma		
Hiçbir zaman	440	81,0
Ara sıra	62	11,4
Bazen	26	4,8
Genellikle	12	2,2
Her zaman	3	0,6
Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar	n	%
İdrar sorunların cinsel hayatı etkilemesi		
Hiç	465	85,6
Az	47	8,7
Biraz	26	4,8
Çok	5	0,9
Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma		
Hiç	487	89,7
Az	38	7,0
Biraz	14	2,6
Çok	4	0,7
Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar	n	%
İdrar kaçırma nedeniyle gün içerisinde kıyafetleri değiştirme		
Hiçbir zaman	222	40,9
Ara sıra	138	25,4

Bazen	76	14,0
Genellikle	61	11,2
Her zaman	46	8,5
İdrar şikâyetlerini azaltmak için günlük alınan sıvı miktarını azaltma		
Hiçbir zaman	334	61,5
Ara sıra	96	17,7
Bazen	65	12,0
Genellikle	38	7,0
Her zaman	10	1,8
İdrar şikâyetlerin günlük yapılan işleri (temizlik, eşya kaldırma) etkilemesi		
Hiç	305	56,2
Az	116	21,4
Biraz	87	16,0
Çok	35	6,4
Yakınlarda tuvalet olmadığını bildiği yerlere gitmeme (Alışveriş, seyahat, tiyatro).		
Hiçbir zaman	245	45,1
Ara sıra	86	15,8
Bazen	70	12,9
Genellikle	83	15,3
Her zaman	59	10,9
İdrar şikâyetlerin hayatı ne kadar etkilediği		
Hiç	229	42,2
Az	161	29,7
Biraz	78	14,4
Çok	75	13,8

Çalışmada AÜSS'den depolama semptomlarından, gece idrara kalkma kadınların %14,0'ında görülmemektedir. Gece bir kez idrara kalkan kadın oranı %35,4, iki ve daha fazla sayıda idrara kalkan kadın oranı %50,7 olarak bulundu. Depolama semptomlarından; idrar yapmak için tuvalete yetişmede acele etme oranı %76,6, mesanede ağrı hissetme oranı %55,6, idrar yapma sıklığı (4 saatten az) oranı %47,0 olarak saptandı (Tablo 4.7).

Kadınların %39,4'ü idrar yapma semptomlarından olan idrar yapmayı bekleme şikâyetini, %25,6'sı idrar yapmak için ıkınma ve %38,9'u ise idrar yaparken durup tekrar idrar yapma şikâyeti olduğunu bildirdi (Tablo 4.7).

İnkontinans semptomlarından; tuvalete yetişmeden idrar kaçırma oranı %62,6, idrar kaçırma oranı %64,1, öksürürken, hapsirirken, fiziksel olarak hareketli olduğunda idrar kaçırma oranı %62,1, hiçbir neden yokken ve idrar hissi olmadan (tuvalete gitme isteği hissetmeksizin) idrar kaçırma oranı %29,1, uykudayken idrar kaçırma oranı %19,0 olarak bulundu (Tablo 4.7).

Cinsel yaşama ilişkin semptomlardan; idrar sorunların cinsel hayatı etkileme oranı %14,4, cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma oranı %10,3 olarak bulundu (Tablo 4.7).

Yaşam kalitesine ilişkin semptomlardan; idrar kaçırma nedeniyle gün içerisinde kıyafetlerini değiştiren kadın oranı %59,1, idrar şikâyetlerini azaltmak için günlük alınan sıvı miktarını azaltan kadın oranı %38,1, idrar şikâyetlerinden dolayı günlük yapılan işlerden (temizlik, eşya kaldırma) etkilenen kadınların oranı %43,8, yakınlarda tuvalet olmadığını bildiği yerlere gitmeme durumunu bildiren kadın oranı %54,9, idrar şikâyetlerinden hayatları etkilenen kadın oranı %57,8 olarak saptandı (Tablo 4.7).

3. Kadınların Sosyo-Demografik ve Tanımlayıcı Özellikleri ile BFLUTS, EAMDS ve SYBD Ölçek Puanlarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Kadınların çalışmada aldıkları ölçek toplam puan ortalamaları Tablo 4.8’de verildi.

Tablo 4-8. Kadınların BFLUTS, EAMDS ve SYBD ölçek puan ortalamaları

	Ölçek Puanları		Kadınların Aldıkları Puanlar		
	min	max	ort±ss	min	max
BFLUTS					
Depolama Semptomları	0	15	5,09±3,06	0	15
İdrar Yapma Semptomları	0	12	1,71±2,07	0	12
İnkontinans Semptomları	0	20	4,33±3,93	0	19
Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar	0	6	0,35±0,92	0	6
Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar	0	18	4,94±4,31	0	18
Toplam	0	71	16,43±11,06	0	50
SYBD					
Sağlık Sorumluluğu	9	36	22,07±5,33	9	36
Fiziksel Aktivite	8	32	12,41±4,37	8	28
Beslenme	9	36	22,14±4,32	10	34
Manevi Gelişim	9	36	24,45±5,56	9	36
Kişilerarası İlişkiler	9	36	26,13±5,19	11	36
Stres Yönetimi	8	32	18,57±4,51	8	32
Toplam	52	208	125,76±22,74	55	188
EAMDS					
Depresif Duygulanım	0	21	5,66±4,50	0	21
Olumlu Duygulanım	0	12	6,53±3,22	0	12
Bedensel Şikâyetler	0	21	6,71±3,90	0	20
Kişilerarası İlişkiler	0	6	1,23±1,38	0	6
Toplam	0	60	20,13±8,07	0	49

Çalışmamızda kadınların BFLUTS ölçek puanlarının değerlendirilmesinde; en düşük puan Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar 0,35±0,92 (min:0, max:6), en yüksek

puan Depolama Semptomları $5,09 \pm 3,06$ (min:0, max:15) alt boyutları arasında bulunmuş olup, BFLUTS Toplam puan ortalaması ise $16,43 \pm 11,06$ (min:0, max:50)'dır.

Kadınlar arasında SYBD ölçek puanlarının karşılaştırılmasında; en düşük puan Fiziksel Aktivite $12,41 \pm 4,37$ (min:6, max:28), en yüksek puan Kişilerarası İlişkiler $26,13 \pm 5,19$ (min:11, max:36) alt boyutlarında bulunmuş olup, SYBD Toplam puan ortalaması ise $125,76 \pm 22,743$ (min:66, max:188)'tür.

Kadınlar arasında EAMDS ölçek puanlarının değerlendirilmesinde; en düşük puan Kişilerarası İlişkiler $1,23 \pm 1,38$ (min:0, max:6), en yüksek puan Bedensel Şikâyetler $6,71 \pm 3,90$ (min:0, max:20) alt boyutlarında bulunmuş olup, EAMDS Toplam puan ortalaması $20,13 \pm 8,07$ (min:0, max:49)'dir.

EAMDS ölçek genel değerlendirilmesinde; kadınların %59,7'sinin aldıkları EAMDS toplam puanı 16 ve üzerindedir. Kadınların yarıdan fazlasında depresyon olasılığı mevcuttur.

Kadınların yaş durumu ile ölçek puanlarının karşılaştırılması durumları Tablo 4.9'da verildi.

Tablo 4-9. Kadınların yaş durumu ile ölçek puanlarının karşılaştırılması (N: 543)

Yaş Durumu	n	ort±ss	p değeri
BFLUTS Depolama Semptomları			
50-64 ileri yetişkin ^a	293	4,58±2,84	χ^2 : 17,051 p: ,001 a<b,c
65-74 genç yaşlı ^b	126	5,52±3,00	
75-84 orta yaşlı ^c	89	5,84±3,43	
85 ve üstü ileri yaşlı ^d	35	5,86±3,30	
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları			
50-64 ileri yetişkin	293	1,60±2,00	χ^2 : 2,963 p: ,397
65-74 genç yaşlı	126	1,92±2,17	
75-84 orta yaşlı	89	1,66±2,17	
85 ve üstü ileri yaşlı	35	2,00±2,07	
BFLUTS İnkontinans Semptomları			
50-64 ileri yetişkin ^a	293	3,60±3,36	χ^2 : 20,168 p: ,000 a<c,d
65-74 genç yaşlı ^b	126	4,51±3,74	
75-84 orta yaşlı ^c	89	5,85±4,73	
85 ve üstü ileri yaşlı ^d	35	5,94±5,12	
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar			
50-64 ileri yetişkin ^a	293	0,44±1,02	χ^2 : 10,392 p: ,016 b<a
65-74 genç yaşlı ^b	126	0,20±0,65	
75-84 orta yaşlı ^c	89	0,37±0,95	
85 ve üstü ileri yaşlı ^d	35	0,17±0,74	

BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar			
50-64 ileri yetişkin ^a	293	4,29±3,90	χ^2 : 12,622 p: ,006 a<c
65-74 genç yaşlı ^b	126	5,37±4,29	
75-84 orta yaşlı ^c	89	6,19±5,13	
85 ve üstü ileri yaşlı ^d	35	5,74±4,59	
BFLUTS Toplam			
50-64 ileri yetişkin ^a	293	14,51±9,82	χ^2 : 16,661 p: ,001 a<c
65-74 genç yaşlı ^b	126	17,52±10,63	
75-84 orta yaşlı ^c	89	19,92±13,11	
85 ve üstü ileri yaşlı ^d	35	19,71±12,73	
SYBD Sağlık Sorumluluğu			
50-64 ileri yetişkin ^a	293	22,48±5,54	χ^2 : 10,242 p: ,017 a>d
65-74 genç yaşlı ^b	126	22,03±5,11	
75-84 orta yaşlı ^c	89	21,69±4,86	
85 ve üstü ileri yaşlı ^d	35	19,69±4,95	
SYBD Fiziksel Aktivite			
50-64 ileri yetişkin ^a	293	12,84±4,19	χ^2 : 29,423 p: ,000 a,b>c,d
65-74 genç yaşlı ^b	126	12,90±4,96	
75-84 orta yaşlı ^c	89	10,98±3,93	
85 ve üstü ileri yaşlı ^d	35	10,71±3,67	
SYBD Beslenme			
50-64 ileri yetişkin	293	22,27±4,43	χ^2 : 5,321 p: ,150
65-74 genç yaşlı	126	22,50±3,96	
75-84 orta yaşlı	89	21,56±4,32	
85 ve üstü ileri yaşlı	35	21,20±4,50	
SYBD Manevi Gelişim			
50-64 ileri yetişkin ^a	293	25,26±5,36	χ^2 : 26,007 p: ,000 a,b>d a>c
65-74 genç yaşlı ^b	126	24,72±5,25	
75-84 orta yaşlı ^c	89	22,70±5,50	
85 ve üstü ileri yaşlı ^d	35	21,14±6,47	
SYBD Kişilerarası İlişkiler			
50-64 ileri yetişkin	293	26,51±5,14	χ^2 : 4,594 p: ,204
65-74 genç yaşlı	126	26,03±5,26	
75-84 orta yaşlı	89	25,38±5,06	
85 ve üstü ileri yaşlı	35	25,20±5,57	
SYBD Stres Yönetimi			
50-64 ileri yetişkin	293	18,67±4,48	χ^2 : 5,840 p: ,120
65-74 genç yaşlı	126	18,98±4,65	
75-84 orta yaşlı	89	18,35±4,16	
85 ve üstü ileri yaşlı	35	16,83±4,86	
SYBD Toplam			
50-64 ileri yetişkin ^a	293	128,02±22,41	χ^2 : 18,082 p: ,000 a,b>d a>c
65-74 genç yaşlı ^b	126	127,16±22,17	
75-84 orta yaşlı ^c	89	120,65±22,23	
85 ve üstü ileri yaşlı ^d	35	114,77±24,46	

EADMDS Depresif Duygulanım			
50-64 ileri yetişkin ^a	293	5,24±4,42	χ^2 : 8,212 p: ,042 a<d
65-74 genç yaşlı ^b	126	6,13±4,90	
75-84 orta yaşlı ^c	89	5,75±3,87	
85 ve üstü ileri yaşlı ^d	35	7,23±4,72	
EADMDS Olumlu Duygulanım			
50-64 ileri yetişkin ^a	293	6,76±3,07	χ^2 : 10,090 p: ,018 c,d<a,b
65-74 genç yaşlı ^b	126	6,79±3,31	
75-84 orta yaşlı ^c	89	5,83±3,44	
85 ve üstü ileri yaşlı ^d	35	5,51±3,17	
EADMDS Bedensel Şikâyetler			
50-64 ileri yetişkin	293	6,53±3,90	χ^2 : 6,125 p: ,106
65-74 genç yaşlı	126	6,56±4,19	
75-84 orta yaşlı	89	7,19±3,49	
85 ve üstü ileri yaşlı	35	7,63±3,78	
EADMDS Kişilerarası İlişkiler			
50-64 ileri yetişkin	293	1,30±1,44	χ^2 : 3,286 p: ,350
65-74 genç yaşlı	126	1,22±1,41	
75-84 orta yaşlı	89	0,98±1,16	
85 ve üstü ileri yaşlı	35	1,34±1,30	
EADMDS Toplam			
50-64 ileri yetişkin	293	19,82±8,30	χ^2 : 3,268 p: ,352
65-74 genç yaşlı	126	20,71±8,59	
75-84 orta yaşlı	89	19,75±6,83	
85 ve üstü ileri yaşlı	35	21,71±7,01	
χ^2 : Kruskal Wallis testi			

Çalışmada kadınların yaş durumları ile BFLUTS ölçek puanları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; kadınların yaş durumları ile Depolama Semptomları (**p: ,001**), İnkontinans Semptomları (**p: ,000**), Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar (**p: ,016**), Yaşam Kalitesine İlişkin Semptom (**p: ,006**) alt boyutları ve BFLUTS Toplam puanları (**p: ,001**) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulundu (Tablo 4.9).

Depolama Semptomları alt boyutu ile kadınların yaşlarının değerlendirilmesi sonucunda; en yüksek puan ortalaması, 85 ve üstü ileri yaşlı grupta (5,86±3,30), en düşük yaş ortalaması ise 50-64 ileri yetişkin (4,58±2,84) grupta belirlendi. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılığın 50-64 ileri yetişkin yaş grubunun, 65-74 genç yaşlı (**p: ,14**) ve 75-84 orta yaşlı grubuna göre (**p: ,019**) BFLUTS Depolama Semptomları alt boyutu puan ortalamasının daha düşük olmasından kaynaklandığı görüldü (Tablo 4.9).

50-64 ileri yetişkin grubunda, Depolama Semptomları daha az görülmektedir. Yaş artınca Depolama Semptomları da artmaktadır.

İnkontinans Semptomları alt boyutu ile kadınların yaşlarının değerlendirilmesi sonucunda; en yüksek puan ortalaması 85 ve üstü ileri yaşlı grupta ($5,94 \pm 5,12$), en düşük puan ortalaması ise 50-64 ileri yetişkin ($3,60 \pm 3,36$) grupta bulundu. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık; 50-64 ileri yetişkin yaş grubu ile 75-84 orta yaşlı grup (**p: ,000**) ve 50-64 ileri yetişkin yaş grubu ile 85 ve üstü ileri yaşlı grupları (**p: ,004**) arasındaki ilişkiden kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.9). 50-64 ileri yetişkin grubunda, İnkontinans Semptomları daha az görülmektedir. Yaş artınca İnkontinans Semptomları da artmaktadır.

Cinsel Yaşama İlişkin Semptomları alt boyutu ile kadınların yaşlarının değerlendirilmesi sonucunda; en düşük puan ortalaması 85 ve üstü ileri yaşlı grupta ($0,17 \pm 0,74$), en yüksek puan ortalaması ise 50-64 ileri yetişkin ($0,44 \pm 1,02$) grubunda bulundu. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılığın 65-74 genç yaşlı grubunun, 50-64 ileri yetişkin yaş gruba göre (**p: ,042**) BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptom puan ortalamalarının daha düşük olmasından kaynaklandığı saptandı (Tablo 4.9). 65-74 genç yaşlı grubunda, Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar, 50-64 ileri yetişkin grubuna göre daha az görülmektedir.

Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar alt boyutu ile yaş durumunun değerlendirilmesi sonucunda; en yüksek puan ortalaması 75-84 orta yaşlı grupta ($6,19 \pm 5,13$), en düşük puan ortalaması ise 50-64 ileri yetişkin ($4,29 \pm 3,90$) grupta bulundu. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılığın 50-64 ileri yetişkin yaş grubunun, 75-84 orta yaşlı gruba göre (**p: ,018**) BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptom puan ortalamasının daha düşük olmasından kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.9). Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar, 50-64 ileri yetişkin grubunda daha az görülmektedir.

BFLUTS Toplam puan ortalaması ile kadınların yaş durumlarının değerlendirilmesi sonucunda; en yüksek puan ortalaması, 75-84 orta yaşlı grupta ($19,92 \pm 13,11$), en düşük puan ortalaması ise 50-64 ileri yetişkin ($14,51 \pm 9,82$) grupta bulundu. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılığın 50-64 ileri yetişkin yaş grubunun,

75-84 orta yaşlı grubuna göre (**p: ,006**), BFLUTS Toplam puan ortalamasının daha düşük olmasından kaynaklandığı görüldü (Tablo 4.9). Çalışmada kadınlar arasında yaşın artması ile BFLUTS Toplam puanlarının da genelde yükseldiği belirlendi.

Çalışmada kadınların yaş durumları ile SYBD ölçek puanları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; kadınların yaş durumları ile Sağlık Sorumluluğu (**p: ,017**), Fiziksel Aktivite (**p: ,000**), Manevi Gelişim (**p: ,000**) alt boyutları ve SYBD Toplam puanları (**p: ,000**) arasında anlamlı farklar bulundu (Tablo 4.9).

Kadınların yaş durumları ile SYBD Sağlık Sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarının değerlendirilmesi sonucunda; en yüksek puan, 50-64 ileri yetişkin yaş grubunda ($22,48 \pm 5,54$) bulundu. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılığın sebebi; 50-64 ileri yetişkin yaş grubunun, 85 ve üstü ileri yaşlı grubuna göre (**p: ,016**) SYBD Sağlık Sorumluluğu puan ortalamalarının daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.9). Sağlık Sorumluluğu alt boyutu, 50-64 ileri yetişkin yaş grubunda, 85 ve üstü ileri yaşlı grubuna kıyasla daha iyi düzeydedir.

Kadınların yaş durumları ile SYBD Fiziksel Aktivite alt boyut puan ortalamalarının değerlendirilmesi sonucunda; en yüksek puan 65-74 genç yaşlı ($12,90 \pm 4,96$) ve 50-64 ileri yetişkin yaş grubunda ($12,84 \pm 4,96$) bulundu. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılığın sebebi; 85 ve üstü ileri yaşlı ve 65-74 orta yaşlı grup (**p: ,038**), 85 ve üstü ileri yaşlı ve 50-64 ileri yetişkin yaş grubu (**p: ,003**), 75-84 orta yaşlı ve 65-74 genç yaşlı (**p: ,005**), 75-84 orta yaşlı ve 50-64 ileri yetişkin (**p: ,000**) yaş grupları arasındaki farktan kaynaklandığı belirlendi. 65-74 genç yaşlı ve 50-64 ileri yetişkin yaş gruplarının puan ortalamaları, 75-84 orta yaşlı ve 85 ve üstü ileri yaşlı gruplarının puan ortalamalarından daha yüksektir (Tablo 4.9). 50-64 ileri yetişkin ve 65-74 genç yaşlı grubunda olan kadınların Fiziksel Aktivite düzeyi, 75-84 orta yaşlı ve 85 ve üstü ileri yaşlı gruplarındaki kadınlara kıyasla daha iyi düzeydedir.

Katılımcıların yaş durumları ile SYBD Manevi Gelişim alt boyut puan ortalamalarının değerlendirilmesi sonucunda; en yüksek puan, 50-64 ileri yetişkin yaş grubunda ($25,26 \pm 5,36$) bulundu. Yaş artınca puan ortalaması da düşmektedir. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılığın sebebi; 65-74 genç yaşlı ve 85 ve üstü ileri yaşlı (**p: ,020**), 85 ve üstü ileri yaşlı ve 50-64 ileri yetişkin (**p: ,001**), 75-84 orta yaşlı ve 50-

64 ileri yetişkin (**p: ,000**) yaş grupları arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu (Tablo 4.9). Manevi Gelişim alt boyutu puanları, en yüksek 50-64 ileri yetişkin grup arasında belirlenirken, yaşı artması ile birlikte Manevi Gelişim davranışı da azalmaktadır.

Katılımcıların yaş durumları ile SYBD Toplam puan ortalamalarının değerlendirilmesi sonucunda; en yüksek puan, 50-64 ileri yetişkin yaş grubunda ($128,02 \pm 22,41$) bulundu. Yaş artınca puan ortalaması da düşmektedir. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılığın sebebi; 65-74 genç yaşlı ve 85 ve üstü ileri yaşlı (**p: ,037**), 85 ve üstü ileri yaşlı ve 50-64 ileri yetişkin (**p: ,004**), 75-84 orta yaşlı ve 50-64 ileri yetişkin (**p: ,015**) yaş grupları arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu (Tablo 4.9). Kadınlar arasında SYBD Toplam puanları, 50-64 ileri yetişkin grup arasında en yüksek düzeyde olup, yaşı artması ile birlikte SYBD Toplam puanları da azalmaktadır.

Çalışmada kadınların yaş durumları ile EAMDS ölçek puanları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; kadınların yaş durumları ile Depresif Duygulanım (**p: ,042**) ve Olumlu Duygulanım (**p: ,018**) puan ortalamaları arasında anlamlı farklar bulundu.

Kadınların yaş durumları ile Depresif Duygulanım alt boyut puan ortalamalarının değerlendirilmesi sonucunda; en yüksek puan 85 ve üstü ileri yaşlı ($7,23 \pm 4,72$) ve en düşük puan 50-64 ileri yetişkin yaş grubunda ($5,24 \pm 4,42$) bulundu. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılığın sebebi; 85 ve üstü ileri yaşlı ve 50-64 ileri yetişkin yaş grubu arasındaki farktan kaynaklandığı belirlendi (**p: ,013**). Depresif Duygulanım alt boyut puanı, 85 ve üstü ileri yaşlı gruba kıyasla 50-64 ileri yetişkin grubunda daha iyi düzeydedir.

Kadınların yaş durumları ile Olumlu Duygulanım alt boyut puan ortalamalarının değerlendirilmesi sonucunda; en düşük puan 85 ve üstü ileri yaşlı ($5,51 \pm 3,17$) ve en yüksek puan 65-74 genç yaşlı ($6,79 \pm 3,31$) ile 50-64 ileri yetişkin ($6,76 \pm 3,07$) yaş grupları arasında bulundu. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılığın sebebi; 85 ve üstü ileri yaşlı grubu ile 50-64 ileri yetişkin (**p: ,031**) ve 65-74 genç yaşlı (**p: ,047**) grupları arasında ayrıca 75-84 orta yaşlı grubu ile 50-64 ileri yetişkin (**p: ,034**) ve 65-74 genç yaşlı (**p: ,014**) grupları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Olumlu Duygulanım, 85 ve üstü ileri yaşlı ve 75-84 orta yaşlı gruplara kıyasla, 50-64 ileri

yetişkin ve 65-74 genç yaşlı gruplarında daha iyi düzeydedir. Yaşın artması ile birlikte Olumlu Duygulanımda azalmaktadır.

Kadınların çalışma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.10'da verildi.

Tablo 4-10. Kadınların çalışma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması (N: 543)

Kadınların Çalışma Durumu	n	ort±ss	p değeri
BFLUTS Depolama Semptomları			
Ev hanımı	482	5,18±3,09	χ^2 : 5,206 p: ,074
Emekli	42	4,71±2,49	
Çalışıyor	19	3,68±3,09	
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları			
Ev hanımı	482	1,70±2,10	χ^2 : 5,068 p: ,079
Emekli	42	2,10±1,93	
Çalışıyor	19	1,00±1,45	
BFLUTS İnkontinans Semptomları			
Ev hanımı	482	4,38±3,96	χ^2 : 4,113 p: ,128
Emekli	42	4,45±3,89	
Çalışıyor	19	2,68±3,11	
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar			
Ev hanımı	482	0,35±0,92	χ^2 : 1,143 p: ,565
Emekli	42	0,43±0,94	
Çalışıyor	19	0,26±0,93	
BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar			
Ev hanımı ^a	482	4,91±4,29	χ^2 : 9,712 p: ,008 c<b
Emekli ^b	42	6,33±4,73	
Çalışıyor ^c	19	2,63±2,94	
BFLUTS Toplam			
Ev hanımı ^a	482	16,53±11,10	χ^2 : 7,170 p: ,028 c<a,b
Emekli ^b	42	18,02±10,76	
Çalışıyor ^c	19	10,26±6,53	
SYBD Sağlık Sorumluluğu			
Ev hanımı	482	21,91±5,31	χ^2 : 3,810 p: ,149
Emekli	42	23,74±5,90	
Çalışıyor	19	22,42±4,18	
SYBD Fiziksel Aktivite			
Ev hanımı	482	12,20±4,26	χ^2 : 8,951 p: ,011
Emekli	42	13,93±5,10	
Çalışıyor	19	14,47±4,63	
SYBD Beslenme			
Ev hanımı	482	22,09±4,32	χ^2 : 2,691

Emekli	42	23,14±4,63	p: ,260
Çalışıyor	19	21,32±3,18	
SYBD Manevi Gelişim			
Ev hanımı	482	24,30±5,62	χ^2 : 4,057 ,132
Emekli	42	25,12±4,89	
Çalışıyor	19	26,79±5,17	
SYBD Kişilerarası İlişkiler			
Ev hanımı	482	26,13±5,22	χ^2 : 0,119 p: ,942
Emekli	42	25,98±5,39	
Çalışıyor	19	26,32±3,84	
SYBD Stres Yönetimi			
Ev hanımı	482	18,50±4,57	χ^2 : 1,415 p: ,493
Emekli	42	19,14±3,97	
Çalışıyor	19	18,89±4,06	
SYBD Toplam			
Ev hanımı	482	125,12±22,86	χ^2 : 3,490 p: ,175
Emekli	42	131,05±23,43	
Çalışıyor	19	130,21±15,92	
EAMDS Depresif Duygulanım			
Ev hanımı	482	5,62±4,48	χ^2 : 0,403 p: ,818
Emekli	42	6,02±4,51	
Çalışıyor	19	5,74±5,07	
EADMDS Olumlu Duygulanım			
Ev hanımı	482	6,54±3,23	χ^2 : 1,014 p: ,602
Emekli	42	6,31±3,00	
Çalışıyor	19	7,00±3,52	
EADMDS Bedensel Şikâyetler			
Ev hanımı	482	6,62±3,89	χ^2 : 3,185 p: ,203
Emekli	42	7,64±3,67	
Çalışıyor	19	6,89±4,61	
EADMDS Kişilerarası İlişkiler			
Ev hanımı	482	1,20±1,36	χ^2 : 2,145 p: ,342
Emekli	42	1,33±1,33	
Çalışıyor	19	1,74±1,82	
EADMDS Toplam			
Ev hanımı	482	19,98±8,07	χ^2 : 1,275 p: ,528
Emekli	42	21,31±7,91	
Çalışıyor	19	21,37±8,53	
χ^2 : Kruskal Wallis testi			

Çalışmada kadınların çalışma durumları ile BFLUTS ölçek puanları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; kadınların çalışma durumu ile BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomları (**p: ,008**) alt boyutu arasında istatistiksel olarak

anlamalı bir fark bulundu. Çalışan kadınlarda, BFLUTS Yaşam kalitesine İlişkin Semptom puan ortalaması daha düşük olması ($2,63 \pm 2,94$), çalışan kadınların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ev hanımlarının ($4,91 \pm 4,29$) ise emekli olan ($6,33 \pm 4,73$) kadınlara göre BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptom puanlarının daha düşük olduğu saptandı. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise çalışan ve emekli olan kadınlar arasındaki farktan (**p: ,006**) kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.10).

Kadınların çalışma durumları ile BFLUTS Toplam puan (**p: ,028**) değerlendirilmesi sonucunda arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Çalışan kadınlarda BFLUTS Toplam puan ortalamasının düşük olması ($10,26 \pm 6,53$), çalışan kadınlarda semptomların daha az olduğunu göstermektedir. Ev hanımlarının ($16,53 \pm 11,10$) ise emekli olan ($18,02 \pm 10,76$) kadınlara göre semptom puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise çalışan ve emekli olan (**p: ,026**), çalışan ve ev hanımı olan (**p: ,042**) gruplar arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu (Tablo 4.10).

Çalışmada, kadınların çalışma durumları ile SYBD ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Değerlendirme sonucunda; kadınların çalışma durumu ile SYBD Fiziksel Aktivite alt boyut puanları arasında (**p: ,011**) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Çalışan kadınlarda SYBD Fiziksel Aktivite puan ortalamaları ($14,47 \pm 4,63$) daha yüksek olup emekli olan kadınlardaki fiziksel aktivite durumu ($13,93 \pm 5,10$), ev hanımlarına göre ($12,20 \pm 4,26$) daha yüksektir. Kruskal Wallis analizinde anlamlı bir fark görülmesine rağmen ikili kıyaslamalarda fark görülmedi (Tablo 4.10).

Kadınların çalışma durumları ile BFLUTS ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda; Depolama Semptomları (p: ,074), İdrar Yapma Semptomları (p: ,079), İnkontinans Semptomları (p: ,128), Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar (p: ,565) alt boyutları, arasında anlamlı farklar bulunmadı. Kadınların çalışma durumları ile SYBD ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda; Sağlık Sorumluluğu (p: ,149), Beslenme (p: ,260), Manevi Gelişim (p: ,132), Kişilerarası İlişkiler (p: ,942), Stres Yönetimi (p: ,493) ve Toplam puanları (p: ,175) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi. Kadınların çalışma durumları ile EAMDS ölçek puanları karşılaştırılması sonucunda (p: ,519) istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi (Tablo 4.10).

Kadınların çalışma durumları ile EAMDS ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda; Depresif Duygulanım (p: ,818), Olumlu Duygulanım (p: ,602), Bedensel Şikâyetler (p: ,203), Kişilerarası İlişkiler (p: ,342) ve Toplam puanları arasında (p: ,528) anlamlı farklar bulunmadı (Tablo 4.10).

Kadınların medeni durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.11’de gösterildi.

Tablo 4-11. Kadınların medeni durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması (N: 543)

Medeni Durum	n	ort±ss	p değeri
BFLUTS Depolama Semptomları			
Evli	343	4,88±2,94	χ^2 : 4,772 p: ,092
Boşanmış/Eşi vefat etmiş	191	5,50±3,19	
Bekâr/Ayrı yaşayan	9	4,33±3,84	
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları			
Evli	343	1,66±2,04	χ^2 : 1,534 p: ,464
Boşanmış/Eşi vefat etmiş	191	1,83±2,16	
Bekâr/Ayrı yaşayan	9	089±1,16	
BFLUTS İnkontinans Semptomları			
Evli ^a	343	3,97±3,70	χ^2 : 9,556 p: ,008 a<b
Boşanmış/Eşi vefat etmiş ^b	191	5,05±4,24	
Bekâr/Ayrı yaşayan ^c	9	3,00±4,03	
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar			
Evli ^a	343	0,46±1,02	χ^2 : 18,892 p: ,000 b<a
Boşanmış/Eşi vefat etmiş ^b	191	0,18±0,69	
Bekâr/Ayrı yaşayan ^c	9	0,00±0,00	
BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar			
Evli ^a	343	4,58±4,17	χ^2 : 10,288 p: ,006 a<b
Boşanmış/Eşi vefat etmiş ^b	191	5,69±4,49	
Bekâr/Ayrı yaşayan ^c	9	3,00±3,93	
BFLUTS Toplam			
Evli ^a	343	15,55±10,54	χ^2 : 8,970 p: ,011 a<b
Boşanmış/Eşi vefat etmiş ^b	191	18,25±11,60	
Bekâr/Ayrı yaşayan ^c	9	11,22±10,67	
SYBD Sağlık Sorumluluğu			
Evli	343	22,01±5,48	χ^2 : 0,204 p: ,903
Boşanmış/Eşi vefat etmiş	191	22,17±5,14	
Bekâr/Ayrı yaşayan	9	21,89±3,18	
SYBD Fiziksel Aktivite			
Evli ^a	343	12,85±4,37	χ^2 : 15,313 p: ,000 a>b
Boşanmış/Eşi vefat etmiş ^b	191	11,60±4,18	
Bekâr/Ayrı yaşayan ^c	9	12,89±6,41	

SYBD Beslenme			
Evli	343	22,21±4,49	χ^2 : 0,379 p: ,827
Boşanmış/Eşi vefat etmiş	191	22,03±4,07	
Bekâr/Ayrı yaşayan	9	21,48±2,94	
SYBD Manevi Gelişim			
Evli ^a	343	25,11±5,41	χ^2 : 15,097 p: ,001 a>b
Boşanmış/Eşi vefat etmiş ^b	191	23,19±5,70	
Bekâr/Ayrı yaşayan ^c	9	25,67±3,77	
SYBD Kişilerarası İlişkiler			
Evli	343	26,49±5,11	χ^2 : 5,503 p: ,064
Boşanmış/Eşi vefat etmiş	191	25,48±5,30	
Bekâr/Ayrı yaşayan	9	26,22±4,73	
SYBD Stres Yönetimi			
Evli	343	18,69±4,53	χ^2 : 2,736 p: ,255
Boşanmış/Eşi vefat etmiş	191	18,27±4,47	
Bekâr/Ayrı yaşayan	9	20,33±4,24	
SYBD Toplam			
Evli ^a	343	127,36±22,76	χ^2 : 6,876 p: ,032 a>b
Boşanmış/Eşi vefat etmiş ^b	191	122,73±22,55	
Bekâr/Ayrı yaşayan ^c	9	128,78±21,67	
EAMDS Depresif Duygulanım			
Evli	343	5,40±4,55	χ^2 : 4,270 p: ,118
Boşanmış/Eşi vefat etmiş	191	6,12±4,42	
Bekâr/Ayrı yaşayan	9	5,56±3,97	
EADMDS Olumlu Duygulanım			
Evli	343	6,77±3,15	χ^2 : 5,620 p: ,060
Boşanmış/Eşi vefat etmiş	191	6,09±3,31	
Bekâr/Ayrı yaşayan	9	6,89±3,44	
EADMDS Bedensel Şikâyetler			
Evli	343	6,73±4,01	χ^2 : 0,043 p: ,979
Boşanmış/Eşi vefat etmiş	191	6,68±3,71	
Bekâr/Ayrı yaşayan	9	7,00±3,93	
EADMDS Kişilerarası İlişkiler			
Evli	343	1,24±1,40	χ^2 : 0,792 p: ,673
Boşanmış/Eşi vefat etmiş	191	1,19±1,36	
Bekâr/Ayrı yaşayan	9	1,56±1,42	
EADMDS Toplam			
Evli	343	20,14±8,39	χ^2 : 0,281 p: ,869
Boşanmış/Eşi vefat etmiş	191	20,08±7,52	
Bekâr/Ayrı yaşayan	9	21,00±7,69	
χ^2 : Kruskal Wallis testi			

Çalışmada kadınların medeni durumları ile BFLUTS ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Değerlendirme sonucunda; kadınların medeni durumları ile

İnkontinans Semptomları (**p: ,008**), Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar (**p: ,000**), Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar (**p: ,006**) alt boyutları ve BFLUTS Toplam puanları (**p: ,011**) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulundu (Tablo 4.11).

Bekâr/ayrı yaşayan kadınlarda, İnkontinans Semptom alt boyut puan ortalamaları daha düşük olup ($3,00 \pm 4,03$), semptomlar daha az görülmektedir. Semptomlar en fazla boşanmış/eşi vefat etmiş olan kadınlar ($5,05 \pm 4,24$) arasındadır. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları yapıldı. İleri istatistik analizinde bu farklılık, evli olan kadınlar ile boşanmış ya da eşi vefat etmiş olan kadınlar arasındaki semptom puan ortalama farkından (**p: ,015**) kaynaklanmaktadır (Tablo 4.11). Evli olan kadınlar arasında görülen İnkontinans Semptomları, boşanmış/eşi vefat etmiş olan kadınlara kıyasla daha azdır.

Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar bekâr ya da ayrı yaşayan kadınlarda hiç görülmezken, en yüksek puan ortalaması evli olan kadınlarda ($0,46 \pm 1,02$) görülmektedir. Yaşam kalitesine İlişkin Semptomlar en fazla boşanmış/eşi vefat etmiş olan kadınlarda ($5,69 \pm 4,49$) görülürken, en az da bekâr ya da ayrı yaşayan kadınlarda ($3,00 \pm 3,93$) görülmektedir. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, evli olan kadınlar ve boşanmış ya da eşi vefat etmiş olan kadınlar arasındaki farktan (**p: ,000**) kaynaklanmaktadır (Tablo 4.11). Evli olan kadınlar arasında görülen Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar, boşanmış/eşi vefat etmiş olan kadınlara kıyasla daha fazladır.

Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar ile kadınların medeni durumları karşılaştırılmış olup, semptomlar boşanmış/eşi vefat etmiş olan kadınlarda daha yüksek olarak bulundu ($5,69 \pm 4,49$). Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, evli olan kadınlar ve boşanmış ya da eşi vefat etmiş olan kadınlar arasındaki farktan (**p: ,013**) kaynaklandığı saptandı (Tablo 4.11). Evli olan kadınlar arasında görülen Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar, boşanmış/eşi vefat etmiş olan kadınlara kıyasla daha azdır.

BFLUTS Toplam puanları ile kadınların medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup, puan ortalaması en az bekâr ya da ayrı yaşayan kadınlarda ($11,22 \pm 10,67$), en fazla boşanmış/eşi vefat etmiş olan kadınlarda ($18,25 \pm 11,60$) görülmektedir. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, evli olan

kadınlar ve boşanmış ya da eşi vefat etmiş olan kadınlar arasındaki farktan (**p: ,032**) kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.11). Evli olan kadınlar arasında görülen BFLUTS Toplam puan ortalamaları, boşanmış/eşi vefat etmiş olan kadınlara kıyasla daha azdır.

Çalışmada kadınların medeni durumları ile SYBD ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Değerlendirme sonucunda; kadınların çalışma durumu ile Fiziksel Aktivite (**p: ,000**), Manevi Gelişim (**p: ,001**) alt boyut puanları ve SYBD Toplam puanları (**p: ,032**) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 4.11).

Fiziksel Aktivite alt boyut puan ortalamaları, evli ($12,85 \pm 4,375$) ve bekâr ya da ayrı yaşayan kadınlarda ($12,89 \pm 6,41$) birbirine yakın değerlerde bulunurken, boşanmış/eşi vefat etmiş olanlarda ($11,60 \pm 4,18$) bu oran daha düşüktür. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, evli olan kadınlar ve boşanmış ya da eşi vefat etmiş olan kadınlar arasındaki farktan (**p: ,000**) kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.11). Evli olan kadınlar arasında görülen Fiziksel Aktivite puan ortalamaları, boşanmış/eşi vefat etmiş olan kadınlara kıyasla daha fazladır.

Manevi Gelişim alt boyut puan ortalamaları, evli ($25,11 \pm 5,41$) ve bekâr/ayrı yaşayan kadınlarda ($25,67 \pm 3,77$) birbirine yakın değerlerde bulunurken, boşanmış/eşi vefat etmiş olanlarda ($23,19 \pm 5,70$) bu oran daha düşüktür. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, evli olan kadınlar ve boşanmış ya da eşi vefat etmiş olan kadınlar arasındaki farktan (**p: ,000**) kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.11). Çalışmada evli olan kadınlar arasında görülen Manevi Gelişim puan ortalamaları, boşanmış/eşi vefat etmiş olan kadınlara kıyasla daha fazladır.

SYBD toplam puan ortalaması, en yüksek bekâr ya da ayrı yaşayan kadınlarda ($128,78 \pm 21,67$), en düşük de boşanmış/eşi vefat etmiş olan kadınlarda ($122,73 \pm 22,55$) belirlendi. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, evli olan kadınlar ve boşanmış ya da eşi vefat etmiş olan kadınlar arasındaki farktan (**p: ,027**) kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.11). Çalışmada evli olan kadınlar arasında görülen SYBD Toplam puan ortalamaları, boşanmış/eşi vefat etmiş olan kadınlara kıyasla daha fazladır.

Kadınların medeni durumları ile EAMDS ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda; Depresif Duygulanım (p: ,118), Olumlu Duygulanım (p: ,060), Bedensel

Şikâyetler (p: ,979), Kişilerarası İlişkiler (p: ,673) ve Toplam puanları arasında (p: ,869) anlamlı farklar bulunmadı (Tablo 4.11).

Kadınların eğitim durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.12’de verildi.

Tablo 4-12. Kadınların eğitim durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması (N: 543)

Kadınların Eğitim Durumu	n	ort±ss	p değeri
BFLUTS Depolama Semptomları			
Okuryazar değil	184	5,62±3,34	χ^2 : 13,457 p: ,019
Okuryazar	69	5,54±2,75	
İlkokul	227	4,63±2,93	
Ortaokul	26	4,88±2,68	
Lise ve eş değer	24	5,13±2,86	
Yüksekokul	13	3,54±2,10	
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları			
Okuryazar değil	184	1,86±2,20	χ^2 : 11,155 p: ,048
Okuryazar	69	2,09±1,83	
İlkokul	227	1,61±2,13	
Ortaokul	26	1,42±1,74	
Lise ve eş değer	24	0,83±1,37	
Yüksekokul	13	1,54±1,66	
BFLUTS İnkontinans Semptomları			
Okuryazar değil	184	5,01±4,21	χ^2 : 10,193 p: ,070
Okuryazar	69	4,52±3,66	
İlkokul	227	3,88±3,75	
Ortaokul	26	4,00±4,42	
Lise ve eş değer	24	3,58±3,04	
Yüksekokul	13	3,62±3,75	
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar			
Okuryazar değil	184	0,25±0,777	χ^2 : 10,288 p: ,067
Okuryazar	69	0,36±0,985	
İlkokul	227	0,43±1,012	
Ortaokul	26	0,23±0,652	
Lise ve eş değer	24	0,21±0,509	
Yüksekokul	13	1,00±1,581	
BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar			
Okuryazar değil ^a	184	5,71±4,71	χ^2 : 16,209 p: ,006 c<a
Okuryazar ^b	69	5,93±4,50	
İlkokul ^c	227	4,25±3,94	
Ortaokul ^d	26	4,46±3,88	
Lise ve eş değer ^e	24	3,29±3,35	
Yüksekokul ^f	13	5,08±3,73	
BFLUTS Toplam			
Okuryazar değil ^a	184	18,44±12,00	

Okuryazar ^b	69	18,43±10,78	χ^2 : 14,378 p: ,013 c<a
İlkokul ^c	227	14,80±10,39	
Ortaokul ^d	26	15,00±9,38	
Lise ve eş değeri ^e	24	13,04±8,80	
Yüksekokul ^f	13	14,77±9,10	

SYBD Sağlık Sorumluluğu

Okuryazar değil	184	21,49±5,05	χ^2 : 12,961 p: ,024
Okuryazar	69	21,64±4,74	
İlkokul	227	22,13±5,65	
Ortaokul	26	23,46±5,06	
Lise ve eş değeri	24	24,46±5,46	
Yüksekokul	13	24,23±5,26	

SYBD Fiziksel Aktivite

Okuryazar değil ^a	184	11,58±4,33	χ^2 : 28,888 p: ,000 c,d,f>a
Okuryazar ^b	69	12,45±4,14	
İlkokul ^c	227	12,41±4,02	
Ortaokul ^d	26	14,50±5,24	
Lise ve eş değeri ^e	24	14,04±5,02	
Yüksekokul ^f	13	16,62±5,18	

SYBD Beslenme

Okuryazar değil	184	21,96±4,00	χ^2 : 10,549 p: ,061
Okuryazar	69	21,91±4,15	
İlkokul	227	21,98±4,65	
Ortaokul	26	22,88±3,89	
Lise ve eş değeri	24	23,21±4,25	
Yüksekokul	13	25,23±3,37	

SYBD Manevi Gelişim

Okuryazar değil	184	23,70±5,64	χ^2 : 13,753 p: ,017
Okuryazar	69	23,72±5,56	
İlkokul	227	24,76±5,60	
Ortaokul	26	25,62±4,76	
Lise ve eş değeri	24	26,96±3,85	
Yüksekokul	13	26,49±6,26	

SYBD Kişilerarası İlişkiler

Okuryazar değil	184	25,78±5,53	χ^2 : 9,478 p: ,091
Okuryazar	69	24,80±4,75	
İlkokul	227	26,52±5,16	
Ortaokul	26	26,81±4,48	
Lise ve eş değeri	24	27,54±4,23	
Yüksekokul	13	27,31±4,73	

SYBD Stres Yönetimi

Okuryazar değil	184	18,22±4,52	χ^2 : 9,370 p: ,095
Okuryazar	69	18,62±4,04	
İlkokul	227	18,44±4,77	
Ortaokul	26	20,00±3,61	
Lise ve eş değeri	24	19,50±4,05	
Yüksekokul	13	20,69±3,63	

SYBD Toplam			
Okuryazar değil	184	122,73±22,10	χ^2 : 19,872 p: ,001
Okuryazar	69	123,14±21,51	
İlkokul	227	126,25±23,61	
Ortaokul	26	133,27±19,17	
Lise ve eş değer	24	135,71±21,64	
Yüksekokul	13	140,54±19,62	
EAMDS Depresif Duygulanım			
Okuryazar değil	184	6,21±4,83	χ^2 : 9,982 p: 0,76
Okuryazar	69	6,17±4,16	
İlkokul	227	5,46±4,53	
Ortaokul	26	3,85±2,94	
Lise ve eş değer	24	4,63±3,22	
Yüksekokul	13	4,08±4,07	
EADMDS Olumlu Duygulanım			
Okuryazar değil	184	6,57±3,33	χ^2 : 5,584 p: 0,349
Okuryazar	69	6,00±3,30	
İlkokul	227	6,49±3,21	
Ortaokul	26	6,81±2,45	
Lise ve eş değer	24	7,33±2,91	
Yüksekokul	13	7,62±3,38	
EADMDS Bedensel Şikâyetler			
Okuryazar değil	184	6,80±3,93	χ^2 : 3,311 p: 0,652
Okuryazar	69	7,25±3,69	
İlkokul	227	6,66±4,17	
Ortaokul	26	6,12±2,80	
Lise ve eş değer	24	5,79±2,93	
Yüksekokul	13	6,46±3,25	
EADMDS Kişilerarası İlişkiler			
Okuryazar değil	184	1,19±1,39	χ^2 : 2,236 p: 0,816
Okuryazar	69	1,39±1,46	
İlkokul	227	1,22±1,40	
Ortaokul	26	1,27±1,21	
Lise ve eş değer	24	1,21±0,88	
Yüksekokul	13	1,15±1,67	
EADMDS Toplam			
Okuryazar değil	184	20,76±7,97	χ^2 : 4,545 p: 0,474
Okuryazar	69	20,81±7,37	
İlkokul	227	19,83±8,80	
Ortaokul	26	18,04±6,22	
Lise ve eş değer	24	18,96±5,77	
Yüksekokul	13	19,31±6,26	
χ^2 : Kruskal Wallis testi			

Çalışmada kadınların eğitim durumları ile BFLUTS ölçek puanları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; kadınların eğitim durumları ile Depolama Semptomları (**p**:

,019), İdrar Yapma Semptomları (**p: ,048**), Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar (**p: ,006**) ve BFLUTS Toplam puanları (**p: ,013**) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulundu (Tablo 4.12).

Depolama Semptomları ile kadınların eğitim durumları değerlendirilmesi sonucunda, en yüksek puan okuryazar olmayan kadınlar arasında ($5,62 \pm 3,34$), en düşük puan yüksek okul mezunu kadınlar ($3,54 \pm 2,10$) arasında bulundu. Eğitim seviyesi en yüksek olan yüksek okul mezunu kadınlar arasında semptomlar daha az oranda görülmektedir. Kruskal Wallis analizinde anlamlı bir fark görülmesine rağmen ikili kıyaslamalarda anlamlı bir fark belirlenmedi (Tablo 4.12).

İdrar Yapma Semptomları ile eğitim durumları değerlendirildiği zaman, en yüksek puan okuryazar olan kadınlar arasında ($2,09 \pm 1,83$), en düşük puan lise ve eş değer okul mezunu olan kadınlar ($0,83 \pm 1,37$) arasında bulundu. Kruskal Wallis analizinde anlamlı bir fark görülmesine rağmen ikili kıyaslamalarda anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.12).

Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar ile eğitim durumları değerlendirildiğinde, en yüksek puan okuryazar olan kadınlar arasında ($5,93 \pm 4,50$), en düşük puan lise ve eş değer okul mezunu olan kadınlar ($3,29 \pm 3,35$) arasında görüldü. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, ilköğretim mezunu ve okur-yazar olmayan grup arasındaki farktan (**p: ,038**) kaynaklandığı bulundu (Tablo 4.12). Eğitim seviyesi lise ve dengi okul mezunu olan kadınlar arasında, ilköğretim mezunu ve okur-yazar olmayan kadınlara kıyasla, Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar daha düşük olarak belirlendi.

BFLUTS Toplam puanları ile eğitim durumları değerlendirildiği zaman; en yüksek puan ortalaması okuryazar olmayan kadınlar arasında ($18,44 \pm 12,00$), en düşük puan ortalaması ise lise ve eş değer okul mezunu olan kadınlar ($13,04 \pm 8,80$) arasında belirlendi. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, ilköğretim mezunu ve okur-yazar olmayan grup arasındaki farktan (**p: ,040**) kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.12). Eğitim seviyesi lise ve dengi okul mezunu olan kadınlar arasında, BFLUTS Toplam puan ortalamaları, daha düşük olarak bulundu.

Çalışmada kadınların eğitim durumları ile SYBD ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Değerlendirme sonucunda; kadınların eğitim durumları ile Sağlık Sorumluluğu (**p: ,024**), Fiziksel Aktivite (**p: ,000**), Manevi Gelişim (**p: ,017**) ve SYBD

Toplam puanları (**p: ,001**) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulundu (Tablo 4.12).

Sağlık Sorumluluğu puanları ile kadınların eğitim durumlarının değerlendirilmesi sonucunda; lise veya eşdeğer okul mezunu olanlarla ($24,46 \pm 5,46$), yüksekokul mezunu olanlarda ($24,23 \pm 5,26$) birbirine yakın ve en yüksek değerler bulunurken, okuryazar olmayan ($21,49 \pm 5,05$) ve okuryazar olanlarda da ($21,64 \pm 4,74$) değerler birbirine yakın olup en düşük değerlerdir. Kruskal Wallis analizinde anlamlı bir fark görülmesine rağmen ikili kıyaslamalarda anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.12).

Kadınlarda Fiziksel Aktivite puanları ile eğitim düzeyleri arasında ileri düzeyde anlamlı bir fark bulundu. Yüksekokul mezunu olanlarda Fiziksel Aktivite puanları ($16,62 \pm 5,18$) en yüksek seviyede olup, okuryazar olmayan kadınlarda ($11,58 \pm 4,33$) ise en düşük değerdedir. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, okuryazar olmayan ve ilkokul mezunu (**p: ,032**), okuryazar olmayan ve ortaokul mezunu (**p: ,023**), okuryazar olmayan ve yüksekokul (**p: ,002**) olan gruplar arasındaki farktan kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.12). Çalışmada Fiziksel Aktivite durumu; en az okur yazar olmayan kadınlar, en yüksek ise yüksekokul mezunu olan kadınlar arasında olduğu belirlendi.

Manevi Gelişim puanları ile lise veya eşdeğer okul mezunu olanlarla ($26,96 \pm 3,85$), yüksekokul mezunu olanlarda ($26,49 \pm 6,26$) birbirine yakın ve en yüksek değerlerde bulunurken, okuryazar olmayan ($23,70 \pm 5,64$) ve okuryazar olanlarda da ($23,72 \pm 5,56$) değerler birbirine yakın olup en düşük değerlerdir. Kruskal Wallis analizinde anlamlı bir fark görülmesine rağmen ikili kıyaslamalarda anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.12).

SYBD Toplam puan ortalaması en yüksek yüksekokul mezunu kadınlarda ($140,54 \pm 19,62$), en düşük de okuryazar olmayan kadınlarda ($122,73 \pm 22,10$) bulundu. Kruskal Wallis analizinde anlamlı bir fark görülmesine rağmen ikili kıyaslamalarda anlamlı bir fark belirlenmedi (Tablo 4.12).

Kadınların eğitim durumları ile EAMDS ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda; Depresif Duygulanım (p: ,076), Olumlu Duygulanım (p: ,349), Bedensel Şikâyetler (p: ,652), Kişilerarası İlişkiler (p: ,816) ve Toplam puanları arasında (p: ,474) anlamlı farklar bulunmadı (Tablo 4.12).

Kadınların eşlerinin eğitim durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.13’de görülmektedir.

Tablo 4-13. Kadınların eşlerinin eğitim durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması (N: 521)

Eşin Eğitim Durumu	n	ort±ss	p değeri
BFLUTS Depolama Semptomları			
Okuryazar değil ^a	44	6,02±3,16	χ^2 : 14,308 p: ,014 f<a
Okuryazar ^b	72	5,64±3,25	
İlkokul ^c	224	5,13±3,12	
Ortaokul ^d	59	5,24±3,10	
Lise ve eş değer ^e	86	4,53±2,64	
Yüksekokul ^f	36	4,00±2,92	
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları			
Okuryazar değil	44	2,32±2,15	χ^2 : 13,438 p: ,020
Okuryazar	72	2,21±2,23	
İlkokul	224	1,67±2,25	
Ortaokul	59	1,58±1,76	
Lise ve eş değer	86	1,43±1,71	
Yüksekokul	36	1,19±1,84	
BFLUTS İnkontinans Semptomları			
Okuryazar değil ^a	44	5,20±4,15	χ^2 : 13,626 p: ,018 f<b
Okuryazar ^b	72	5,08±3,88	
İlkokul ^c	224	4,15±3,92	
Ortaokul ^d	59	4,41±3,75	
Lise ve eş değer ^e	86	4,06±3,54	
Yüksekokul ^f	36	3,22±4,51	
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar			
Okuryazar değil	44	0,41±1,10	χ^2 : 5,357 p: ,374
Okuryazar	72	0,31±0,85	
İlkokul	224	0,33±0,87	
Ortaokul	59	0,42±0,95	
Lise ve eş değer	86	0,52±1,12	
Yüksekokul	36	0,25±0,80	
BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar			
Okuryazar değil ^a	44	6,50±4,86	χ^2 : 19,926 p: ,001 f<a,b
Okuryazar ^b	72	5,89±4,02	
İlkokul ^c	224	4,74±4,33	
Ortaokul ^d	59	5,78±4,51	
Lise ve eş değer ^e	86	4,07±3,99	
Yüksekokul ^f	36	3,44±3,58	
BFLUTS Toplam			
Okuryazar değil ^a	44	20,45±12,36	χ^2 : 19,070 p: ,002
Okuryazar ^b	72	19,13±11,40	
İlkokul ^c	224	16,02±10,84	

Ortaokul ^d	59	17,42±10,52	f<a,b
Lise ve eş değeri ^e	86	14,62±10,17	
Yüksekokul ^f	36	12,11±10,37	

SYBD Sağlık Sorumluluğu

Okuryazar değil ^a	44	19,68±4,34	χ^2: 19,139 p: ,002 f>a
Okuryazar ^b	72	22,06±4,90	
İlkokul ^c	224	22,06±5,57	
Ortaokul ^d	59	22,58±5,50	
Lise ve eş değeri ^e	86	21,85±5,33	
Yüksekokul ^f	36	24,69±4,93	

SYBD Fiziksel Aktivite

Okuryazar değil ^a	44	11,39±4,35	χ^2: 18,760 p: ,002 f>a,b
Okuryazar ^b	72	11,39±3,88	
İlkokul ^c	224	12,57±4,42	
Ortaokul ^d	59	12,56±3,98	
Lise ve eş değeri ^e	86	12,49±4,02	
Yüksekokul ^f	36	15,14±5,77	

SYBD Beslenme

Okuryazar değil	44	21,52±4,46	χ^2: 8,954 p: ,111
Okuryazar	72	22,01±3,86	
İlkokul	224	22,09±4,58	
Ortaokul	59	22,00±4,37	
Lise ve eş değeri	86	22,10±4,08	
Yüksekokul	36	24,22±4,00	

SYBD Manevi Gelişim

Okuryazar değil ^a	44	22,98±6,04	χ^2: 15,326 p: ,009 f>b
Okuryazar ^b	72	22,96±5,44	
İlkokul ^c	224	24,77±5,59	
Ortaokul ^d	59	25,10±5,45	
Lise ve eş değeri ^e	86	24,12±5,36	
Yüksekokul ^f	36	26,61±5,27	

SYBD Kişilerarası İlişkiler

Okuryazar değil	44	25,18±5,74	χ^2: 11,431 p: ,043
Okuryazar	72	24,88±5,13	
İlkokul	224	26,42±5,13	
Ortaokul	59	27,20±4,89	
Lise ve eş değeri	86	25,84±5,45	
Yüksekokul	36	27,36±4,71	

SYBD Stres Yönetimi

Okuryazar değil	44	17,80±5,19	χ^2: 11,057 p: ,050
Okuryazar	72	17,86±4,08	
İlkokul	224	18,87±4,72	
Ortaokul	59	18,54±4,29	
Lise ve eş değeri	86	18,08±4,37	
Yüksekokul	36	20,33±4,06	

SYBD Toplam

Okuryazar değil ^a	44	118,55±24,07	
------------------------------	----	--------------	--

Okuryazar ^b	72	121,15±21,28	χ^2 : 20,212 p: ,001 f>a,b,e
İlkokul ^c	224	126,78±22,96	
Ortaokul ^d	59	127,98±22,39	
Lise ve eş değeri ^e	86	124,48±22,47	
Yüksekokul ^f	36	138,36±21,32	

EAMDS Depresif Duygulanım

Okuryazar değil	44	7,05±5,07	χ^2 : 5,558 p: ,352
Okuryazar	72	5,72±4,03	
İlkokul	224	5,82±4,76	
Ortaokul	59	5,25±4,24	
Lise ve eş değeri	86	5,13±4,32	
Yüksekokul	36	5,03±4,21	

EADMS Olumlu Duygulanım

Okuryazar değil	44	6,05±3,44	χ^2 : 8,872 p: ,114
Okuryazar	72	6,00±3,23	
İlkokul	224	6,74±3,15	
Ortaokul	59	6,73±3,36	
Lise ve eş değeri	86	6,19±3,31	
Yüksekokul	36	7,36±2,81	

EADMS Bedensel Şikâyetler

Okuryazar değil	44	7,68±3,86	χ^2 : 3,998 p: ,550
Okuryazar	72	6,58±3,30	
İlkokul	224	6,79±4,20	
Ortaokul	59	6,58±3,96	
Lise ve eş değeri	86	6,34±3,60	
Yüksekokul	36	6,83±4,15	

EADMS Kişilerarası İlişkiler

Okuryazar değil	44	1,45±1,62	χ^2 : 2,287 p: ,808
Okuryazar	72	1,25±1,23	
İlkokul	224	1,16±1,36	
Ortaokul	59	1,19±1,40	
Lise ve eş değeri	86	1,33±1,45	
Yüksekokul	36	1,17±1,42	

EADMS Toplam

Okuryazar değil	44	22,23±8,53	χ^2 : 5,591 p: ,348
Okuryazar	72	19,56±6,44	
İlkokul	224	20,50±8,77	
Ortaokul	59	19,75±7,71	
Lise ve eş değeri	86	18,98±7,79	
Yüksekokul	36	20,39±7,83	

χ^2 : Kruskal Wallis testi

Çalışmada kadınların eşlerinin eğitim durumları ile BFLUTS ölçek puanları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; eşlerin eğitim durumları ile Depolama Semptomları (p: ,014), İdrar Yapma Semptomları (p: ,020), İnkontinans Semptomları

(**p: ,018**), Yaşam Kalitesine İlişkin Semptom (**,001**) alt boyutları ve BFLUTS Toplam puanları (**p: ,002**) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulundu (Tablo 4.13).

Depolama Semptomları ile eşlerin eğitim durumları değerlendirildiği zaman en yüksek puan eşi okuryazar olmayan kadınlar ($6,02 \pm 3,16$), en düşük puanı ise eşi yüksekokul mezunu olan kadınlar ($4,00 \pm 2,92$) arasında bulundu. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, okur-yazar olmayan ve yüksekokul mezunu olan grup arasındaki farktan (**p: ,026**) kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.13). Eğitim seviyesi en yüksek olan yüksekokul mezunu eşlerle evli kadınlar arasında, Depolama Semptomları daha azdır.

İdrar Yapma Semptomları ile kadınların eşlerinin eğitim durumları değerlendirildiği zaman en yüksek puan okuryazar olmayan eşlerle evli olan kadınlarda ($2,32 \pm 2,15$), en düşük puan da yüksekokul mezunu ($1,19 \pm 1,84$) eşler ile evli olan kadınlar arasında bulundu. Kruskal Wallis analizinde anlamlı bir fark görülmesine rağmen ikili kıyaslamalarda anlamlı bir fark görülmedi (Tablo 4.13).

İnkontinans Semptomları ile kadınların eşlerinin eğitim durumları değerlendirildiği zaman en yüksek puan okuryazar olmayan eşlerle evli kadınlarda ($5,20 \pm 4,15$), en düşük puan da yüksekokul mezunu ($3,22 \pm 4,51$) eşler ile evli olan kadınlarda bulundu. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, okur-yazar olan ve yüksekokul mezunu olan grup arasındaki farktan (**p: ,018**) kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.13). Eğitim seviyesi en yüksek olan yüksekokul mezunu eşlerle evli kadınlar arasında, İnkontinans Semptomları daha azdır.

Kadınlarda Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar ile eşlerin eğitim durumları değerlendirilmiş olup, en yüksek puan okuryazar olmayan eşlerle evli kadınlarda ($6,50 \pm 4,86$), en düşük puan da yüksekokul mezunu ($3,44 \pm 3,58$) eşler ile evli olan kadınlarda belirlendi. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, okur-yazar olan ve yüksekokul mezunu grup (**p: ,047**) ile okur-yazar olmayan ve yüksekokul mezunu olan gruplar (**p: ,042**) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.13). Eğitim seviyesi en yüksek olan yüksekokul mezunu eşlerle evli kadınlar arasında, Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar daha azdır.

Kadınlarda BFLUTS Toplam puanları ile eşlerin eğitim durumları değerlendirilmiş olup, en yüksek puan okuryazar olmayan eşlerle evli kadınlarda ($20,45 \pm 12,36$), en düşük puan da yüksekokul mezunu ($12,11 \pm 10,37$) eşler ile evli olan kadınlarda bulundu. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, okur-yazar olan ve yüksekokul mezunu grup (**p: ,015**) ile okur-yazar olmayan ve yüksekokul mezunu olan gruplar (**p: ,010**) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.13). Eğitim seviyesi en yüksek olan yüksekokul mezunu eşlerle evli kadınlar arasında, BFLUTS Toplam puan ortalamaları daha azdır.

Çalışmada kadınların eşlerinin eğitim durumları ile SYBD ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Değerlendirme sonucunda; kadınların eşlerinin eğitim durumları ile Sağlık Sorumluluğu (**p: ,002**), Fiziksel Aktivite (**p: ,002**), Manevi Gelişim (**p: ,009**), Kişilerarası İlişkiler (**p: ,043**) ve SYBD Toplam puanları (**p: ,001**) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulundu (Tablo 4.13).

Kadınların Sağlık Sorumluluğu puanları ile eşlerin eğitim durumları değerlendirilmiş olup, en yüksek puan yüksekokul mezunu ($24,69 \pm 4,93$), en düşük puan okuryazar olmayan ($19,68 \pm 4,34$) eşlerle evli olan kadınlarda bulundu. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, okur-yazar olmayan ve yüksekokul mezunu olan grup arasındaki farktan (**p: ,000**) kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.13). Eğitim seviyesi yüksekokul mezunu olan eşlerle evli kadınlar arasında, Sağlık Sorumluluğu alt boyut puanı en yüksek oranda belirlendi.

Kadınların Fiziksel Aktivite puanları ile eşlerin eğitim durumları değerlendirilmiş olup, en yüksek puan yüksekokul mezunu ($15,14 \pm 5,77$), en düşük puan okuryazar olmayan ($11,39 \pm 4,35$) ve okuryazar olan ($11,39 \pm 3,88$) eşlerle evli kadınlarda bulundu. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, eşi okur-yazar olan ve yüksekokul mezunu grup (**p: ,005**) ile eşi okur-yazar olmayan ve yüksekokul mezunu olan gruplar (**p: ,006**) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.13). Eğitim seviyesi yüksekokul mezunu olan eşlerle evli kadınlar arasında, Fiziksel Aktivite puanı en yüksektir. Eğitim seviyesi yüksek olan eşlerle evli kadınlarda fiziksel aktivite yapma durumları arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır.

Manevi Gelişim puanları ile eşlerin eğitim durumları değerlendirilmiş olup, en yüksek puan yüksekokul mezunu ($26,61 \pm 5,27$), en düşük puan okuryazar olmayan ($22,98 \pm 6,04$) ve okuryazar olan ($22,96 \pm 5,44$) eşlerle evli kadınlar arasında bulundu. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, eşi okur-yazar olan ve eşi yüksekokul mezunu olan grup arasındaki farktan (**p: ,014**) kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.13). Eğitim seviyesi yüksekokul mezunu eşlerle evli olan kadınlar arasında, Manevi Gelişim puanı en yüksektir.

Kişilerarası İlişkiler puanları ile eşlerin eğitim durumları değerlendirilmiş olup, en yüksek puan yüksekokul mezunu ($27,36 \pm 4,71$), en düşük puan okuryazar olan ($24,88 \pm 5,13$) eşlerle evli olan kadınlarda belirlendi. Kruskal Wallis analizinde anlamlı bir fark görülmesine rağmen ikili kıyaslamalarda anlamlı bir fark görülmedi (Tablo 4.13).

SYBD Toplam puanları ile eşlerin eğitim durumları değerlendirilmiş olup, en yüksek puan yüksekokul mezunu ($138,36 \pm 21,32$), en düşük puan okuryazar olan ($118,55 \pm 24,07$) eşlerle evli kadınlarda belirlendi. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, eşi okur-yazar olan ve eşi yüksekokul mezunu grup (**p: ,002**) ile eşi okur-yazar olmayan ve eşi yüksekokul mezunu olan gruplar (**p: ,004**) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.13). Eğitim seviyesi yüksekokul mezunu olan eşlerle evli olan kadınlar arasında, SYBD Toplam puan ortalamaları daha yüksektir.

Kadınların eşlerinin eğitim durumları ile EAMDS ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda; Depresif Duygulanım (p: ,352), Olumlu Duygulanım (p: ,114), Bedensel Şikâyetler (p: ,550), Kişilerarası İlişkiler (p: ,808) ve Toplam puanları arasında (p: ,348) anlamlı farklar bulunmadı (Tablo 4.13).

Kadınların eşlerinin çalışma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.14'de verildi.

Tablo 4-14. Kadınların eşlerinin çalışma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması (N: 471)

Eşin Çalışma Durumu	n	ort±ss	p değeri
BFLUTS Depolama Semptomları			
Çalışıyor	115	4,55±3,08	χ^2 : 4,908 p: ,086
Emekli	300	5,12±3,03	
Çalışmıyor	56	5,52±2,92	
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları			
Çalışıyor ^a	115	1,25±1,75	χ^2 : 8,508 p: ,014 a<c
Emekli ^b	300	1,82±2,22	
Çalışmıyor ^c	56	2,11±2,10	
BFLUTS İnkontinans Semptomları			
Çalışıyor	115	3,71±3,64	χ^2 : 3,599 p: ,165
Emekli	300	4,33±3,96	
Çalışmıyor	56	4,71±3,80	
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar			
Çalışıyor ^a	115	0,58±1,14	χ^2 : 8,158 p: ,017 b<c
Emekli ^b	300	0,32±0,86	
Çalışmıyor ^c	56	0,38±1,05	
BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar			
Çalışıyor	115	4,34±4,10	χ^2 : 3,996 p: ,136
Emekli	300	4,94±4,25	
Çalışmıyor	56	5,55±4,11	
BFLUTS Toplam			
Çalışıyor ^a	115	14,43±10,78	χ^2 : 6,505 p: ,039 a<c
Emekli ^b	300	16,53±1,83	
Çalışmıyor ^c	56	18,27±10,63	
SYBD Sağlık Sorumluluğu			
Çalışıyor	115	22,63±5,54	χ^2 : 2,155 p: ,340
Emekli	300	21,93±5,69	
Çalışmıyor	56	22,29±4,26	
SYBD Fiziksel Aktivite			
Çalışıyor	115	13,03±4,66	χ^2 : 1,706 p: ,426
Emekli	300	12,57±4,49	
Çalışmıyor	56	12,13±3,89	
SYBD Beslenme			
Çalışıyor	115	21,80±4,41	χ^2 : 1,666 p: ,435
Emekli	300	22,50±4,45	
Çalışmıyor	56	21,98±3,95	
SYBD Manevi Gelişim			
Çalışıyor	115	25,63±5,42	χ^2 : 4,157 p: ,125
Emekli	300	24,47±5,70	
Çalışmıyor	56	23,98±5,77	

SYBD Kişilerarası İlişkiler			
Çalışıyor	115	26,97±5,20	χ^2 : 4,576 p: ,101
Emekli	300	25,91±5,33	
Çalışmıyor	56	27,02±4,62	
SYBD Stres Yönetimi			
Çalışıyor	115	18,64±4,55	χ^2 : 0,061 p: ,970
Emekli	300	18,63±4,68	
Çalışmıyor	56	18,68±4,52	
SYBD Toplam			
Çalışıyor	115	128,71±22,89	χ^2 : 1,410 p: ,494
Emekli	300	126,01±23,90	
Çalışmıyor	56	126,07±20,42	
EAMDS Depresif Duygulanım			
Çalışıyor	115	4,71±4,37	χ^2 : 6,159 ,046
Emekli	300	5,73±4,48	
Çalışmıyor	56	6,21±4,98	
EADMDS Olumlu Duygulanım			
Çalışıyor	115	6,94±2,94	χ^2 : 1,481 p: ,477
Emekli	300	6,54±3,31	
Çalışmıyor	56	6,46±3,30	
EADMDS Bedensel Şikâyetler			
Çalışıyor	115	6,17±3,79	χ^2 : 3,886 p: ,143
Emekli	300	6,70±4,03	
Çalışmıyor	56	7,39±3,75	
EADMDS Kişilerarası İlişkiler			
Çalışıyor	115	1,10±1,41	χ^2 : 2,745 p: ,253
Emekli	300	1,27±1,37	
Çalışmıyor	56	1,34±1,43	
EADMDS Toplam			
Çalışıyor	115	18,92±7,85	χ^2 : 3,888 p: ,143
Emekli	300	20,24±8,24	
Çalışmıyor	56	21,41±8,04	
χ^2 : Kruskal Wallis testi			

Çalışmada kadınların eşlerinin çalışma durumları ile BFLUTS ölçek puanları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; eşlerin çalışma durumları ile İdrar Yapma Semptomları (**p: ,014**), Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar (**p: ,017**) ve BFLUTS Toplam puanları (**p: ,039**) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulundu. Depolama Semptomları, İnkontinans Semptomları ve Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi (Tablo 4.14).

İdrar Yapma Semptomları ile eşlerin çalışma durumları değerlendirildiği zaman en yüksek puan eşleri çalışmayanlar (2,11±2,10), en düşük puanda eşleri çalışan

(1,25±1,75) kadınlar arasında tespit edildi. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, eşleri çalışan ve çalışmayan grup arasındaki farktan (**p: ,023**) kaynaklanmaktadır (Tablo 4.14). Eşleri çalışmayan kadınlar arasında, İdrar Yapma Semptomları alt boyut puanı daha fazladır.

Kadınlardaki Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar ile eşlerin çalışma durumları değerlendirildiği zaman en yüksek puan eşleri çalışanlar (0,58±1,14), en düşük puanda eşleri emekli olan (0,32±0,86) kadınlar arasındadır. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, eşleri emekli olan ve eşleri çalışan grup arasındaki farktan (**p: ,018**) kaynaklanmaktadır (Tablo 4.14). Çalışmada eşleri çalışan kadınlar arasında, Cinsel Yaşama İlişkin Semptom alt boyut puanı daha fazla belirlendi.

Kadınlardaki BFLUTS Toplam puanları ile eşlerin çalışma durumları değerlendirilmiş olup, en yüksek puan eşleri çalışmayanlar (18,27±10,63), en düşük puanda eşleri çalışan (14,43±10,78) kadınlar arasında tespit edildi. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, eşleri çalışmayan ve çalışan grup arasındaki farktan (**p: ,049**) kaynaklandığı saptandı (Tablo 4.14). Eşleri çalışmayan kadınlar arasındaki BFLUTS Toplam puanları en yüksektir.

Çalışmada kadınların eşlerinin çalışma durumları ile SYBD ölçek puanları; Sağlık Sorumluluğu (p: ,340), Fiziksel Aktivite (p: ,426), Beslenme (p: ,435), Manevi Gelişim (p: ,125), Kişilerarası İlişkiler (p: ,101), Stres Yönetimi (p: ,970) alt boyutları ve SYBD Toplam puanları (p: ,494) karşılaştırılmış olup, istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmedi (Tablo 4.14).

Kadınların eşlerinin çalışma durumları ile EAMDS ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda; Olumlu Duygulanım (p: ,477), Bedensel Şikâyetler (p: ,143), Kişilerarası İlişkiler (p: ,253) ve Toplam puanları arasında (p: ,143) anlamlı farklar bulunmadı. Depresif Duygulanım ile arada anlamlı bir fark bulunmuş olup (**p: ,046**) yapılan ikili kıyaslamalarda anlamlı bir fark görülmedi (Tablo 4.14).

Katılımcıların gelir durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.15’de verilmiştir.

Tablo 4-15. Katılımcıların gelir durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması (N: 515)

Gelir Durumu	n	ort±ss	p değeri
BFLUTS Depolama Semptomları			
Gelir giderden az	214	5,02±3,11	χ^2 : 0,525 p: ,769
Gelir gidere eşit	256	4,92±2,86	
Gelir giderden fazla	45	5,40±3,40	
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları			
Gelir giderden az	214	1,71±2,09	χ^2 : 0,664 p: ,718
Gelir gidere eşit	256	1,65±1,96	
Gelir giderden fazla	45	1,96±2,12	
BFLUTS İnkontinans Semptomları			
Gelir giderden az ^a	214	4,37±3,78	χ^2 : 6,893 p: ,032 b<c
Gelir gidere eşit ^b	256	3,94±3,76	
Gelir giderden fazla ^c	45	5,56±4,43	
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar			
Gelir giderden az	214	0,32±0,87	χ^2 : 1,765 p: ,414
Gelir gidere eşit	256	0,37±0,94	
Gelir giderden fazla	45	0,56±1,19	
BFLUTS Yaşam kalitesine İlişkin Semptomlar			
Gelir giderden az	214	5,20±4,37	χ^2 : 2,444 p: ,295
Gelir gidere eşit	256	4,60±4,17	
Gelir giderden fazla	45	5,07±4,08	
BFLUTS Toplam			
Gelir giderden az	214	16,63±10,90	χ^2 : 4,001 p: ,135
Gelir gidere eşit	256	15,48±10,76	
Gelir giderden fazla	45	18,53±11,05	
SYBD Sağlık Sorumluluğu			
Gelir giderden az	214	22,64±5,54	χ^2 : 3,652 p: ,161
Gelir gidere eşit	256	21,76±5,08	
Gelir giderden fazla	45	21,62±5,31	
SYBD Fiziksel Aktivite			
Gelir giderden az	214	12,81±4,50	χ^2 : 3,986 p: ,136
Gelir gidere eşit	256	12,00±4,19	
Gelir giderden fazla	45	12,93±4,55	
SYBD Beslenme			
Gelir giderden az ^a	214	22,63±4,17	χ^2 : 7,459 p: ,024 b>a
Gelir gidere eşit ^b	256	22,64±4,30	
Gelir giderden fazla ^c	45	22,67±4,86	
SYBD Manevi Gelişim			
Gelir giderden az	214	24,93±5,57	χ^2 : 2,052 p: ,358
Gelir gidere eşit	256	24,13±5,49	
Gelir giderden fazla	45	24,16±6,06	
SYBD Kişilerarası İlişkiler			

Gelir giderden az	214	26,65±5,28	χ^2 : 4,064 p: ,131
Gelir gidere eşit	256	25,88±4,94	
Gelir giderden fazla	45	25,58±5,41	
SYBD Stres Yönetimi			
Gelir giderden az	214	19,10±4,93	χ^2 : 5,477 p: ,065
Gelir gidere eşit	256	18,01±4,10	
Gelir giderden fazla	45	18,93±4,54	
SYBD Toplam			
Gelir giderden az	214	128,77±23,25	χ^2 : 5,398 p: 2,882
Gelir gidere eşit	256	123,42±21,68	
Gelir giderden fazla	45	125,89±24,20	
EAMDS Depresif Duygulanım			
Gelir giderden az	214	6,09±4,92	χ^2 : 4,555 p: ,103
Gelir gidere eşit	256	5,12±4,09	
Gelir giderden fazla	45	6,18±4,27	
EADMDS Olumlu Duygulanım			
Gelir giderden az	214	6,45±3,26	χ^2 : 0,230 p: ,891
Gelir gidere eşit	256	6,57±3,13	
Gelir giderden fazla	45	6,76±3,22	
EADMDS Bedensel Şikâyetler			
Gelir giderden az	214	6,91±4,24	χ^2 : 0,646 p: ,724
Gelir gidere eşit	256	6,45±3,67	
Gelir giderden fazla	45	6,80±3,64	
EADMDS Kişilerarası İlişkiler			
Gelir giderden az	214	1,29±1,42	χ^2 : 4,571 p: ,102
Gelir gidere eşit	256	1,12±1,30	
Gelir giderden fazla	45	1,64±1,64	
EADMDS Toplam			
Gelir giderden az	214	20,73±8,41	χ^2 : 3,398 p: ,183
Gelir gidere eşit	256	19,25±7,59	
Gelir giderden fazla	45	20,05±8,10	
χ^2 : Kruskall Wallis testi			

Çalışmada kadınların gelir durumları ile BFLUTS ölçek puanları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; Depolama Semptomları (p: ,769), İdrar Yapma Semptomları (p: ,718), Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar (p: ,414), Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar (p: ,295) ve BFLUTS Toplam puanları (p: ,135) arasında anlamlı farklar tespit edilmedi (Tablo 4.15).

Kadınların gelir durumları ile İnkontinans Semptomları (**p: ,032**), arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Gelirleri giderlerinden fazla olan kadınlarda İnkontinans Semptomları (5,56±4,43) yüksek bulundu. Kruskal Wallis analizinde

anlamli çikmiş değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, gelirlerinin giderlerinden fazla ve eşit olduğunu belirten gruplar arasındaki farktan (**p: ,037**) kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.15). Gelir durumunu yüksek olarak belirten kadınların, İnkontinans Semptomları daha fazladır.

Çalışmada kadınların gelir durumları ile SYBD ölçek puanları değerlendirilmiş olup, Beslenme alt grubu ile arada anlamli bir sonuç bulundu (**p: ,024**). Sonuçlar birbirine yakın olmakla beraber en yüksek değer, gelirlerinin giderlerinden fazla ($22,67 \pm 4,86$) olduğunu belirten gruptaki kadınlardır. Kruskal Wallis analizinde anlamli çikmiş değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılığın, gelirlerinin giderlerinden az ve eşit olduğunu belirten gruplar arasındaki farktan (**p: ,025**) kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.15). Kadınlarda gelir durumunun yükselmesi ile beslenme alt boyut puanları da artmaktadır.

Kadınların gelir durumları ile EAMDS ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda; Depresif Duygulanım (p: ,103), Olumlu Duygulanım (p: ,891), Bedensel Şikâyetler (p: ,724), Kişilerarası İlişkiler (p: ,102) ve Toplam puanları arasında (p: ,183) anlamli farklar bulunmadı (Tablo 4.15).

Kadınların doğum şekli durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.16'da görölmektedir.

Tablo 4-16. Kadınların doğum şekli durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması (N: 523)

Doğum Şekli	n	ort±ss	p değeri
BFLUTS Depolama Semptomları			
Vajinal doğum	475	5,08±3,06	χ^2 : 2,964 p: ,227
Sezaryan	16	4,06±2,26	
Her ikiside	32	5,75±3,08	
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları			
Vajinal doğum	475	1,72±2,12	χ^2 : 1,293 p: ,524
Sezaryan	16	1,88±1,50	
Her ikiside	32	1,91±2,00	
Toplam	523	1,74±2,09	
BFLUTS İnkontinans Semptomları			
Vajinal doğum	475	4,41±4,00	χ^2 : 0,420 p: ,811
Sezaryan	16	4,13±3,42	
Her ikiside	32	4,53±3,24	
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar			

Vajinal doğum ^a	475	0,29±0,86	χ^2 : 31,327
Sezaryan ^b	16	0,56±0,96	p: ,000
Her ikisinde ^c	32	1,13±1,45	a<c
BFLUTS Yaşam kalitesine İlişkin Semptomlar			
Vajinal doğum	475	4,88±4,30	χ^2 : 3,645
Sezaryan	16	5,31±3,97	p: ,162
Her ikisinde	32	6,25±4,34	
BFLUTS Toplam			
Vajinal doğum	475	16,89±11,04	χ^2 : 2,758
Sezaryan	16	15,94±8,38	p: ,252
Her ikisinde	32	19,56±10,90	
SYBD Sağlık Sorumluluğu			
Vajinal doğum	475	21,89±5,24	χ^2 : 1,552
Sezaryan	16	23,31±5,42	p: ,460
Her ikisinde	32	22,47±6,31	
SYBD Fiziksel Aktivite			
Vajinal doğum ^a	475	12,15±4,16	χ^2 : 7,662
Sezaryan ^b	16	13,19±4,99	p: ,022
Her ikisinde ^c	32	14,72±5,43	c>a
SYBD Beslenme			
Vajinal doğum	475	22,03±4,29	χ^2 : 1,586
Sezaryan	16	22,94±3,43	p: ,453
Her ikisinde	32	22,50±4,62	
SYBD Manevi Gelişim			
Vajinal doğum	475	24,25±5,60	χ^2 : 5,109
Sezaryan	16	27,13±3,68	p: ,078
Her ikisinde	32	25,06±5,78	
SYBD Kişilerarası İlişkiler			
Vajinal doğum	475	26,10±5,10	χ^2 : 0,762
Sezaryan	16	27,00±4,84	p: ,683
Her ikisinde	32	25,53±6,60	
Toplam	523	26,09±5,19	
SYBD Stres Yönetimi			
Vajinal doğum	475	18,34±4,52	χ^2 : 5,273
Sezaryan	16	19,88±2,68	p: ,072
Her ikisinde	32	19,81±4,70	
SYBD Toplam			
Vajinal doğum	475	124,76±22,55	χ^2 : 4,487
Sezaryan	16	133,44±17,82	p: ,106
Her ikisinde	32	130,09±25,26	
EAMDS Depresif Duygulanım			
Vajinal doğum	475	5,60±4,44	χ^2 : 0,757
Sezaryan	16	6,44±4,48	p: ,685
Her ikisinde	32	5,81±5,14	

EADMDS Olumlu Duygulanım			
Vajinal doğum	475	6,43±3,23	χ^2 : 4,580 p: ,101
Sezaryan	16	7,00±3,12	
Her ikisinde	32	7,63±3,00	
EADMDS Bedensel Şikâyetler			
Vajinal doğum	475	6,67	χ^2 : 3,513 p: ,173
Sezaryan	16	9,06	
Her ikisinde	32	6,75	
EADMDS Kişilerarası İlişkiler			
Vajinal doğum ^a	475	1,18	χ^2 : 9,277 p: ,010 a,c<b
Sezaryan ^b	16	2,38	
Her ikisinde ^c	32	1,19	
EADMDS Toplam			
Vajinal doğum	475	19,88	χ^2 : 5,413 p: ,067
Sezaryan	16	24,88	
Her ikisinde	32	21,38	
χ^2 : Kruskal Wallis testi			

χ^2 : Kruskal Wallis testi

Çalışmada kadınların doğum yapma şekli durumları ile BFLUTS ölçek puanları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; Depolama Semptomları (p: ,227), İdrar Yapma Semptomları (p: ,524), İnkontinans Semptomları (p: ,811), Yaşam Kalitesine İlişkin Semptom (p: ,162) alt boyutları ve BFLUTS Toplam puanları (p: ,252) arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi. Kadınların doğum yapma şekli ile Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar (**p: ,000**), arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark bulundu. Vajinal doğum yapan kadınlarda puan ortalaması düşük (0,29±0,86) olup, hem vajinal hem de sezaryan yolla (1,13±1,45) doğum yapan kadınlarda ise puan ortalaması en yüksektir. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, hem sezaryan hem de vajinal doğum yapan kadınlar ile Vajinal doğum yapan kadınlar arasındaki farktan (**p: ,000**) kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.16). Sezaryan ile doğum yapan kadınlar arasında, Cinsel Yaşama İlişkin Semptom alt boyut puanı daha yüksek belirlendi.

Vajinal doğum yapan kadınlarda (5,08±3,06) Depolama Semptomları, sezaryan ile doğum yapan kadınlara (4,06±2,26) göre daha yüksek bulunmuştur. İdrar Yapma Semptomları vajinal doğum yapan kadınlarda (1,72±2,12), sezaryan ile doğum yapanlara (1,88±1,50) göre daha düşüktür. İnkontinans Semptomları sezaryan ile doğum yapanlarda daha düşüktür (4,13±3,42). Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar sezaryan ile doğum yapanlarda daha yüksek (5,31±3,97) olup, BFLUTS Toplam puanları sezaryan ile doğum yapanlarda (15,94±8,38) daha düşüktür (Tablo 4.16).

Çalışmada kadınların doğum yapma şekli durumları ile SYBD ölçek puanları değerlendirilmiş olup, yalnızca Fiziksel Aktivite alt grubu puanları arasında anlamlı bir sonuç bulundu (**p: ,022**). Hem vajinal hem de sezaryan yolla (14,72±5,43) doğum yapan kadınlarda puan ortalaması yüksek bulundu. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, hem sezaryan hem de vajinal doğum yapan kadınlar ile vajinal doğum yapan kadınlar arasındaki farktan (**p: ,020**) kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.16). Vajinal doğum yapan kadınlara kıyasla, sezaryan ile doğum yapan kadınlar arasında, Fiziksel Aktivite durumu daha yüksektir.

SYBD Toplam puanı sezaryan olan kadınlarda yüksek olup (133,44±17,82), arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark (p: ,106) bulunmadı (Tablo 4.16).

Kadınların doğumlarını yapma şekli ile EAMDS ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda; Depresif Duygulanım (p: ,685), Olumlu Duygulanım (p: ,101), Bedensel Şikâyetler (p: ,173) ve Toplam puanları arasında (p: ,067) anlamlı farklar bulunmadı. Kişilerarası İlişki durumları ile kadınların doğumlarını yapma şekli arasında anlamlı bir fark bulundu (**p: ,010**). Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, her iki yolla doğum yapanlar (**p: ,025**) ve vajinal doğum yapanların (**p: ,007**), sezaryanla doğum yapanlar arasındaki farktan kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.16). Kişilerarası İlişkiler alt boyut puanı, sezaryanla doğum yapan kadınlar arasında, daha yüksektir.

Kadınların doğumlarını yaptıkları yer ile ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.17’de verilmiştir.

Tablo 4-17. Kadınların doğumlarını yaptıkları yer ile ölçek puanlarının karşılaştırılması (N: 523)

Doğumun Yapıldığı Yer	n	ort±ss	p değeri
BFLUTS Depolama Semptomları			
Hastanede ^a	113	4,54±2,47	χ^2 : 11,089 p: ,004 a,c<b
Evde ^b	251	5,58±3,23	
Hastanede/Evde ^c	159	4,71±3,00	
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları			
Hastanede	113	1,61±1,82	χ^2 : 2,553 p: ,279
Evde	251	1,97±2,34	
Hastanede/Evde	159	1,46±1,82	

BFLUTS İnkontinans Semptomları			
Hastanede ^a	113	3,63±3,33	χ^2 : 7,460
Evde ^b	251	5,00±4,38	p: ,024
Hastanede/Evde ^c	159	4,03±3,43	a<b
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar			
Hastanede ^a	113	0,53±1,08	χ^2 : 15,296
Evde ^b	251	0,23±0,81	p: ,000
Hastanede/Evde ^c	159	0,43±0,97	b<a,c
BFLUTS Yaşam kalitesine İlişkin Semptomlar			
Hastanede ^a	113	4,39±3,67	χ^2 : 11,741
Evde ^b	251	5,67±4,49	p: ,003
Hastanede/Evde ^c	159	4,30±4,25	c<b
BFLUTS Toplam			
Hastanede ^a	113	14,70±6,10	χ^2 : 10,738
Evde ^b	251	18,45±11,91	p: ,005
Hastanede/Evde ^c	159	14,92±10,17	a,c<b
SYBD Sağlık Sorumluluğu			
Hastanede ^a	113	23,63±5,62	χ^2 : 17,473
Evde ^b	251	21,21±4,98	p: ,000
Hastanede/Evde ^c	159	22,01±5,35	a>b,c
SYBD Fiziksel Aktivite			
Hastanede ^a	113	13,44±4,55	χ^2 : 13,678
Evde ^b	251	11,80±4,04	p: ,001
Hastanede/Evde ^c	159	12,42±4,42	a>b
SYBD Beslenme			
Hastanede	113	22,74±4,52	χ^2 : 3,848 p: ,146
Evde	251	21,80±4,12	
Hastanede/Evde	159	22,07±4,34	
SYBD Manevi Gelişim			
Hastanede ^a	113	25,75±4,99	χ^2 : 10,230
Evde ^b	251	23,71±5,78	p: ,006
Hastanede/Evde ^c	159	24,48±5,49	a>b
SYBD Kişilerarası İlişkiler			
Hastanede ^a	113	27,29±4,95	χ^2 : 7,218
Evde ^b	251	25,78±5,29	p: ,027
Hastanede/Evde ^c	159	25,72±5,10	a>b
SYBD Stres Yönetimi			
Hastanede	113	18,83±4,25	χ^2 : 0,734 p: ,693
Evde	251	18,33±4,34	
Hastanede/Evde	159	18,46±4,48	
SYBD Toplam			
Hastanede ^a	113	131,69±22,33	χ^2 : 12,230
Evde ^b	251	122,62±22,52	p: ,002
Hastanede/Evde ^c	159	125,16±22,30	a>b,c

EAMDS Depresif Duygulanım			
Hastanede ^a	113	4,84±4,23	χ^2 : 6,787 p: ,034 a<b
Evde ^b	251	6,07±4,49	
Hastanede/Evde ^c	159	5,52±4,58	
EADMDS Olumlu Duygulanım			
Hastanede ^a	113	7,13±3,02	χ^2 : 6,374 p: ,041 b<a
Evde ^b	251	6,31±3,25	
Hastanede/Evde ^c	159	6,43±3,28	
EADMDS Bedensel Şikâyetler			
Hastanede ^a	113	6,10±3,73	χ^2 : 6,374 p: ,041 a<b
Evde ^b	251	7,14±3,91	
Hastanede/Evde ^c	159	6,59±3,92	
EADMDS Kişilerarası İlişkiler			
Hastanede	113	1,19±1,36	χ^2 : 0,283 p: ,868
Evde	251	1,20±1,36	
Hastanede/Evde	159	1,27±1,40	
EADMDS Toplam			
Hastanede	113	19,26±7,74	χ^2 : 4,916 p: ,086
Evde	251	20,72±7,83	
Hastanede/Evde	159	19,81±8,50	
χ^2 : Kruskal Wallis testi			

Çalışmada kadınların doğumlarını yaptıkları yer durumları ile BFLUTS ölçek puanları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; Depolama Semptomları (**p: ,004**), İnkontinans Semptomları (**p: ,024**), Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar (**p: ,000**), Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar (**p: ,003**) alt boyutu ve BFLUTS Toplam puanları (**p: ,005**) arasında anlamlı farklar tespit edildi (Tablo 4.17).

Kadınların doğumlarını yaptıkları yer durumu ile Depolama Semptom alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda, en yüksek değer evde doğumunu gerçekleştiren kadınlar (5,58±3,23) arasında görüldü. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, hastane ve evde doğum yapanlar (**p: ,018**) ile hastane ve hem hastane hemde evde doğum yapan (**p: ,019**) gruptaki kadınların puanları arasındaki farktan kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.17). Evde doğum yapan kadınlar arasında, Depolama Semptomları daha fazla görülmektedir.

Kadınların doğumlarını yaptıkları yer durumu ile İnkontinans Semptom alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda, en yüksek ortalama evde doğumunu gerçekleştiren kadınlar (5,00±4,38), en düşük ortalama da hastanede doğumunu yapan kadınlar (3,63±3,33) arasında görüldü. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış

değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, hastane ve evde doğum yapan kadınların puanları (**p: ,029**) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.17). Evde doğum yapan kadınlar arasında, İnkontinans Semptomları daha fazladır.

Katılımcıların doğumlarını yaptıkları yer durumu ile Cinsel Yaşama İlişkin Semptom alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda, en yüksek ortalama hastanede doğumunu gerçekleştiren kadınlar ($0,53 \pm 1,08$), en düşük ortalama da evde doğumunu yapan kadınlar ($0,23 \pm 0,81$) arasında görüldü. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, hastane ve evde doğum yapanlar (**p: ,001**) ile evde ve hem hastane hem de evde doğum yapan (**p: ,014**) gruptaki kadınların puanları arasındaki farktan kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.17). Hastanede doğum yapan kadınlar arasında, Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar daha fazla görülmektedir.

Kadınların doğumlarını yaptıkları yer durumu ile Yaşam Kalitesine İlişkin Semptom alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda, en yüksek puan ortalaması evde doğumunu yapan kadınlar ($5,67 \pm 4,49$) arasında görüldü. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, evde ve hem hastane hem de evde doğum yapan kadınların puanları arasındaki farktan (**p: ,004**) kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.17). Evde doğum yapan kadınlar arasında, Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar daha fazla görülmektedir.

Kadınların doğumlarını yaptıkları yer durumu ile BFLUTS Toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda, en yüksek puan ortalaması evde doğumunu yapan kadınlar ($18,45 \pm 11,91$) arasında görüldü. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, evde doğum yapanlar (**p: ,037**) ile hastanede ve hem hastane hem de evde doğum yapan (**p: ,013**) gruptaki kadınların puanları arasındaki farktan kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.17). Evde doğum yapan kadınlar arasında, BFLUTS Toplam puanları daha fazladır.

Çalışmada kadınların doğum yaptıkları yer durumları ile SYBD ölçek puanları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; kadınların doğumlarını yaptıkları yer durumu ile Sağlık Sorumluluğu (**p: ,000**), Fiziksel Aktivite (**p: ,001**), Manevi Gelişim (**p: ,006**),

Kişilerarası İlişkiler (**p: ,027**) alt boyut puanları ve SYBD Toplam puanları (**p: ,002**) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulundu (Tablo 4.17).

Kadınların doğumlarını yaptıkları yer durumu ile Sağlık Sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda, en yüksek puan ortalaması hastanede doğumunu yapan kadınlar ($23,63 \pm 5,62$) arasında görüldü. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, hastanede doğum yapanların, evde doğum yapanlar (**p: ,000**) ile hem hastane hem de evde doğum yapan (**p: ,023**) gruptaki kadınların puanları arasındaki farktan kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.17). Hastanede doğum yapan kadınlar arasında, Sağlık Sorumluluğu puanı daha yüksektir.

Kadınların doğumlarını yaptıkları yer durumu ile Fiziksel Aktivite alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda, en yüksek puan ortalaması hastanede doğumunu yapan kadınlar ($13,44 \pm 4,55$) arasında olduğu saptandı. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, hastane ve evde doğum yapan kadınların puanları (**p: ,002**) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.17). Hastanede doğum yapan kadınlar arasında, Fiziksel Aktivite alt boyut puanı daha yüksektir.

Kadınların doğumlarını yaptıkları yer durumu ile Manevi Gelişim alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda, en yüksek puan ortalaması hastanede doğumunu yapan kadınlar ($25,75 \pm 4,99$) arasında olduğu saptandı. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, hastane ve evde doğum yapan kadınların puanları (**p: ,004**) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.17). Hastanede doğum yapan kadınlar arasında, Manevi Gelişim alt boyut puanı daha yüksektir.

Kadınların doğumlarını yaptıkları yer durumu ile Kişilerarası İlişkiler puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda, en yüksek puan ortalaması hastanede doğumunu yapan kadınlar ($27,29 \pm 4,95$) arasında olduğu saptandı. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, hastane ve evde doğum yapan kadınların puanları (**p: ,041**) arasındaki farktan kaynaklandığı saptandı (Tablo 4.17). Hastanede doğum yapan kadınlar arasında, Kişilerarası İlişkiler alt boyut puanı daha yüksektir.

Kadınların doğumlarını yaptıkları yer durumu ile SYBD Toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda, en yüksek puan ortalaması hastanede

doğumunu yapan kadınlar (131,69±22,33) arasında olduğu saptandı. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, hastane ve evde doğum yapanlar (**p: ,001**) ile hastane ve hem hastane hem de evde doğum yapan (**p: ,046**) gruptaki kadınların puanları arasındaki farktan kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.17). Hastanede doğum yapan kadınlar arasında, SYBD Toplam puanları daha yüksektir.

Kadınların doğumlarını yaptıkları yer durumu ile EAMDS Depresif Duygulanım puanlarının karşılaştırılması sonucunda arada anlamlı bir fark bulundu (**p: ,034**). Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, hastane ve evde doğum yapan kadınların puanları (**p: ,038**) arasındaki farktan kaynaklandığı saptandı (Tablo 4.17). Evde doğum yapan kadınlar arasında, Depresif Duygulanım daha yüksektir.

Kadınların doğumlarını yaptıkları yer durumu ile EAMDS Olumlu Duygulanım puanlarının karşılaştırılması sonucunda arada anlamlı bir fark bulundu (**p: ,041**). Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, hastane ve evde doğum yapan kadınların puanları (**p: ,033**) arasındaki farktan kaynaklandığı saptandı (Tablo 4.17). Hastanede doğum yapan kadınlar arasında, Olumlu Duygulanım alt boyut puanı daha yüksektir.

Kadınların doğumlarını yaptıkları yer durumu ile EAMDS Bedensel Şikâyetler puanlarının karşılaştırılması sonucunda arada anlamlı bir fark bulundu (**p: ,041**). Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, hastane ve evde doğum yapan kadınların puanları (**p: ,039**) arasındaki farktan kaynaklandığı saptandı (Tablo 4.17). Evde doğum yapan kadınlar arasında, Bedensel Şikâyetler alt boyut puanı daha yüksektir.

Kadınların doğumlarında epizyotomi uygulanma durumu ile ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.18’de ele alındı.

Tablo 4-18. Kadınların doğumlarında epizyotomi uygulanma durumu ile ölçek puanlarının karşılaştırılması (N: 455)

Doğumda Epizyotomi Uygulanma Durumu	n	ort±ss	p değeri
-------------------------------------	---	--------	----------

BFLUTS Depolama Semptomları			
Evet	100	4,79±2,86	z: 16241,000
Hayır	355	3,108±0,28	p: ,191
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları			
Evet	100	1,68±1,90	z: 17489,500
Hayır	355	1,75±2,15	p: ,814
BFLUTS İnkontinans Semptomları			
Evet	100	3,77±3,12	z: 16696,000
Hayır	355	4,53±4,19	p: ,361
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar			
Evet	100	0,72±1,25	z: 14459,000
Hayır	355	0,29±0,86	p: ,000
BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar			
Evet	100	4,38±3,99	z: 15945,500
Hayır	355	5,1±4,38	p: ,118
BFLUTS Toplam			
Evet	100	15,34±9,90	z: 16606,000
Hayır	355	16,96±11,44	p: ,324
SYBD Sağlık Sorumluluğu			
Evet	100	23,15±5,42	z: 14777,500
Hayır	355	21,70±5,30	p: ,010
SYBD Fiziksel Aktivite			
Evet	100	12,98±4,62	z: 15838,000
Hayır	355	12,23±4,27	p: ,098
SYBD Beslenme			
Evet	100	21,61±4,60	z: 16195,000
Hayır	355	22,24±4,20	p: ,179
SYBD Manevi Gelişim			
Evet	100	24,78±5,12	z: 16870,500
Hayır	355	24,27±5,78	p: ,448
SYBD Kişilerarası İlişkiler			
Evet	100	26,41±5,28	z: 16952,000
Hayır	355	26,05±5,15	p: ,491
SYBD Stres Yönetimi			
Evet	100	18,64±4,30	z: 17265,500
Hayır	355	18,40±4,59	p: ,676
SYBD Toplam			
Evet	100	127,57±22,24	z: 16422,500
Hayır	355	124,89±23,10	p: ,253
EAMDS Depresif Duygulanım			
Evet	100	4,55±3,77	z: 14748,000

Hayır	355	5,93±4,51	p: ,010
EADMDs Olumlu Duygulanım			
Evet	100	7,30±2,73	z: 14648,000
Hayır	355	6,31±3,30	p: ,007
EADMDs Bedensel Şikâyetler			
Evet	100	5,80±3,39	z: 14755,500
Hayır	355	7,00±3,98	p: ,010
EADMDs Kişilerarası İlişkiler			
Evet	100	1,17±1,45	z: 17065,500
Hayır	355	1,21±1,31	p: ,534
EADMDs Toplam			
Evet	100	18,82±7,68	z: 15115,500
Hayır	355	20,45±7,94	p: ,023
z= Mann-Whitney U testi			

Çalışmada kadınların doğumlarında epizyotomi uygulanma durumları ile BFLUTS ölçek puanları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar alt grubu (**p: ,000**) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Depolama Semptomları (p: ,191), İdrar Yapma Semptomları (p: ,814), İnkontinans Semptomları (p: ,361), Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar (p: ,118) ve BFLUTS Toplam puanları (p: ,324) arasında anlamlı farklar bulunmadı (Tablo 4.18).

Kadınların doğumlarında epizyotomi uygulanma durumları ile Cinsel Yaşama İlişkin Semptom puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda, epizyotomi uygulanan kadınlar (0,72±1,256) arasında daha yüksek olarak bulundu (Tablo 4.18). Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar, doğumları esnasında epizyotomi uygulanan kadınlar arasında, daha fazla görülmektedir.

Çalışmada kadınların doğumlarında epizyotomi uygulanma durumları ile SYBD ölçek puanları karşılaştırıldı. Kadınların doğumlarında epizyotomi uygulanma durumları ile Fiziksel Aktivite (p: ,098), Beslenme (p: ,179), Manevi Gelişim (p: ,448), Kişilerarası İlişkiler (p: ,491), Stres Yönetimi (p: ,676) alt boyut puanları ve SYBD Toplam puanları (p: ,253) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmadı (Tablo 4.18).

Değerlendirme sonucunda; kadınların doğumlarında epizyotomi uygulanma durumları ile Sağlık Sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (**p: ,010**). Doğumları esnasında epizyotomi uygulanan kadınlar arasında, Sağlık Sorumluluğu alt boyut puanı daha fazladır.

Kadınların doğumlarında epizyotomi uygulanma durumları ile EAMDS ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda; Depresif Duygulanım (**p: ,010**), Olumlu Duygulanım (**p: ,007**), Bedensel Şikâyetler (**p: ,010**) ve Toplam puanları arasında (**p: ,023**) anlamlı farklar bulundu (Tablo 4.18). Epizyotomi uygulanmayan kadınlar arasında depresyon belirtileri daha yüksektir.

Kadınların doğumlarında perine bölgesinde yırtık reperasyonu durumu ile ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.19’da verildi.

Tablo 4-19. Kadınların doğumlarında perine bölgesinde yırtık reperasyonu durumu ile ölçek puanlarının karşılaştırılması (N: 486)

Doğumda Perine Bölgesinde Yırtık Reperasyon Durumu	n	ort±ss	p değeri
BFLUTS Depolama Semptomları			
Evet	129	5,19±3,08	z: 22835,500
Hayır	357	5,04±3,09	p: ,888
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları			
Evet	129	1,81±2,04	z: 21722,000
Hayır	357	1,71±2,15	p: ,316
BFLUTS İnkontinans Semptomları			
Evet	129	4,40±3,76	z: 22501,500
Hayır	357	4,39±4,03	p: ,699
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar			
Evet	129	0,65±1,25	z: 19654,500
Hayır	357	0,26±0,79	p: ,000
BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar			
Evet	129	5,23±4,51	z: 22257,000
Hayır	357	4,91±4,22	p: ,572
BFLUTS Toplam			
Evet	129	17,29±11,33	z: 21978,000
Hayır	357	16,32±10,97	p: ,443
SYBD Sağlık Sorumluluğu			
Evet	129	22,75±5,58	z: 20501,500
Hayır	357	21,82±5,27	p: ,064
SYBD Fiziksel Aktivite			
Evet	129	12,89±4,73	z: 21447,500
Hayır	357	12,28±4,20	p: ,245
SYBD Beslenme			
Evet	129	21,97±4,52	z: 22606,000
Hayır	357	22,17±4,28	p: ,758
SYBD Manevi Gelişim			

Evet	129	24,59±5,28	z: 22505,000
Hayır	357	24,36±5,80	p: ,702
SYBD Kişilerarası İlişkiler			
Evet	129	26,57±5,30	z: 21494,000
Hayır	357	26,08±5,17	p: ,262
SYBD Stres Yönetimi			
Evet	129	18,34±4,15	z: 22173,500
Hayır	357	18,57±4,72	p: ,532
SYBD Toplam			
Evet	129	127,11±22,86	z: 21745,000
Hayır	357	125,27±23,07	p: ,349
EAMDS Depresif Duygulanım			
Evet	129	5,10±4,26	z: 21211,500
Hayır	357	5,78±4,54	p: ,183
EADMDS Olumlu Duygulanım			
Evet	129	6,71±3,13	z: 21639,000
Hayır	357	6,45±3,24	p: ,308
EADMDS Bedensel Şikâyetler			
Evet	129	6,44±3,90	z: 21697,000
Hayır	357	6,82±3,89	p: ,329
EADMDS Kişilerarası İlişkiler			
Evet	129	1,19±1,44	z: 22369,000
Hayır	357	1,21±1,34	p: ,612
EADMDS Toplam			
Evet	129	19,44±8,04	z: 21329,000
Hayır	357	20,26±8,01	p: ,214
z= Mann-Whitney U testi			

Çalışmada kadınların doğumları esnasında perine bölgesinde yırtık reperasyon durumu ile BFLUTS ölçek puanları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar alt boyut puanları (**p: ,000**) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Depolama Semptomları (p: ,888), İdrar Yapma Semptomları (p: ,316), İnkontinans Semptomları (p: ,699), Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar (p: ,572) alt boyutları ve BFLUTS Toplam puanları (p: ,443) arasında anlamlı farklar bulunmadı (Tablo 4.19).

Kadınların doğumları esnasında perine bölgesinde yırtık reperasyon durumu ile Cinsel Yaşama İlişkin Semptom puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda, yırtık reperasyonu mevcut olan kadınlar arasında puan ortalamaları ($0,65 \pm 1,25$) daha yüksek olarak bulundu (Tablo 4.19). Çalışmada, doğumları esnasında perine bölgesinde yırtık

reperasyonu mevcut olan kadınlar arasında, Cinsel Yaşama İlişkin Semptom puanları daha fazladır.

Çalışmada kadınların doğumları esnasında, perine bölgesinde yırtık reperasyon uygulanma durumları ile SYBD ölçek puanları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; Sağlık Sorumluluğu (p: ,064), Fiziksel Aktivite (p: ,245), Beslenme (p: ,758), Manevi Gelişim (p: ,702), Kişilerarası İlişkiler (p: ,262), Stres Yönetimi (p: ,532) alt boyut puanları ve SYBD Toplam puanları (p: ,349) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmadı (Tablo 4.19).

Çalışmada kadınların doğumları esnasında, perine bölgesinde yırtık reperasyon uygulanma durumları ile EAMDS ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda; Depresif Duygulanım (p: ,183), Olumlu Duygulanım (p: ,308), Bedensel Şikâyetler (p: ,329), Kişilerarası İlişkiler (p: ,612) alt boyutları ve Toplam puanları arasında (p: ,214) anlamlı farklar bulunmadı (Tablo 4.19).

Kadınların 4 kg ve üzerinde bebek doğma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılma durumları Tablo 4.20’de görülmektedir.

Tablo 4-20. Kadınların 4 kg ve üzerinde bebek doğma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması (N: 483)

*4 kg ve Üzerinde Bebek Doğma Durumu	n	ort±ss	p değeri
BFLUTS Depolama Semptomları			
Evet	128	5,25±3,54	z: 22617,500
Hayır	355	5,04±2,83	p: ,939
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları			
Evet	128	1,69±2,23	z: 21484,500
Hayır	355	1,77±2,07	p: ,339
BFLUTS İnkontinans Semptomları			
Evet	128	4,48±4,36	z: 22154,000
Hayır	355	4,34±3,74	p: ,674
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar			
Evet	128	0,34±1,03	z: 21448,000
Hayır	355	0,37±0,90	p: ,153
BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar			
Evet	128	4,91±4,58	z: 21859,000
Hayır	355	5,02±4,16	p: ,523
BFLUTS Toplam			
Evet	128	16,67±11,97	z: 22235,000
Hayır	355	16,54±10,53	p: ,720

SYBD Sağlık Sorumluluğu			
Evet	128	22,21±5,51	z: 22315,000
Hayır	355	21,99±5,22	p: ,764
SYBD Fiziksel Aktivite			
Evet	128	12,81±4,42	z: 20391,500
Hayır	355	12,17±4,30	p: ,083
SYBD Beslenme			
Evet	128	22,02±4,50	z: 22398,500
Hayır	355	22,21±4,20	p: ,812
SYBD Manevi Gelişim			
Evet	128	24,76±5,42	z: 21738,000
Hayır	355	24,26±5,74	p: ,468
SYBD Kişilerarası İlişkiler			
Evet	128	26,42±5,39	z: 21397,500
Hayır	355	25,98±5,13	p: ,328
SYBD Stres Yönetimi			
Evet	128	19,10±4,68	z: 20365,000
Hayır	355	18,15±4,51	p: ,081
SYBD Toplam			
Evet	128	127,33±23,49	z: 21289,000
Hayır	355	124,75±22,60	p: ,290
EAMDS Depresif Duygulanım			
Evet	128	5,78±4,76	z: 22646,500
Hayır	355	5,68±4,50	p: ,957
EADMDS Olumlu Duygulanım			
Evet	128	6,59±3,08	z: 22257,500
Hayır	355	6,40±3,28	p: ,732
EADMDS Bedensel Şikâyetler			
Evet	128	6,82±3,87	z: 22569,500
Hayır	355	6,73±3,94	p: ,911
EADMDS Kişilerarası İlişkiler			
Evet	128	1,20±1,43	z: 21664,500
Hayır	355	1,26±1,35	p: ,412
EADMDS Toplam			
Evet	128	20,39±7,88	z: 22228,000
Hayır	355	20,07±8,21	p: ,716

z= Mann-Whitney U testi, *≥4 kg ya da iri bebek doğurma durumu

Çalışmada kadınların 4 kg ve üzerinde bebek doğma durumları ile BFLUTS ölçek puanları karşılaştırıldı. Depolama Semptomları (p: ,939), İdrar Yapma Semptomları (p: ,339), İnkontinans Semptomları (p: ,674), Cinsel Yaşama İlişkin

Semptomlar (p: ,153), Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar (p: ,523) alt boyutları ve BFLUTS Toplam puanları (p: ,720) arasında anlamlı farklar bulunmadı (Tablo 4.20).

Araştırmada kadınların 4 kg ve üzerinde bebek doğurma durumları ile SYBD ölçek puanları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; Sağlık Sorumluluğu (p: ,764), Fiziksel Aktivite (p: ,083), Beslenme (p: ,812), Manevi Gelişim (p: ,468), Kişilerarası İlişkiler (p: ,328), Stres Yönetimi (p: ,081) alt boyut puanları ve SYBD Toplam puanları (p: ,290) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar belirlenmedi (Tablo 4.20).

Çalışmada kadınların 4 kg ve üzerinde bebek doğma durumları ile EAMDS ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda; Depresif Duygulanım (p: ,957), Olumlu Duygulanım (p: ,732), Bedensel Şikâyetler (p: ,911), Kişilerarası İlişkiler (p: ,412) ve Toplam puanları arasında (p: ,716) anlamlı farklar saptanmadı (Tablo 4.20).

Kadınların histerektomi olma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılma durumları Tablo 4.21’de ele alınmaktadır.

Tablo 4-21. Kadınların histerektomi olma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması (N: 530)

Histerektomi Durumu	n	ort±ss	p değeri
BFLUTS Depolama Semptomları			
Evet	107	5,74±3,34	z: 19650,000 p: ,034
Hayır	423	4,90±2,96	
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları			
Evet	107	1,85±2,13	z: 21714,000 p: ,496
Hayır	423	1,70±2,08	
BFLUTS İnkontinans Semptomları			
Evet	107	5,25±4,35	z: 19053,500 p: ,011
Hayır	423	4,11±3,80	
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar			
Evet	107	0,43±1,20	z: 22190,000 p: ,629
Hayır	423	0,33±0,84	
BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar			
Evet	107	5,61±4,09	z: 19465,500 p: ,025
Hayır	423	4,77±4,32	
BFLUTS Toplam			
Evet	107	18,88±11,69	z: 19266,000 p: ,017
Hayır	423	15,80±10,72	
SYBD Sağlık Sorumluluğu			
Evet	107	21,65±4,99	z: 21337,500

Hayır	423	22,15±5,46	p: ,360
SYBD Fiziksel Aktivite			
Evet	107	12,50±4,62	z: 22491,500
Hayır	423	12,36±4,31	p: ,925
SYBD Beslenme			
Evet	107	21,89±3,96	z: 22068,500
Hayır	423	22,18±4,43	p: ,691
SYBD Manevi Gelişim			
Evet	107	23,48±5,83	z: 20005,000
Hayır	423	24,65±5,51	p: ,063
SYBD Kişilerarası İlişkiler			
Evet	107	25,77±5,17	z: 21680,000
Hayır	423	26,17±5,21	p: ,501
SYBD Stres Yönetimi			
Evet	107	18,07±4,51	z: 21336,000
Hayır	423	18,60±4,48	p: ,359
SYBD Toplam			
Evet	107	123,35±23,25	z: 21301,000
Hayır	423	126,11±22,75	p: ,347
EAMDS Depresif Duygulanım			
Evet	107	6,63±4,23	z: 18481,000
Hayır	423	5,42±4,54	p: ,003
EADMDs Olumlu Duygulanım			
Evet	107	5,93±3,28	z: 19442,500
Hayır	423	6,66±3,20	p: ,024
EADMDs Bedensel Şikâyetler			
Evet	107	7,38±3,52	z: 19534,000
Hayır	423	6,58±3,98	p: ,028
EADMDs Kişilerarası İlişkiler			
Evet	107	1,49±1,40	z: 19469,500
Hayır	423	1,18±1,38	p: ,019
EADMDs Toplam			
Evet	107	21,43±7,75	z: 19727,000
Hayır	423	19,84±8,16	p: ,040
z= Mann-Whitney U testi			

Çalışmada kadınların histerektomi olma durumları ile BFLUTS ölçek puanları karşılaştırıldı. Depolama Semptomları (**p: ,034**), İnkontinans Semptomları (**p: ,011**), Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar (**p: ,025**) alt boyutları ve BFLUTS Toplam puanları (**p: ,017**) arasında anlamlı farklar bulundu (Tablo 4.21).

Depolama semptomları ile kadınların histerektomi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Histerektomi olan kadınlarda, Depolama Semptom puan ortalaması daha yüksek ($5,74 \pm 3,34$) olarak tespit edildi (Tablo 4.21). Depolama semptomları, histerektomi olan kadınlar arasında daha fazladır.

İnkontinans Semptomları ile kadınların histerektomi olma durumları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi. Histerektomi olanlarda, İnkontinans Semptom puan ortalaması daha yüksek ($5,25 \pm 4,35$) olarak görüldü (Tablo 4.21). İnkontinans Semptom puanları, histerektomi olan kadınlar arasında daha fazladır.

Yaşam Kalitesine İlişkin Semptom puan ortalamaları ile kadınların histerektomi olma durumları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Histerektomi olan kadınlarda, Yaşam kalitesine İlişkin Semptom puan ortalaması daha yüksek ($5,61 \pm 4,09$) olarak saptandı (Tablo 4.21). Yaşam Kalitesine İlişkin Semptom puanları, histerektomi olan kadınlar arasında daha fazladır.

Histerektomi olma durumları ile BFLUTS Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup, histerektomi olan kadınlar arasında BFLUTS Toplam puan ortalamaları daha yüksek ($18,88 \pm 11,69$) olarak saptandı (Tablo 4.21). BFLUTS Toplam puanları, histerektomi olan kadınlar arasında daha fazladır.

Çalışmada kadınların histerektomi olma durumları ile SYBD ölçek puanları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; Sağlık Sorumluluğu (p: ,360), Fiziksel Aktivite (p: ,925), Beslenme (p: ,691), Manevi Gelişim (p: ,063), Kişilerarası İlişkiler (p: ,501), Stres Yönetimi (p: ,359) alt boyut puanları ve SYBD Toplam puanları (p: ,347) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmadı (Tablo 4.21).

Çalışmada kadınların histerektomi olma durumları ile EAMDS ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda; Depresif Duygulanım (**p: ,003**), Olumlu Duygulanım (**p: ,024**), Bedensel Şikâyetler (**p: ,028**), Kişilerarası İlişkiler alt boyutları (**p: ,019**) ve Toplam puanları arasında (**p: ,040**) anlamlı farklar tespit edildi (Tablo 4.21).

EAMDS Depresif Duygulanım alt boyutu ile kadınların histerektomi olma durumları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Histerektomi olan kadınlarda, Depresif Duygulanım puan ortalaması daha yüksek ($6,63 \pm 4,23$) olarak saptandı (Tablo 4.21). Depresif Duygulanım puanı, histerektomi olan kadınlar arasında daha fazladır.

EAMDS Olumlu Duygulanım alt boyutu ile kadınların histerektomi olma durumları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi. Histerektomi olmayan

kadınlar arasında, Olumlu Duygulanım puan ortalaması daha yüksek ($6,66\pm3,20$) olarak saptandı (Tablo 4.21). Histerektomi öyküsü olmayan kadınlar arasında, Olumlu Duygulanım alt boyut puanı daha az belirlendi.

EAMDS Bedensel Şikâyetler alt boyutu ile kadınların histerektomi olma durumları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi. Histerektomi olan kadınlar arasında, Bedensel Şikâyetler puan ortalaması daha yüksek ($7,38\pm3,52$) olarak saptandı (Tablo 4.21). Bedensel Şikâyetler, histerektomi olan kadınlar arasında, daha fazladır.

EAMDS Kişilerarası İlişkiler alt boyutu ile kadınların histerektomi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Histerektomi olan kadınlar arasında, Kişilerarası İlişkiler puan ortalaması daha yüksek ($1,49\pm1,40$) olarak saptandı (Tablo 4.21). Kişilerarası İlişkiler alt boyut puan ortalaması, histerektomi olan kadınlar arasında daha fazladır.

EAMDS Toplam puan ortalamaları ile kadınların histerektomi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Histerektomi olan kadınlar arasında, EAMDS Toplam puan ortalamaları daha yüksek ($21,43\pm7,75$) olarak bulundu (Tablo 4.21). EAMDS Toplam puanları, histerektomi olan kadınlar arasında daha fazladır.

Kadınların herhangi bir psikolojik rahatsızlık geçirme durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.22’de ele alınmaktadır.

Tablo 4-22. Kadınların herhangi bir psikolojik rahatsızlık geçirme durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması (N: 532)

Psikolojik Rahatsızlık Geçirme Durumu	n	ort±ss	p değeri
BFLUTS Depolama Semptomları			
Evet/şimdi ^a	92	5,82±2,63	χ^2 : 9,167 p: ,010 b<a
Hayır ^b	391	4,94±3,13	
Geçmişte ^c	49	5,04±3,07	
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları			
Evet/şimdi	92	2,00±2,62	χ^2 : 0,262 p: ,877
Hayır	391	1,69±1,98	
Geçmişte	49	1,53±1,78	
BFLUTS İnkontinans Semptomları			
Evet/şimdi ^a	92	5,95±4,96	χ^2 : 11,739 p: ,003 b<a
Hayır ^b	391	3,95±3,61	
Geçmişte ^c	49	4,43±3,55	

BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar			
Evet/şimdi	92	0,33±1,06	χ^2 : 1,743 p: 0,418
Hayır	391	0,37±0,89	
Geçmişte	49	0,35±0,94	
BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar			
Evet/şimdi ^a	92	6,61±4,94	χ^2 : 12,264 p: ,002 b,c<a
Hayır ^b	391	4,65±4,15	
Geçmişte ^c	49	4,45±3,85	
BFLUTS Toplam			
Evet/şimdi ^a	92	20,70±11,98	χ^2 : 14,167 p: ,001 b,c<a
Hayır ^b	391	15,58±10,67	
Geçmişte ^c	49	15,80±10,37	
SYBD Sağlık Sorumluluğu			
Evet/şimdi	92	22,61±5,44	χ^2 : 1,104 p: ,577
Hayır	391	22,02±5,29	
Geçmişte	49	21,67±5,62	
SYBD Fiziksel Aktivite			
Evet/şimdi	92	12,35±4,36	χ^2 : 1,104 p: ,576
Hayır	391	12,43±4,45	
Geçmişte	49	12,82±4,05	
SYBD Beslenme			
Evet/şimdi	92	21,83±4,66	χ^2 : 0,478 p: ,787
Hayır	391	22,23±4,21	
Geçmişte	49	22,49±4,67	
SYBD Manevi Gelişim			
Evet/şimdi	92	23,89±5,92	χ^2 : 1,365 p: ,505
Hayır	391	24,51±5,54	
Geçmişte	49	25,20±5,23	
SYBD Kişilerarası İlişkiler			
Evet/şimdi	92	26,00±5,73	χ^2 : 1,048 p: ,592
Hayır	391	26,09±5,13	
Geçmişte	49	26,96±4,76	
SYBD Stres Yönetimi			
Evet/şimdi	92	18,33±4,85	χ^2 : 1,082 p: ,582
Hayır	391	18,57±4,42	
Geçmişte	49	19,16±4,60	
SYBD Toplam			
Evet/şimdi	92	125,00±24,15	χ^2 : 0,489 p: ,783
Hayır	391	125,85±22,50	
Geçmişte	49	128,31±22,53	
EAMDS Depresif Duygulanım			
Evet/şimdi ^a	92	7,76±5,14	χ^2 : 20,760 p: ,000 b<a
Hayır ^b	391	5,14±4,17	
Geçmişte ^c	49	6,08±4,69	

EADMDS Olumlu Duygulanım			
Evet/şimdi	92	5,95±3,43	χ^2 : 3,224 p: ,200
Hayır	391	6,64±3,17	
Geçmişte	49	6,73±3,25	
EADMDS Bedensel Şikâyetler			
Evet/şimdi ^a	92	8,27±4,15	χ^2 : 16,416 p: ,000 b,c<a
Hayır ^b	391	6,46±3,82	
Geçmişte ^c	49	5,90±3,66	
EADMDS Kişilerarası İlişkiler			
Evet/şimdi ^a	92	1,71±1,64	χ^2 : 12,044 p: ,002 b<a
Hayır ^b	391	1,10±1,27	
Geçmişte ^c	49	1,49±1,57	
EADMDS Toplam			
Evet/şimdi ^a	92	23,68±9,30	χ^2 : 15,488 p: ,000 b<a
Hayır ^b	391	19,34±7,55	
Geçmişte ^c	49	20,20±8,38	
χ^2 : Kruskal Wallis testi			

Çalışmada kadınların psikolojik rahatsızlık geçirme durumları ile BFLUTS ölçek puanları karşılaştırıldı. Depolama Semptomları (**p: ,010**), İnkontinans Semptomları (**p: ,003**), Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar (**p: ,002**) alt boyutları ve BFLUTS Toplam puanları (**p: ,001**) arasında anlamlı farklar bulundu (Tablo 4.22).

Çalışmada kadınların psikolojik rahatsızlık geçirme durumları ile Depolama Semptomları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulundu. Psikolojik rahatsızlık geçiren kadınlarda semptom puan ortalamasının (5,82±2,63), rahatsızlık geçirmeyen kadınlara göre (4,94±3,13) daha yüksek olduğu saptandı. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, evet/şimdi cevabını veren kadınlarla, hiç psikolojik rahatsızlık geçirmeyen kadınların puanları arasındaki farktan (**p: ,047**) kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.22). Psikolojik rahatsızlık geçirmekte olan kadınlar arasında, Depolama Semptomları puanları daha yüksek düzeydedir.

Kadınların psikolojik rahatsızlık geçirme durumları ile İnkontinans Semptomları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulundu. Psikolojik rahatsızlık geçirmekte olan kadınlar arasında semptom puan ortalamasının (5,95±4,96), rahatsızlık geçirmeyen kadınlara göre (3,95±3,61) daha yüksek olduğu saptandı. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılığın evet/şimdi cevabını veren kadınlarla, hiç psikolojik rahatsızlık geçirmeyen kadınların puanları arasındaki farktan (**p: ,008**) kaynaklandığı bulundu.

(Tablo 4.22). Psikolojik rahatsızlık geçirmekte olan kadınlar arasında, İnkontinans Semptom puanları yüksek düzeydedir.

Kadınların psikolojik rahatsızlık geçirme durumları ile Yaşam Kalitesine İlişkin Semptom puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Psikolojik rahatsızlık geçiren kadınlarda semptom puan ortalamasının ($6,61 \pm 4,94$), geçmişte rahatsızlık geçiren kadınlara göre ($4,45 \pm 3,85$) daha yüksek olduğu saptandı. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, evet/şimdi cevabını veren kadınlarla, geçmişte (**p: ,000**) ve hiç geçirmemiş olan kadınların puanları (**p: ,001**) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.22). Şimdi psikolojik rahatsızlık geçirmekte olan kadınlar arasında, Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar alt boyut puanları daha yüksek düzeydedir.

Kadınların psikolojik rahatsızlık geçirme durumları ile BFLUTS Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Psikolojik rahatsızlık geçiren kadınlarda semptom puan ortalaması ($6,61 \pm 4,94$), rahatsızlık geçirmeyen kadınlara göre ($4,45 \pm 3,85$) daha yüksek olduğu saptandı. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, evet/şimdi cevabını veren kadınlarla, geçmişte (**p: ,000**) ve hiç geçirmemiş olan kadınların puanları (**p: ,000**), arasındaki farktan kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.22). Şimdi psikolojik rahatsızlık geçirmekte olan kadınlar arasında, BFLUTS Toplam puanları yüksek düzeydedir.

Çalışmada kadınların psikolojik rahatsızlık geçirme durumları ile SYBD ölçek puanları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; Sağlık Sorumluluğu (p: ,577), Fiziksel Aktivite (p: ,576), Beslenme (p: ,787), Manevi Gelişim (p: ,505), Kişilerarası İlişkiler (p: ,592), Stres Yönetimi (p: 582) alt boyut puanları ve SYBD Toplam puanları (p: ,783) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmadı (Tablo 4.22).

Çalışmada kadınların psikolojik rahatsızlık geçirme durumları ile EAMDS ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda; Depresif Duygulanım alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir fark (**p: ,000**) bulundu. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılık, evet/şimdi cevabını veren kadınlar ile hiç geçirmemiş olan kadınların puanları arasındaki farktan (**p: ,000**) kaynaklandığı belirlendi. Psikolojik rahatsızlık geçirmekte olan kadınlar arasında, Depresif Duygulanım puanları daha yüksektir.

Bedensel Şikâyetler (**p: ,000**) ile kadınların psikolojik rahatsızlık geçirme durumları arasında anlamlı bir fark (**p: ,000**) saptandı. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılığın; evet/şimdi cevabını veren kadınlar ile hiç geçirmemiş olan kadınlar (**p: ,001**) ve geçmişte rahatsızlık yaşayanlar (**p: ,002**) arasındaki farklardan kaynaklandığı belirlendi. Şimdi psikolojik rahatsızlık geçirmekte olan kadınlar arasında, Bedensel Şikâyetler daha yüksektir.

Kişilerarası İlişkiler ile kadınların psikolojik rahatsızlık geçirme durumları arasında anlamlı bir fark (**p: ,000**) bulundu. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılığın, evet/şimdi cevabını veren kadınlar ile hiç rahatsızlık geçirmemiş olan kadınlar arasındaki farktan (**p: ,004**) kaynaklandığı saptandı. Psikolojik rahatsızlık geçiren kadınlar arasında, Kişilerarası İlişkiler alt boyut puanı daha yüksektir.

EADMDS Toplam puanları ile kadınların psikolojik rahatsızlık geçirme durumları arasında anlamlı bir fark (**p: ,000**) bulundu. Kruskal Wallis analizinde anlamlı çıkmış değişkenlerin pos-hoc kıyaslamaları için yapılan ileri istatistik analizinde ise bu farklılığın, evet/şimdi cevabını veren kadınlar ile hiç rahatsızlık geçirmemiş olan kadınlar arasındaki farktan (**p: ,000**) kaynaklandığı belirlendi(Tablo 4.22). Halen psikolojik rahatsızlığı olan kadınlar arasında, EADMDS Toplam puanları daha yüksektir.

Kadınların herhangi bir kronik hastalığı olma durumu ile ölçek puanlarının karşılaştırılması durumları Tablo 4.23’de ele alındı.

Tablo 4-23. Kadınların herhangi bir kronik hastalığı olma durumu ile ölçek puanlarının karşılaştırılması (N: 522)

Herhangi Bir Kronik Hastalığı Olma Durumu	n	ort±ss	p değeri
BFLUTS Depolama Semptomları			
Evet	344	5,31±3,14	z: 26524,000 p: ,012
Hayır	178	4,56±2,83	
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları			
Evet	344	1,81±2,18	z: 29460,000 p: ,458
Hayır	178	1,54±1,80	
BFLUTS İnkontinans Semptomları			
Evet	344	4,71±3,98	z: 24932,000

Hayır	178	3,47±3,51	p: ,000
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar			
Evet	344	0,40±1,02	z: 29675,500
Hayır	178	0,27±0,72	p: ,377
BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar			
Evet	344	5,29±4,51	z: 26260,500
Hayır	178	4,05±3,66	p: ,007
BFLUTS Toplam			
Evet	344	17,52±11,34	z: 25068,000
Hayır	178	13,90±9,60	p: ,001
SYBD Sağlık Sorumluluğu			
Evet	344	22,04±5,31	z: 30524,500
Hayır	178	21,94±5,29	p: ,955
SYBD Fiziksel Aktivite			
Evet	344	12,22±4,41	z: 27464,500
Hayır	178	12,72±4,26	p: ,052
SYBD Beslenme			
Evet	344	22,16±4,33	z: 30390,500
Hayır	178	22,03±4,38	p: ,890
SYBD Manevi Gelişim			
Evet	344	24,27±5,75	z: 29237,500
Hayır	178	24,68±5,38	p: ,398
SYBD Kişilerarası İlişkiler			
Evet	344	26,11±5,24	z: 30484,500
Hayır	178	26,08±5,14	p: ,936
SYBD Stres Yönetimi			
Evet	344	18,46±4,63	z: 30022,500
Hayır	178	18,58±4,33	p: ,716
SYBD Toplam			
Evet	344	125,26±23,20	z: 29595,500
Hayır	178	126,04±22,12	p: ,532
EAMDS Depresif Duygulanım			
Evet	344	5,93±4,47	26915,000
Hayır	178	5,06±4,39	,023
EADMDS Olumlu Duygulanım			
Evet	344	6,39±3,25	29096,000
Hayır	178	6,71±3,19	,350
EADMDS Bedensel Şikâyetler			
Evet	344	6,89±3,91	27853,500
Hayır	178	6,24±3,73	,090
EADMDS Kişilerarası İlişkiler			
Evet	344	1,31±1,42	28255,500

Hayır	178	1,10±1,29	,129
EADMDs Toplam			
Evet	344	20,53±8,20	z: 27406,500
Hayır	178	19,11±7,61	p: ,049
z= Mann-Whitney U testi			

Çalışmada kadınların herhangi bir kronik hastalığı olma durumları ile BFLUTS ölçek puanları karşılaştırıldı. Depolama Semptomları (**p: ,012**), İnkontinans Semptomları (**p: ,000**), Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar (**p: ,007**) alt boyutları ve BFLUTS Toplam puanları (**p: ,001**) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulundu (Tablo 4.23).

Kadınların herhangi bir kronik hastalığı olma durumları ile Depolama Semptomları alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, herhangi bir kronik hastalığı olan kadınlar arasında semptom puan ortalamaları daha yüksek olarak (5,31±3,14) belirlendi (Tablo 4.23). Herhangi bir kronik hastalığı olan kadınlar arasında, Depolama Semptomları daha fazladır.

Kadınların herhangi bir kronik hastalığı olma durumları ile İnkontinans Semptomları alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, herhangi bir kronik hastalığı olan kadınlar arasında semptom puan ortalamaları daha yüksek olarak (4,71±3,98) belirlendi (Tablo 4.23). Herhangi bir kronik hastalığı olan kadınlar arasında, İnkontinans Semptomları daha fazladır.

Katılımcıların herhangi bir kronik hastalığı olma durumları ile Yaşam kalitesine İlişkin Semptomlar alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, herhangi bir kronik hastalığı olan kadınlar arasında, semptom puan ortalamaları daha yüksek olarak (5,29±4,51) belirlendi (Tablo 4.23). Herhangi bir kronik hastalığı olan kadınlar arasında, Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar daha fazladır.

Kadınların herhangi bir kronik hastalığı olma durumları ile BFLUTS Toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, herhangi bir kronik hastalığı olan kadınlar arasında BFLUTS Toplam puan ortalamaları daha yüksek olarak (17,52±11,34) belirlendi (Tablo 4.23). Herhangi bir kronik hastalığı olan kadınlar arasında, BFLUTS Toplam puanları daha fazladır.

Çalışmada kadınların herhangi bir kronik hastalığı olma durumları ile SYBD ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Değerlendirme sonucunda; Sağlık Sorumluluğu (p: ,955), Fiziksel Aktivite (p: ,052), Beslenme (p: ,890), Manevi Gelişim (p: ,398),

Kişilerarası İlişkiler (p: ,936), Stres Yönetimi (p: ,716) alt boyut puanları ve SYBD Toplam puanları (p: ,532) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmadı (Tablo 4.23).

Çalışmada kadınların herhangi bir kronik hastalığı olma durumları ile EAMDS Depresif Duygulanım (**p: ,023**) alt boyutu ve EAMDS Toplam puan ortalamaları (**p: ,049**) arasında anlamlı farklar bulundu (Tablo 4.23).

Kadınların herhangi bir kronik hastalığı olma durumları ile EAMDS Depresif Duygulanım alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, herhangi bir kronik hastalığı olan kadınlar arasında, EAMDS Depresif Duygulanım puan ortalamaları daha yüksek olarak ($5,93 \pm 4,47$) belirlendi (Tablo 4.23). Herhangi bir kronik hastalığı olan kadınlar arasında, Depresif Duygulanım alt boyut puanı daha fazladır.

Katılımcıların herhangi bir kronik hastalığı olma durumları ile EAMDS Toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, herhangi bir kronik hastalığı olan kadınlar arasında, EAMDS Toplam puan ortalamaları daha yüksek olarak ($5,93 \pm 4,47$) belirlendi (Tablo 4.23). Herhangi bir kronik hastalığı olan kadınlar arasında, EAMDS Toplam puanları daha fazladır.

Kadınların herhangi bir ilaç kullanma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması durumları Tablo 4.24’de ele alındı.

Tablo 4-24. Kadınların herhangi bir ilaç kullanma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Herhangi Bir İlaç Kullanma Durumu	n	ort±ss	p değeri
BFLUTS Depolama Semptomları			
Evet	96	5,71±3,08	z: 17434,000 p: ,023
Hayır	426	4,91±3,03	
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları			
Evet	96	2,17±2,23	z: 17595,500 p: ,025
Hayır	426	1,62±2,01	
BFLUTS İnkontinans Semptomları			
Evet	96	4,61±3,95	z: 19280,000 p: ,378
Hayır	426	4,21±3,85	
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar			
Evet	96	0,36±0,97	z: 20293,500 p: ,859
Hayır	426	0,35±0,92	
BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar			

Evet	96	4,94±4,34	z: 20192,500
Hayır	426	4,85±4,27	p: ,847
BFLUTS Toplam			
Evet	96	17,79±11,45	z: 18621,000
Hayır	426	15,95±10,76	p: ,171
SYBD Sağlık Sorumluluğu			
Evet	96	21,51±5,17	z: 18899,000
Hayır	426	22,12±5,32	p: ,245
SYBD Fiziksel Aktivite			
Evet	96	11,58±4,06	z: 17327,000
Hayır	426	12,57±4,41	p: ,019
SYBD Beslenme			
Evet	96	21,95±3,88	z: 19767,500
Hayır	426	22,16±4,44	p: ,609
SYBD Manevi Gelişim			
Evet	96	23,88±5,25	z: 18818,500
Hayır	426	24,53±5,51	p: ,222
SYBD Kişilerarası İlişkiler			
Evet	96	25,40±4,87	z: 18179,000
Hayır	426	26,26±5,26	p: ,089
SYBD Stres Yönetimi			
Evet	96	17,79±4,57	z: 18259,000
Hayır	426	18,66±4,51	p: ,100
SYBD Toplam			
Evet	96	122,10±22,47	z: 17795,500
Hayır	426	126,29±22,86	p: ,047
EAMDS Depresif Duygulanım			
Evet	96	6,03±4,41	z: 19025,500
Hayır	426	5,54±4,47	p: ,285
EADMDS Olumlu Duygulanım			
Evet	96	5,96±2,81	z: 18077,500
Hayır	426	6,62±3,31	p: ,075
EADMDS Bedensel Şikâyetler			
Evet	96	7,01±3,79	z: 19087,000
Hayır	426	6,59±3,87	p: ,306
EADMDS Kişilerarası İlişkiler			
Evet	96	1,34±1,42	z: 19256,500
Hayır	426	1,22±1,37	p: ,348
EAMDS Toplam			
Evet	96	20,34±8,18	z: 19872,000
Hayır	426	19,98±8,00	p: ,666

z= Mann-Whitney U testi

Çalışmada kadınların herhangi bir kronik hastalığı olma durumları ile BFLUTS ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldı. Depolama Semptomları (**p: ,023**) ve İdrar Yapma Semptomları (**p: ,025**) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulundu (Tablo 4.24).

Kadınların herhangi bir ilaç kullanma durumları ile Depolama Semptom puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, herhangi bir ilaç kullanan kadınlar arasında semptom puan ortalamaları daha yüksek olarak ($5,71 \pm 3,08$) belirlendi (Tablo 4.24). Herhangi bir ilaç kullanan kadınlar arasında, Depolama Semptomları daha fazladır.

Çalışmada kadınların herhangi bir ilaç kullanma durumları ile İdrar Yapma Semptom puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, herhangi bir ilaç kullanan kadınlar arasında semptom puan ortalamaları daha yüksek olarak (Tablo 4.23) belirlendi ($2,17 \pm 2,24$). Herhangi bir ilaç kullanan kadınlar arasında, İdrar Yapma Semptomları daha fazladır.

Çalışmada kadınların herhangi bir ilaç kullanma durumları ile SYBD ölçek puanları ortalamaları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; Sağlık Sorumluluğu (p: ,245), Beslenme (p: ,609), Manevi Gelişim (p: ,222), Kişilerarası İlişkiler (p: ,089), Stres Yönetimi (p: ,100) alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmadı. Fiziksel Aktivite (**p: ,019**) ve Toplam SYBD ölçek puanları (**p: ,047**) arasında anlamlı farklar bulundu (Tablo 4.24).

Kadınların herhangi bir ilaç kullanma durumları ile Fiziksel Aktivite puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, herhangi bir ilaç kullanmayan kadınlar arasında puan ortalaması daha yüksek ($12,57 \pm 4,41$) olarak saptandı (Tablo 4.24). Herhangi bir ilaç kullanmayan kadınlar arasında, Fiziksel Aktivite durumu daha yüksektir.

Katılımcıların herhangi bir ilaç kullanma durumları ile SYBD Toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, herhangi bir ilaç kullanmayan kadınlar arasında SYBD Toplam puan ortalaması daha yüksek ($126,29 \pm 22,86$) bulundu (Tablo 4.24). Herhangi bir ilaç kullanmayan kadınlar arasında, SYBD Toplam puanları daha yüksektir.

Kadınların herhangi bir ilaç kullanma durumları ile EAMDS ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda; Depresif Duygulanım (p: ,285), Olumlu Duygulanım (p:

,075), Bedensel Şikâyetler (p: ,306), Kişilerarası İlişkiler (p: ,348) alt boyutları ve EAMDS Toplam puanları arasında (p: ,666) anlamlı farklar saptanmadı (Tablo 4.24).

Kadınların düzenli egzersiz yapma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılma durumları Tablo 4.25’de verildi.

Tablo 4-25. Kadınların düzenli egzersiz yapma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması (N: 543)

Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	n	ort±ss	p değeri
BFLUTS Depolama Semptomları			
Evet	115	4,48±3,02	z: 20872,000 p: ,012
Hayır	428	5,25±3,05	
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları			
Evet	115	1,68±2,40	z: 23014,000 p: ,261
Hayır	428	1,72±1,98	
BFLUTS İnkontinans Semptomları			
Evet	115	3,88±3,61	z: 22766,000 p: ,214
Hayır	428	4,45±4,01	
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar			
Evet	115	0,30±0,85	z: 23730,500 p: ,365
Hayır	428	0,37±0,94	
BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar			
Evet	115	4,90±4,26	z: 24503,500 p: ,943
Hayır	428	4,96±4,33	
BFLUTS Toplam			
Evet	115	15,23±10,65	z: 22704,500 p: ,202
Hayır	428	16,75±11,08	
SYBD Sağlık Sorumluluğu			
Evet	115	22,65±5,55	z: 22556,500 p: ,169
Hayır	428	21,91±5,26	
SYBD Fiziksel Aktivite			
Evet	115	15,89±5,12	z: 11935,500 p: ,000
Hayır	428	11,47±3,63	
SYBD Beslenme			
Evet	115	22,77±4,33	z: 21380,500 p: ,030
Hayır	428	21,97±4,30	
SYBD Manevi Gelişim			
Evet	115	25,39±5,56	z: 21586,000 p: ,043
Hayır	428	24,19±5,54	
SYBD Kişilerarası İlişkiler			
Evet	115	26,91±5,10	z: 21410,000

Hayır	428	25,92±5,20	p: ,032
SYBD Stres Yönetimi			
Evet	115	20,02±4,98	z: 19263,000
Hayır	428	18,18±4,29	p: ,000
SYBD Toplam			
Evet	115	133,63±24,49	z: 18352,500
Hayır	428	123,64±21,79	p: ,000
EAMDS Depresif Duygulanım			
Evet	115	5,48±4,86	z: 23138,000
Hayır	428	5,71±4,40	p: ,323
EADMDS Olumlu Duygulanım			
Evet	115	6,70±3,34	z: 23412,000
Hayır	428	6,49±3,19	p: ,421
EADMDS Bedensel Şikâyetler			
Evet	115	6,44±4,57	z: 22526,000
Hayır	428	6,79±3,70	p: ,162
EADMDS Kişilerarası İlişkiler			
Evet	115	1,11±1,45	z: 22498,000
Hayır	428	1,26±1,36	p: ,137
EADMDS Toplam			
Evet	115	19,73±8,79	z: 23873,500
Hayır	428	20,24±7,87	p: ,622
z= Mann-Whitney U testi			

Çalışmada kadınların düzenli egzersiz yapma durumları ile BFLUTS ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldı. Sadece Depolama Semptomları alt boyut puanları (**p: ,012**) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulundu. İdrar Yapma Semptomları (p: ,261), İnkontinans Semptomları (p: ,214), Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar (p: ,365), Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar (p: ,943) alt boyutları ve BFLUTS Toplam puanları (p: ,202) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmadı (Tablo 4.25).

Kadınların düzenli egzersiz yapma durumları ile Depolama Semptom puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, düzenli egzersiz yapan kadınlar arasında semptom puan ortalamaları daha yüksek olarak (5,25±3,05) belirlendi (Tablo 4.25).

Çalışmada kadınların düzenli egzersiz yapma durumları ile SYBD ölçek puanları ortalamaları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; Fiziksel Aktivite (**p: ,000**), Beslenme (**p: ,030**), Manevi Gelişim (**p: ,043**), Kişilerarası İlişkiler (**p: ,032**), Stres

Yönetimi (**p: ,000**) alt boyut puanları ve Toplam SYBD ölçek puanları (**p: ,000**) arasında anlamlı farklar bulundu (Tablo 4.25).

Kadınların düzenli egzersiz yapma durumları ile Fiziksel Aktivite puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, düzenli egzersiz yapan kadınların puan ortalamaları daha yüksek olarak ($15,89 \pm 5,12$) saptandı (Tablo 4.25). Düzenli egzersiz yapan kadınlar arasında, Fiziksel Aktivite puanı daha yüksektir.

Kadınların düzenli egzersiz yapma durumları ile Beslenme puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, düzenli egzersiz yapan kadınların puan ortalamaları daha yüksek olarak ($22,77 \pm 4,33$) bulundu (Tablo 4.25). Düzenli egzersiz yapan kadınlar arasında, Beslenme puanı daha iyi düzeydedir.

Katılımcıların düzenli egzersiz yapma durumları ile Manevi Gelişim puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, düzenli egzersiz yapan kadınların puan ortalamaları daha yüksek olarak ($25,39 \pm 5,56$) belirlendi (Tablo 4.25). Düzenli egzersiz yapan kadınlar arasında, Manevi Gelişim alt boyut puanı daha yüksektir.

Katılımcıların düzenli egzersiz yapma durumları ile Kişilerarası İlişkiler puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, düzenli egzersiz yapan kadınların puan ortalamaları daha yüksek olarak ($26,91 \pm 5,10$) saptandı (Tablo 4.25). Düzenli egzersiz yapan kadınların, Kişilerarası İlişkiler alt boyut puanı daha yüksektir.

Kadınların düzenli egzersiz yapma durumları ile Stres Yönetimi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, düzenli egzersiz yapan kadınların puan ortalamaları daha yüksek olarak ($20,02 \pm 4,98$) bulundu (Tablo 4.25). Düzenli egzersiz yapan kadınlar arasında Stres Yönetimi puanı daha yüksektir.

Kadınların düzenli egzersiz yapma durumları ile SYBD Toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, düzenli egzersiz yapan kadınların puan ortalamaları daha yüksek olarak ($133,63 \pm 24,49$) belirlendi (Tablo 4.25). Düzenli egzersiz yapan kadınlar arasında, SYBD Toplam puanları daha iyi düzeydedir.

Kadınların düzenli egzersiz yapma durumları ile EAMDS ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda; Depresif Duygulanım (p: ,323), Olumlu Duygulanım (p: ,421), Bedensel Şikâyetler (p: ,162), Kişilerarası İlişkiler (p: ,137) alt boyutları ve Toplam puanları arasında (p: ,622) anlamlı farklar bulunmadı (Tablo 4.25).

Kadınların egzersiz yapma sıklığı durumu ile ölçek puanlarının karşılaştırılma durumları Tablo 4.26'da ele alındı.

Tablo 4-26. Kadınların egzersiz yapma sıklığı durumu ile ölçek puanlarının karşılaştırılması (N: 115)

Egzersiz Yapma Sıklığı	n	ort±ss	p değeri
BFLUTS Depolama Semptomları			
Haftada 3'ten fazla	59	4,68±3,04	z: 1522,000
Haftada 3 ve daha az	56	4,27±3,01	p: ,464
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları			
Haftada 3'ten fazla	59	1,66±2,46	z: 1624,000
Haftada 3 ve daha az	56	1,70±2,36	p: ,866
BFLUTS İnkontinans Semptomları			
Haftada 3'ten fazla	59	4,07±3,73	z: 1568,000
Haftada 3 ve daha az	56	3,68±3,49	p: 0,635
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar			
Haftada 3'ten fazla	59	0,15±0,51	z: 1510,000
Haftada 3 ve daha az	56	0,45±1,09	p: ,187
BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar			
Haftada 3'ten fazla	59	5,49±4,42	z: 1396,000
Haftada 3 ve daha az	56	4,29±4,03	p: ,149
BFLUTS Toplam			
Haftada 3'ten fazla	59	16,05±10,38	z: 1476,500
Haftada 3 ve daha az	56	14,38±10,96	p: ,326
SYBD Sağlık Sorumluluğu			
Haftada 3'ten fazla	59	23,68±5,18	z: 1321,000
Haftada 3 ve daha az	56	21,57±5,77	p: ,063
SYBD Fiziksel Aktivite			
Haftada 3'ten fazla	59	17,19±4,80	z: 1123,000
Haftada 3 ve daha az	56	14,52±5,14	p: ,003
SYBD Beslenme			
Haftada 3'ten fazla	59	23,19±3,99	z: 1441,500
Haftada 3 ve daha az	56	22,32±4,66	p: ,237
SYBD Manevi Gelişim			
Haftada 3'ten fazla	59	26,37±5,88	z: 1274,500
Haftada 3 ve daha az	56	24,36±5,05	p: ,034
SYBD Kişilerarası İlişkiler			
Haftada 3'ten fazla	59	28,14±4,87	z: 1138,000
Haftada 3 ve daha az	56	25,63±5,06	p: ,004
SYBD Stres Yönetimi			
Haftada 3'ten fazla	59	20,95±4,31	z: 1295,000
Haftada 3 ve daha az	56	19,04±5,47	p: ,045
SYBD Toplam			
Haftada 3'ten fazla	59	139,51±22,77	z: 1130,500
Haftada 3 ve daha az	56	127,43±24,91	p: ,004

EAMDS Depresif Duygulanım			
Haftada 3'ten fazla	59	5,08±4,89	z: 1471,000
Haftada 3 ve daha az	56	5,89±4,84	p: ,001
EADMDS Olumlu Duygulanım			
Haftada 3'ten fazla	59	7,20±3,41	z: 1328,000
Haftada 3 ve daha az	56	6,16±3,20	p: ,000
EADMDS Bedensel Şikâyetler			
Haftada 3'ten fazla	59	6,39±4,43	z: 1641,500
Haftada 3 ve daha az	56	6,50±4,75	p: ,001
EADMDS Kişilerarası İlişkiler			
Haftada 3'ten fazla	59	0,85±1,31	z: 1293,500
Haftada 3 ve daha az	56	1,39±1,54	p: ,000
EADMDS Toplam			
Haftada 3'ten fazla	59	19,53±8,11	z: 1572,000
Haftada 3 ve daha az	56	19,95±9,52	p: ,001
z= Mann-Whitney U testi			

Çalışmada kadınların egzersiz yapma sıklık durumları ile BFLUTS ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldı. Depolama Semptomları (p: ,464), İdrar Yapma Semptomları (p: ,866), İnkontinans Semptomları (p: ,635), Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar (p: ,187), Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar (p: ,149) alt boyutları ve BFLUTS Toplam puanları (p: ,326) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmadı (Tablo 4.26).

Çalışmada kadınların egzersiz yapma sıklık durumları ile SYBD ölçek puanları ortalamaları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; Fiziksel Aktivite (**p: ,003**), Manevi Gelişim (**p: ,034**), Kişilerarası İlişkiler (**p: ,004**), Stres Yönetimi (**p: ,045**) alt boyut puanları ve Toplam SYBD ölçek puanları (**p: ,004**) arasında anlamlı farklar bulundu (Tablo 4.26).

Kadınların egzersiz yapma sıklık durumları ile Fiziksel Aktivite puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, haftada 3'ten fazla egzersiz yapan kadınların puan ortalamaları daha yüksek olarak (17,19±4,80) belirlendi (Tablo 4.26). Haftada 3'ten fazla egzersiz yapan kadınlar arasında, Fiziksel Aktivite puanı daha yüksektir.

Kadınların egzersiz yapma sıklık durumları ile Manevi Gelişim puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, haftada 3'ten fazla egzersiz yapan kadınların puan ortalamaları daha yüksek olarak (26,37±5,88) belirlendi (Tablo 4.26).

Haftada 3'ten fazla egzersiz yapan kadınlar arasında, Manevi Gelişim alt boyut puanı daha yüksektir.

Kadınların egzersiz yapma sıklık durumları ile Kişilerarası İlişkiler puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulundu. Haftada 3'ten fazla egzersiz yapan kadınların puan ortalamaları daha yüksek olarak ($28,14 \pm 4,87$) saptandı (Tablo 4.26). Haftada 3'ten fazla egzersiz yapan kadınlar arasında, Kişilerarası İlişkiler alt boyut puanı daha yüksektir.

Katılımcıların egzersiz yapma sıklık durumları ile Stres Yönetimi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, haftada 3'ten fazla egzersiz yapan kadınların puan ortalamaları daha yüksek olarak ($20,95 \pm 4,31$) saptandı (Tablo 4.26). Haftada 3'ten fazla egzersiz yapan kadınlar arasında, Stres Yönetimi alt boyut puanı daha yüksektir.

Kadınların egzersiz yapma sıklık durumları ile SYBD Toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, haftada 3'ten fazla egzersiz yapan kadınların puan ortalamaları daha yüksek olarak ($139,51 \pm 22,77$) belirlendi (Tablo 4.26).

Kadınların egzersiz yapma sıklık durumları ile EAMDS puanlarının karşılaştırılması sonucunda; Depresif Duygulanım (**p: ,001**), Olumlu Duygulanım (**p: ,000**), Bedensel Şikâyetler (**p: ,001**), Kişilerarası İlişkiler (**p: ,000**) ve Toplam puanları (**p: ,001**) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edildi (Tablo 4.26).

Katılımcıların egzersiz yapma sıklık durumları ile Depresif Duygulanım alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptandı. Haftada 3 ve daha az egzersiz yapan kadınların puan ortalamaları daha yüksek olarak ($5,89 \pm 4,84$) belirlendi (Tablo 4.26). Haftada 3'ten fazla egzersiz yapan kadınlar arasında, Depresif Duygulanım alt boyut puanı daha düşüktür.

Katılımcıların egzersiz yapma sıklık durumları ile Olumlu Duygulanım alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulundu. Haftada 3'ten fazla egzersiz yapan kadınların puan ortalamaları daha yüksek olarak ($7,20 \pm 3,41$) belirlendi (Tablo 4.26). Haftada 3'ten fazla egzersiz yapan kadınlar arasında, Olumlu Duygulanım alt boyut puanı daha yüksektir.

Kadınların egzersiz yapma sıklık durumları ile Bedensel Şikâyetler alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptandı. Haftada 3 ve daha az egzersiz yapan kadınların puan ortalamaları daha yüksek olarak ($6,50 \pm 4,75$) belirlendi (Tablo

4.26). Haftada 3 ve daha az egzersiz yapan kadınlar arasında, Bedensel Şikâyetler alt boyut puanı daha yüksektir.

Kadınların egzersiz yapma sıklık durumları ile Kişilerarası İlişkiler alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulundu. Haftada 3 ve daha az egzersiz yapan kadınların puan ortalamaları daha yüksek olarak ($1,39 \pm 1,54$) belirlendi (Tablo 4.26). Haftada 3 ve daha az egzersiz yapan kadınlar arasında, Kişilerarası İlişki alt boyut puanı daha düşüktür.

Kadınların sigara kullanma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılma durumları Tablo 4.27’de verildi.

Tablo 4-27. Kadınların sigara kullanma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması (N: 543)

Sigara Kullanma Durumu	n	ort $\pm$ ss	p değeri
BFLUTS Depolama Semptomları			
Evet	46	5,24 $\pm$ 3,10	z: 11003,500
Hayır	497	5,08 $\pm$ 3,06	p: ,673
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları			
Evet	46	1,43 $\pm$ 1,96	z: 10557,000
Hayır	497	1,73 $\pm$ 2,08	p: ,367
BFLUTS İnkontinans Semptomları			
Evet	46	4,52 $\pm$ 3,55	z: 10624,000
Hayır	497	4,31 $\pm$ 3,97	p: ,425
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar			
Evet	46	0,85 $\pm$ 1,49	z: 9531,500
Hayır	497	0,31 $\pm$ 0,84	p: ,004
BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar			
Evet	46	5,09 $\pm$ 3,99	z: 10908,000
Hayır	497	4,93 $\pm$ 4,35	p: ,605
BFLUTS Toplam			
Evet	46	17,13 $\pm$ 9,74	z: 10635,500
Hayır	497	16,36 $\pm$ 11,12	p: ,434
SYBD Sağlık Sorumluluğu			
Evet	46	23,20 $\pm$ 5,48	z: 9907,000
Hayır	497	21,96 $\pm$ 5,31	p: ,134
SYBD Fiziksel Aktivite			
Evet	46	13,57 $\pm$ 4,90	z: 9664,500
Hayır	497	12,30 $\pm$ 4,31	p: ,081
SYBD Beslenme			

Evet	46	22,65±4,31	z: 10705,500
Hayır	497	22,09±4,32	p: ,475
SYBD Manevi Gelişim			
Evet	46	25,28±5,69	z: 10459,500
Hayır	497	24,37±5,55	p: ,339
SYBD Kişilerarası İlişkiler			
Evet	46	26,85±5,65	z: 10328,500
Hayır	497	26,06±5,14	p: ,278
SYBD Stres Yönetimi			
Evet	46	19,52±4,58	z: 10050,000
Hayır	497	18,48±4,49	p: ,174
SYBD Toplam			
Evet	46	131,07±21,84	z: 9736,500
Hayır	497	125,27±22,78	p: ,096
EAMDS Depresif Duygulanım			
Evet	46	4,87±4,52	z: 9985,500
Hayır	497	5,73±4,49	p: ,154
EADMDs Olumlu Duygulanım			
Evet	46	6,22±3,19	z: 10482,000
Hayır	497	6,56±3,23	p: ,349
EADMDs Bedensel Şikâyetler			
Evet	46	6,57±3,81	z: 11117,000
Hayır	497	6,73±3,91	p: ,757
EADMDs Kişilerarası İlişkiler			
Evet	46	1,33±1,30	z: 10681,000
Hayır	497	1,22±1,39	p: ,438
EADMDs Toplam			
Evet	46	18,98±7,48	z: 10363,500
Hayır	497	20,24±8,12	p: ,294

z= Mann-Whitney U testi

Çalışmada kadınların sigara kullanma durumları ile BFLUTS ölçek puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Depolama Semptomları (p: ,673), İdrar Yapma Semptomları (p: ,367), İnkontinans Semptomları (p: ,425), Yaşam Kalitesine İlişkin Semptom (p: ,605) alt boyutları ve BFLUTS Toplam puanları (p: ,434) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmadı. Cinsel Yaşama İlişkin Semptom puan ortalamaları ile kadınların sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark (**p: ,004**) bulundu (Tablo 4.27).

Kadınların sigara kullanma durumları ile Cinsel Yaşama İlişkin Semptom puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, sigara kullanan kadınlar arasında

puan ortalamaları daha yüksek olarak ($0,85 \pm 1,49$) belirlendi (Tablo 4.27). Sigara kullanan kadınlar arasında, Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar daha fazla görülmektedir.

Çalışmada kadınların sigara kullanma durumları ile SYBD ölçek puanları ortalamaları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; Sağlık Sorumluluğu (p: ,134), Fiziksel Aktivite (p: ,081), Beslenme (p: ,475), Manevi Gelişim (p: ,339), Kişilerarası İlişkiler (p: ,278) , Stres Yönetimi (p: ,174) alt boyut puanları ve Toplam SYBD ölçek puanları (p: ,096) arasında anlamlı farklar saptanmadı (Tablo 4.27)

Kadınların sigara kullanma durumları ile EAMDS ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda; Depresif Duygulanım (p: ,154), Olumlu Duygulanım (p: ,349), Bedensel Şikâyetler (p: ,757), Kişilerarası İlişkiler (p: ,438) ve Toplam puanları arasında (p: ,294) anlamlı farklar bulunmadı (Tablo 4.27).

Kadınların kabızlık problemi yaşama durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılma durumları Tablo 4.28’de ele alındı.

Tablo 4-28. Kadınların kabızlık problemi yaşama durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması (N: 543)

Kabızlık Problemi Yaşama Durumu	n	ort±ss	p değeri
BFLUTS Depolama Semptomları			
Evet	256	5,57±3,08	z: 30602,500 p: ,001
Hayır	287	4,66±2,97	
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları			
Evet	256	2,06±2,24	z: 30383,000 p: ,000
Hayır	287	1,40±1,86	
BFLUTS İnkontinans Semptomları			
Evet	256	4,72±3,90	z: 31846,500 p: ,007
Hayır	287	3,98±3,93	
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar			
Evet	256	0,45±1,05	z: 33923,000 p: ,018
Hayır	287	0,26±0,78	
BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar			
Evet	256	5,56±4,26	z: 30149,000 p: ,000
Hayır	287	4,39±4,29	
BFLUTS Toplam			
Evet	256	18,37±10,77	z: 29028,000 p: ,000
Hayır	287	14,70±10,94	

SYBD Sağlık Sorumluluğu			
Evet	256	22,08±5,16	z: 36650,000
Hayır	287	22,06±5,48	p: ,962
SYBD Fiziksel Aktivite			
Evet	256	12,20±4,31	z: 34531,000
Hayır	287	12,59±4,43	p: ,224
SYBD Beslenme			
Evet	256	21,90±4,29	z: 34267,000
Hayır	287	22,35±4,34	p: ,175
SYBD Manevi Gelişim			
Evet	256	24,23±5,43	z: 35061,500
Hayır	287	24,64±5,75	p: ,358
SYBD Kişilerarası İlişkiler			
Evet	256	26,10±4,94	z: 36655,500
Hayır	287	26,15±5,40	p: ,965
SYBD Stres Yönetimi			
Evet	256	18,47±4,33	z: 35712,000
Hayır	287	18,66±4,66	p: ,574
SYBD Toplam			
Evet	256	124,98±21,08	z: 35305,000
Hayır	287	126,45±24,14	p: ,433
EAMDS Depresif Duygulanım			
Evet	256	6,23±4,62	z: 31654,000
Hayır	287	5,15±4,33	p: ,005
EADMDS Olumlu Duygulanım			
Evet	256	6,46±3,15	z: 35756,000
Hayır	287	6,60±3,14	p: ,590
EADMDS Bedensel Şikâyetler			
Evet	256	7,20±3,89	z: 31402,000
Hayır	287	6,28±3,68	p: ,003
EADMDS Kişilerarası İlişkiler			
Evet	256	1,34±1,42	z: 33609,000
Hayır	287	1,13±1,34	p: ,071
EADMDS Toplam			
Evet	256	21,22±8,07	z: 31453,500
Hayır	287	19,16±7,96	p: ,004
z= Mann-Whitney U testi			

Çalışmada kadınların kabızlık problemi yaşama durumları ile BFLUTS ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldı. Depolama Semptomları (**p: ,001**), İdrar Yapma Semptomları (**p: ,000**), İnkontinans Semptomları (**p: ,007**), Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar (**p: ,018**), Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar (**p: ,000**) alt boyutları ve

BFLUTS Toplam puanları (**p: ,000**) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulundu (Tablo 4.28).

Kadınların kabızlık problemi yaşama durumları ile Depolama Semptomları alt boyut puanları karşılaştırılmış olup, aralarında anlamlı bir fark bulundu. Kabızlık problemi yaşayan kadınların semptom puan ortalamaları daha yüksektir ($5,57 \pm 3,08$, Tablo 4.28). Depolama Semptomları, kabızlık problemi yaşayan kadınlar arasında daha fazladır.

Kadınların kabızlık problemi yaşama durumları ile İdrar Yapma Semptomları alt boyut puanları karşılaştırılmış olup, aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark saptandı. Kabızlık problemi yaşayan kadınların semptom puan ortalamaları ($2,06 \pm 2,24$) daha yüksektir (Tablo 4.28). İdrar Yapma Semptomları, kabızlık problemi yaşayan kadınlar arasında daha fazladır.

Kadınların kabızlık problemi yaşama durumları ile İnkontinans Semptomları alt boyut puanları karşılaştırılmış olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Kabızlık problemi yaşayan kadınların, semptom puan ortalamaları ($4,72 \pm 3,90$) daha yüksektir (Tablo 4.28). İdrar Yapma Semptomları, kabızlık problemi yaşayan kadınlar arasında daha fazladır.

Katılımcıların kabızlık problemi yaşama durumları ile Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar alt boyut puanları karşılaştırılmış olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görüldü. Kabızlık problemi yaşayan kadınların, semptom puan ortalamaları ($0,45 \pm 1,05$) daha yüksektir (Tablo 4.28). Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar, kabızlık problemi yaşayan kadınlar arasında daha fazladır.

Kadınların kabızlık problemi yaşama durumları ile Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar alt boyut puanları karşılaştırılmış olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Kabızlık problemi yaşayan kadınların, semptom puan ortalamaları ($5,56 \pm 4,26$) daha yüksektir (Tablo 4.28). Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar, kabızlık problemi yaşayan kadınlar arasında daha fazladır.

Katılımcıların kabızlık problemi yaşama durumları ile BFLUTS Toplam puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Kabızlık problemi yaşayan kadınların, BFLUTS Toplam puan ortalamaları ($18,37 \pm 10,77$) daha yüksektir (Tablo 4.28). BFLUTS Toplam puanları, kabızlık problemi yaşayan kadınlar arasında daha fazladır.

Çalışmada kadınların sürekli kabızlık problemi yaşama durumları ile SYBD ölçek puanları ortalamaları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; Sağlık Sorumluluğu (p: ,962), Fiziksel Aktivite (p: ,224), Beslenme (p: ,175), Manevi Gelişim (p: ,358), Kişilerarası İlişkiler (p: ,965), Stres Yönetimi (p: ,574) alt boyut puanları ve Toplam SYBD ölçek puanları (p: ,433) arasında anlamlı farklar saptanmadı (Tablo 4.28).

Çalışmada kadınların sürekli kabızlık problemi yaşama durumları ile EAMDS ölçek puanları karşılaştırıldı. Depresif Duygulanım (**p: ,005**), Bedensel Şikâyetler (**p: ,003**) alt boyutları ve Toplam puanları arasında (**p: ,004**) anlamlı farklar bulundu (Tablo 4.28).

Katılımcıların kabızlık problemi yaşama durumları ile Depresif Duygulanım puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Kabızlık problemi yaşayan kadınların, Depresif Duygulanım puan ortalamaları ($6,23 \pm 4,62$) daha yüksektir (Tablo 4.28). Depresif Duygulanım, kabızlık problemi yaşayan kadınlar arasında daha fazladır.

Kadınların kabızlık problemi yaşama durumları ile Bedensel Şikâyetler puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi. Kabızlık problemi yaşayan kadınların, Bedensel Şikâyetler puan ortalamaları ($7,20 \pm 3,89$) daha yüksektir (Tablo 4.28). Bedensel Şikâyetler, kabızlık problemi yaşayan kadınlar arasında daha fazladır.

Kadınların kabızlık problemi yaşama durumları ile EAMDS Toplam puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Kabızlık problemi yaşayan kadınların, EAMDS Toplam puan ortalamaları ($21,22 \pm 8,07$) daha yüksektir (Tablo 4.28). EAMDS Toplam puanları, kabızlık problemi yaşayan kadınlar arasında daha fazladır.

Kadınların vajinal duş yapma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılma durumları Tablo 4.29'da ele alındı.

Tablo 4-29. Kadınların vajinal duş yapma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması (N: 543)

Vajinal Duş Yapma Durumu	n	ort±ss	p değeri
BFLUTS Depolama Semptomları			
Evet	220	4,78±3,15	z: 31447,000 p: ,022
Hayır	323	5,30±2,98	
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları			
Evet	220	1,70±2,08	z: 35414,500 p: ,946
Hayır	323	1,72±2,07	
BFLUTS İnkontinans Semptomları			
Evet	220	4,13±3,69	z: 34565,500 p: ,588
Hayır	323	4,47±4,09	
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar			
Evet	220	0,32±0,87	z: 34716,000 p: ,485
Hayır	323	0,38±0,96	
BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar			
Evet	220	4,87±4,07	z: 35315,500 p: ,904
Hayır	323	5,00±4,48	
BFLUTS Toplam			
Evet	220	15,79±10,41	z: 34057,000 p: ,412
Hayır	323	16,86±11,38	
SYBD Sağlık Sorumluluğu			
Evet	220	22,22±5,75	z: 34124,000 p: ,433
Hayır	323	21,96±5,03	
SYBD Fiziksel Aktivite			
Evet	220	13,17±4,57	z: 29260,500 p: ,000
Hayır	323	11,89±4,16	
SYBD Beslenme			
Evet	220	22,48±4,31	z: 32270,000 p: ,069
Hayır	323	21,91±4,32	
SYBD Manevi Gelişim			
Evet	220	24,64±5,86	z: 33844,500 p: ,347
Hayır	323	24,32±5,36	
SYBD Kişilerarası İlişkiler			
Evet	220	26,42±5,36	z: 33113,000 p: ,177
Hayır	323	25,93±5,06	
SYBD Stres Yönetimi			
Evet	220	18,51±4,92	z: 35176,500 p: ,844
Hayır	323	18,61±4,21	
SYBD Toplam			
Evet	220	127,44±23,97	z: 31992,000 p: ,049
Hayır	323	124,61±21,82	

EAMDS Depresif Duygulanım			
Evet	220	6,01±5,02	z: 34194,500
Hayır	323	5,42±4,10	p: ,455
EADMDS Olumlu Duygulanım			
Evet	220	6,61±3,30	z: 34039,500
Hayır	323	6,48±3,17	p: ,404
EADMDS Bedensel Şikâyetler			
Evet	220	7,05±4,06	z: 32935,000
Hayır	323	6,48±3,78	p: ,147
EADMDS Kişilerarası İlişkiler			
Evet	220	1,35±1,50	z: 33345,500
Hayır	323	1,15±1,29	p: ,200
EAMDS Toplam			
Evet	220	21,03±8,98	z: 32181,500
Hayır	323	19,53±7,34	p: ,062
z= Mann-Whitney U testi			

Çalışmada kadınların vajinal duş yapma durumları ile BFLUTS ölçek puan ortalamaları değerlendirildi. İdrar Yapma Semptomları (p: ,946), İnkontinans Semptomları (p: ,588), Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar (p: ,485), Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar (p: ,904) alt boyutları ve BFLUTS Toplam puanları (p: ,412) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmadı (Tablo 4.29).

Depolama semptomları ile kadınların vajinal duş yapma durumları karşılaştırılmış olup arada anlamlı bir fark bulundu (**p: ,022**). Vajinal duş yapmayan kadınlarda semptom puan ortalamaları daha yüksek olarak (5,30±2,98) bulundu (Tablo 4.29). Vajinal duş yapan kadınlar arasında, Depolama Semptomları alt boyutları daha düşüktür.

Çalışmada kadınların vajinal duş yapma durumları ile SYBD ölçek puanları ortalamaları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; Sağlık Sorumluluğu (p: ,433), Beslenme (p: ,069), Manevi Gelişim (p: ,347), Kişilerarası İlişkiler (p: ,177) , Stres Yönetimi (p: ,844) alt boyut puanları ve Toplam SYBD ölçek puanları (p: ,263) arasında anlamlı farklar saptanmadı (Tablo 4.29).

Çalışmada kadınların vajinal duş yapma durumları ile Fiziksel Aktivite puan ortalamaları değerlendirilmiş olup, arada istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark bulundu (**p: ,000**). Vajinal duş yapan kadınların Fiziksel Aktivite puan ortalamaları

daha yüksek olarak ($13,17 \pm 4,57$) belirlendi (Tablo 4.29). Vajinal duş yapan kadınlar arasında, Fiziksel Aktivite alt boyut puanı daha fazladır.

Çalışmada kadınların vajinal duş yapma durumları ile SYBD Toplam puan ortalamaları değerlendirilmiş olup, arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi (**p: ,049**). Vajinal duş yapan kadınların SYBD Toplam puan ortalamaları daha yüksek olarak ($127,44 \pm 23,97$) saptandı (Tablo 4.29). SYBD Toplam puanları, vajinal duş yapan kadınlar arasında fazladır.

Çalışmada kadınların vajinal duş yapma durumları ile EAMDS ölçek puanları değerlendirildi. Depresif Duygulanım (p: ,455), Olumlu Duygulanım (p: ,404), Bedensel Şikâyetler (p: ,147), Kişilerarası İlişkiler (p: ,200) alt boyutları ve Toplam puanları arasında (p: ,062) anlamlı farklar bulunmadı (Tablo 4.29).

Kadınların günlük ped kullanma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.30’da verildi.

Tablo 4-30. Kadınların günlük ped kullanma durumları ile ölçek puanlarının karşılaştırılması (N: 543)

Günlük Ped Kullanma Durumu	n	ort $\pm$ ss	p değeri
BFLUTS Depolama Semptomları			
Evet	105	5,49 $\pm$ 3,32	z: 21419,000
Hayır	438	5,00 $\pm$ 2,99	p: ,272
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları			
Evet	105	1,96 $\pm$ 2,34	z: 21415,500
Hayır	438	1,65 $\pm$ 2,00	p: ,250
BFLUTS İnkontinans Semptomları			
Evet	105	5,02 $\pm$ 4,47	z: 20587,000
Hayır	438	4,16 $\pm$ 3,78	p: ,093
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar			
Evet	105	0,55 $\pm$ 1,21	z: 21144,000
Hayır	438	0,31 $\pm$ 0,83	p: ,049
BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar			
Evet	105	6,24 $\pm$ 4,62	z: 18251,500
Hayır	438	4,63 $\pm$ 4,18	p: ,001
BFLUTS Toplam			
Evet	105	19,26 $\pm$ 12,05	z: 19240,000
Hayır	438	15,75 $\pm$ 10,64	p: ,009
SYBD Sağlık Sorumluluğu			
Evet	105	23,30 $\pm$ 5,60	z: 19203,000

Hayır	438	21,77±5,23	p: ,009
SYBD Fiziksel Aktivite			
Evet	105	13,98±4,72	z: 16996,500
Hayır	438	12,03±4,21	p: ,000
SYBD Beslenme			
Evet	105	22,47±4,05	z: 21484,000
Hayır	438	22,06±4,38	p: ,294
SYBD Manevi Gelişim			
Evet	105	25,70±5,51	z: 19256,000
Hayır	438	24,15±5,54	p: ,010
SYBD Kişilerarası İlişkiler			
Evet	105	26,60±5,41	z: 21171,000
Hayır	438	26,02±5,13	p: ,206
SYBD Stres Yönetimi			
Evet	105	19,88±4,85	z: 18545,500
Hayır	438	18,25±4,37	p: ,002
SYBD Toplam			
Evet	105	131,92±23,09	z: 18349,500
Hayır	438	124,28±22,43	p: ,001
EAMDS Depresif Duygulanım			
Evet	105	5,72±4,59	z: 22816,000
Hayır	438	5,64±4,48	p: ,901
EADMDs Olumlu Duygulanım			
Evet	105	6,83±3,49	z: 21246,500
Hayır	438	6,46±3,15	p: ,224
EADMDs Bedensel Şikâyetler			
Evet	105	7,04±4,05	z: 21614,500
Hayır	438	6,63±3,87	p: ,337
EADMDs Kişilerarası İlişkiler			
Evet	105	1,34±1,49	z: 22014,500
Hayır	438	1,20±1,35	p: ,476
EAMDS Toplam			
Evet	105	20,93±7,75	z: 21460,000
Hayır	438	19,94±8,14	p: ,287
z= Mann-Whitney U testi			

Çalışmada kadınların günlük ped kullanma durumları ile BFLUTS ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldı. Depolama Semptomları (p: ,272), İdrar Yapma Semptomları (p: ,250) ve İnkontinans Semptomları (p: ,093) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmadı. Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar (**p: ,049**), Yaşam

Kalitesine İlişkin Semptom (**p: ,001**) alt boyutları ve Toplam puan ortalamaları arasında (**p: ,009**) anlamlı farklar tespit edildi (Tablo 4.30).

Cinsel Yaşama İlişkin Semptom puan ortalamaları; günlük ped kullanan kadınlar arasında yüksek olup ($0,55 \pm 1,21$), Yaşam Kalitesine İlişkin Semptom puanları ($6,24 \pm 4,62$) ve BFLUTS Toplam puanları da ($19,26 \pm 12,05$) günlük ped kullanan kadınlarda yüksektir. Ayrıca İnkontinans Semptom puanlarının değerlendirilmesi sonucunda arada anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen semptom puanları günlük ped kullananlarda daha yüksektir (Tablo 4.30). Günlük ped kullanan kadınlar arasında; Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar, Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar ve BFLUTS Toplam puanları daha yüksektir.

Çalışmada kadınların günlük ped kullanma durumları ile SYBD ölçek puanları ortalamaları karşılaştırıldı. Değerlendirme sonucunda; Sağlık Sorumluluğu (**p: ,009**), Fiziksel Aktivite (**p: ,000**), Manevi Gelişim (**p: ,010**), Stres Yönetimi (**p: ,002**) alt boyut puanları ve Toplam SYBD ölçek puanları (**p: ,001**) arasında anlamlı farklar tespit edildi (Tablo 4.30).

Kadınlar arasında günlük ped kullananlarda; Sağlık Sorumluluğu ($23,30 \pm 5,60$), Fiziksel Aktivite ($13,98 \pm 4,47$), Stres Yönetimi ($19,88 \pm 4,85$) puan ortalamaları ve SYBD Toplam puan ortalaması ($131,92 \pm 23,09$) daha yüksek bulundu (Tablo 4.30). Günlük ped kullanan kadınlar arasında; Sağlık Sorumluluğu, Fiziksel Aktivite, Manevi Gelişim, Stres Yönetimi ve SYBD Toplam puanları daha yüksektir.

Çalışmada kadınların günlük ped kullanma durumları ile EAMDS ölçek puanları karşılaştırıldı. Depresif Duygulanım (p: ,901), Olumlu Duygulanım (p: ,224), Bedensel Şikâyetler (p: ,337), Kişilerarası İlişkiler (p: ,476) alt boyut ve Toplam puanları arasında (p: ,287) anlamlı farklar bulunmadı (Tablo 4.30).

Kadınların ped değişme sıklığına göre (6,8,12,24 saat aralıklarla) yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda, arada anlamlı bir fark bulunmadı.

Kadınların EAMDS puanları ile BFLUTS ve SYBD ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.31’de verildi.

Tablo 4-31. Kadınların EAMDS ölçek puanları ile BFLUTS ve SYBD ölçek puanlarının karşılaştırılması (N: 543)

EAMDS ölçek puanları	n	ort $\pm$ ss	p değeri
----------------------	---	--------------	----------

BFLUTS Depolama Semptomları			
16 puan ve üzeri	324	5,35±3,08	z: 31210,500
0-15 puan	219	4,70±2,99	p: ,017
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları			
16 puan ve üzeri	324	1,79±2,08	z: 33,057,000
0-15 puan	219	1,59±2,06	p: ,156
BFLUTS İnkontinans Semptomları			
16 puan ve üzeri	324	4,73±4,06	z: 30083,500
0-15 puan	219	3,73±3,66	p: ,002
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar			
16 puan ve üzeri	324	0,36±0,97	z: 35148,500
0-15 puan	219	0,35±0,85	p: ,778
BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar			
16 puan ve üzeri	324	5,38±4,39	z: 30223,500
0-15 puan	219	4,30±4,12	p: ,003
BFLUTS Toplam			
16 puan ve üzeri	324	17,62±11,19	z: 29982,000
0-15 puan	219	14,66±10,49	p: ,002
SYBD Sağlık Sorumluluğu			
16 puan ve üzeri	324	21,74±5,29	z: 32244,500
0-15 puan	219	22,54±5,35	p: ,071
SYBD Fiziksel Aktivite			
16 puan ve üzeri	324	12,27±4,29	z: 33920,000
0-15 puan	219	12,61±4,49	p: ,382
SYBD Beslenme			
16 puan ve üzeri	324	22,12±4,36	z: 35346,500
0-15 puan	219	22,16±4,27	p: ,941
SYBD Manevi Gelişim			
16 puan ve üzeri	324	23,79±5,64	z: 29558,000
0-15 puan	219	25,42±5,31	p: ,001
SYBD Kişilerarası İlişkiler			
16 puan ve üzeri	324	25,61±5,41	z: 30649,500
0-15 puan	219	26,89±4,75	p: ,007
SYBD Stres Yönetimi			
16 puan ve üzeri	324	18,11±4,28	z: 31079,000
0-15 puan	219	19,24±4,76	p: ,014
SYBD Toplam			
16 puan ve üzeri	324	123,66±22,73	z: 30813,000
0-15 puan	219	128,86±22,45	p: ,009
z= Mann-Whitney U testi			

Çalışmada kadınların EAMDS ölçek puanları ile BFLUTS ölçek puanları karşılaştırıldı. EAMDS ölçek puanı değerlendirilmesinde, ölçekten 16 puan ve üzerinde puan, kişide depresyon olduğunu göstermektedir. Yapılan karşılaştırma sonucunda; İdrar Yapma Semptomları (p: ,156) ve Cinsel Yaşama İlişkin Semptom (p: ,778) alt

boyutları arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi. Depolama Semptomları (**p: ,017**), İnkontinans Semptomları (**p: ,002**), Yaşam Kalitesine İlişkin Semptom (**p: ,003**) alt boyutları ve Toplam puan ortalamaları arasında (**p: ,002**) anlamlı farklar bulundu (Tablo 4.31).

Depolama Semptomları puan ortalaması, EAMDS 16 puan ve üzeri alan kadınlar arasında daha yüksektir ($5,35 \pm 3,08$). Depresif semptomları olan kadınlar arasında, Depolama Semptomları daha yüksektir.

İnkontinans Semptomları puan ortalaması, EAMDS 16 puan ve üzeri alan kadınlar arasında daha yüksektir ($4,73 \pm 4,06$). İnkontinans Semptomları, depresif semptomları olan kadınlar arasında daha fazla görülmektedir.

Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar puan ortalaması, EAMDS 16 puan ve üzeri alan kadınlar arasında daha yüksektir ($5,38 \pm 4,39$). Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar, depresif semptomları olan kadınlar arasında daha fazla görülmektedir.

BFLUTS Toplam puan ortalaması, EAMDS 16 puan ve üzeri alan kadınlar arasında daha yüksektir ($17,62 \pm 11,19$). Depresif semptomları olan kadınlar arasında, BFLUTS Toplam puan ortalaması daha fazladır.

Çalışmada kadınların EAMDS ölçek puanları ile SYBD ölçek puanları karşılaştırıldı. Manevi Gelişim (**p: ,001**), Kişilerarası İlişkiler (**p: ,007**), Stres Yönetimi (**p: ,014**) alt boyutları ve SYBD Toplam puan ortalamaları arasında (**p: ,009**) anlamlı farklar saptandı (Tablo 4.31).

Manevi Gelişim alt boyut puan ortalaması, 0-15 puan alan kadınlar arasında daha yüksektir ($25,42 \pm 5,31$). Manevi Gelişim puanı, depresif semptomları olan kadınlar arasında daha düşüktür.

Kişilerarası İlişkiler alt boyut puan ortalaması, 0-15 puan alan kadınlar arasında daha yüksektir ($25,42 \pm 5,31$). Kişilerarası İlişkiler puanı, depresif semptomları olan kadınlar arasında daha düşüktür.

Stres Yönetimi alt boyut puan ortalaması, 0-15 puan alan kadınlar arasında daha yüksektir ($19,24 \pm 4,76$). Stres Yönetimi puanı, depresif smptomları olan kadınlar arasında daha düşüktür.

SYBD Toplam puan ortalaması, 0-15 puan alan kadınlar arasında daha yüksektir ($19,24 \pm 4,76$). SYBD Toplam puan ortalaması, depresif semptomları olan kadınlar arasında daha düşüktür.

4.4. Kadınların BFLUTS, EAMDS ve SYBD Ölçeklerinin Toplam Puan Korelasyonlarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Kadınlarda BLUFTS ve EAMDS ile SYBD ölçek puanları ilişkisi Tablo 4.32’de verildi.



Tablo 4-32. Kadınlarda BLUFTS ve EAMD ile SYBD ölçek puanları ilişkisi

		SYBD Sağlık Sorumluluğu	SYBD Fiziksel Aktivite	SYBD Beslenme	SYBD Manevi Gelişim	SYBD Kişilerarası İlişki	SYBD Stres Yönetimi	SYBD Toplam
BFLUTS Depolama Semptomları	r p	,015 ,722	-,056 ,196	,012 ,789	-,080 ,064	-,029 ,496	-,031 ,465	-,036 ,405
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları	r p	-,037 ,387	-,035 ,412	-,007 ,878	-,102 ,018	-,088 ,041	-,067 ,120	-,071 ,096
BFLUTS İnkontinans Semptomları	r p	,000 ,996	-,022 ,609	,001 ,977	-,113 ,008	-,045 ,293	-,069 ,109	-,053 ,216
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar	r p	-,002 ,965	-,025 ,566	-,058 ,177	-,021 ,627	-,031 ,466	-,055 ,201	-,033 ,440
BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar	r p	,034 ,432	,015 ,723	-,015 ,730	-,051 ,233	,011 ,801	-,027 ,529	,000 1,000
BFLUTS Toplam	r p	,020 ,638	-,018 ,677	-,001 ,974	-,092 ,033	-,025 ,555	-,050 ,246	-,031 ,467
EAMDS Depresif Duygulanım	r p	-,070 ,104	-,001 ,984	,000 ,991	-,100 ,020	-,071 ,100	-,057 ,187	-,072 ,092
EADMDS Olumlu Duygulanım	r p	,343 ,000	,192 ,000	,200 ,000	,535 ,000	,445 ,000	,396 ,000	,467 ,000
EADMDS Bedensel Şikâyetler	r p	,043 ,318	,057 ,186	,078 ,070	,026 ,543	,056 ,195	,023 ,589	,055 ,198
EADMDS Kişilerarası İlişkiler	r p	,003 ,942	,014 ,745	,024 ,574	-,032 ,455	-,087 ,042	-,020 ,634	-,024 581
EAMDS Toplam	r p	,105 ,009	,113 ,008	,162 ,000	,148 ,001	,129 ,003	,163 ,000	,829 ,000

r= spearman korelasyon analizi

Tablo 4-32 Devamı. Kadınlarda BLUFTS ve EAMDS S ölçek puanları ilişkisi

		EAMDS Depresif Duygulanım	EADMDs Olumlu Duygulanım	EADMDs Bedensel Şikâyetler	EADMDs Kişilerarası İlişkiler	EAMDS Toplam
BFLUTS Depolama Semptomları	r p	,134 ,002	-,055 ,198	,137 ,001	,069 ,111	,129 ,003
BFLUTS İdrar Yapma Semptomları	r p	,067 ,120	-,063 ,143	,037 ,393	,081 ,059	,046 ,284
BFLUTS İnkontinans Semptomları	r p	,125 ,003	-,125 ,003	,128 ,003	,045 ,297	,087 ,042
BFLUTS Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar	r p	,009 ,843	-,004 ,933	-,012 ,785	,016 ,715	,000 ,998
BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar	r p	,151 ,000	-,069 ,110	,163 ,000	,054 ,211	,134 ,002
BFLUTS Toplam	r p	,162 ,000	-,094 ,029	,154 ,000	,076 ,078	,136 ,002

r= spearman korelasyon analizi

Çalışmada kadınların BFLUTS ve SYBD ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda;

BFLUTS alt boyutlarından; Depolama Semptomları, Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar, Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar ile SYBD alt boyutları arasında anlamlı farklar tespit edilmedi. SYBD Manevi Gelişim ile İdrar Yapma Semptomları (**r: -,102, p: ,018**), İnkontinans Semptomları (**r: -,113, p: ,008**) ve BFLUTS Toplam puanları (**r: -,092, p: ,033**) arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu. Kadınlarda BFLUTS semptomları artınca, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından Manevi Gelişim durumunda azalma görülmektedir (Tablo 4.32).

Çalışmada kadınlarda EAMDS ve SYBD ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda; EAMDS Depresif Duygulanım ile SYBD Manevi Gelişim arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu (**r: -,100, p: ,020**). Kadınlarda Depresif Duygulanım durumu artınca, Manevi Gelişim davranışı da azalmaktadır. Araştırmada EAMDS Olumlu Duygulanım ile SYBD bütün alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler bulundu. EAMDS alt boyutu Olumlu Duygulanım ile Fiziksel Aktivite (**r: ,192, p: ,000**) ve Beslenme (**r: 200, p: ,000**) arasında pozitif yönde düşük düzeyde; Sağlık Sorumluluğu (**r: ,343, p: ,000**), Stres Yönetimi (**r: ,396, p: ,000**), Kişilerarası İlişki (**r: ,445, p: ,000**) ve SYBD Toplam puanları (**r: ,467, p: ,000**) arasında ise pozitif yönde, düşük düzeyde; Manevi Gelişim (**r: ,535, p: ,000**) ile arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki mevcuttur. Çalışmada EAMDS Bedensel Şikâyetler ve Kişilerarası İlişkiler ile SYBD tüm alt boyutları değerlendirilmiş olup, arada anlamlı farklar tespit edilmedi. EAMDS Toplam puanları ile SYBD ölçeği değerlendirilmesi sonucunda; Sağlık Sorumluluğu (**r: ,105, p: ,009**), Fiziksel Aktivite (**r: 113, p: ,008**), Beslenme (**r: 162, p: ,000**), Manevi Gelişim (**r: ,148, p: ,001**), Kişilerarası İlişkiler (**r: ,129, p: ,003**) ve Stres Yönetimi (**r: ,163, p: ,000**) arasında pozitif yönde, düşük düzeyde, SYBD Toplam puanları arasında ise (**r: ,829, p: ,000**) pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişkiler belirlendi (Tablo 4.32).

Çalışmada kadınlarda BFLUTS ölçek puanı ile EAMDS puanlarının karşılaştırılması sonucunda;

BFLUTS Depolama Semptomları ile EAMDS Depresif Duygulanım (**r: ,134, p: ,002**), Bedensel Şikâyetler (**r: ,137, p: ,001**) ve Toplam puanları (**r: ,129, p: ,003**) arasında pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı farklar saptandı. BFLUTS İdrar Yapma Semptomları ve Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar ile EAMDS tüm alt boyutları

arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi. BFLUTS İnkontinans Semptomları ile EAMDS Depresif Duygulanım (**r: ,125, p: ,003**), Bedensel Şikâyetler (**r: ,128, p: ,003**) ve Toplam puanları (**r: ,087, p: ,042**) arasında pozitif yönde düşük düzeyde; Olumlu Duygulanım (**r: -,125, p: ,003**) ile de arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişkiler saptandı. BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar ile EAMDS Depresif Duygulanım (**r: ,151, p: ,000**), Bedensel Şikâyetler (**r: ,163, p: ,000**) ve Toplam puanları (**r: ,134, p: ,002**) arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişki belirlendi. BFLUTS Toplam puanları ile EAMDS Depresif Duygulanım (**r: ,162, p: ,000**), Bedensel Şikâyetler (**r: ,154, p: ,000**) ve Toplam puanları (**r: ,136, p: ,002**) arasında pozitif yönde düşük düzeyde; Olumlu Duygulanım (**r: -,094, p: ,029**) ile de arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişkiler saptandı (Tablo 4.32).

Kadınların obstetrik öyküsü, BKİ, menopoz yaşı, aylık gelir ile BFLUTS, EAMDS ve SYBD ölçeklerinin toplam puan korelasyonlarının karşılaştırmasına ilişkin bulgular Tablo 4.33'de verildi.

Tablo 4-33. Kadınların obstetrik öyküsü, BKİ, menopoz yaşı, aylık geliri, kahve ve çay tüketimi ile BFLUTS, EAMDS ve SYBD ölçeklerinin toplam puan korelasyonlarının karşılaştırmasına ilişkin bulgular

		Gebelik Sayısı	Doğum Sayısı	Düşük Sayısı	Kürtaj Sayısı	Aylık Geliri	Menopoz Yaşı	BKİ	Kahve Tüketimi	Çay Tüketimi
BFLUTS										
Depolama Semptomları	r p	,128 ,003	,103 ,020	,149 ,017	-,147 ,134	-,140 ,004	-,028 ,551	,009 ,835	-,064 ,421	,039 ,378
İdrar Yapma Semptomları	r p	,052 ,240	,067 ,128	,071 ,258	-,069 ,483	-,056 ,249	,057 ,219	-,055 ,213	,045 ,569	,066 ,130
İnkontinans Semptomları	r p	,167 ,000	,141 ,001	,132 ,035	-,140 ,154	-,076 ,119	,000 ,995	,045 ,308	-,056 ,479	,020 ,655
Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar	r p	-,052 ,235	-,051 ,250	-,074 ,238	-,082 ,405	,136 ,005	,050 ,284	-,062 ,159	,152 ,054	,108 ,013
Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar	r p	,143 ,001	,119 ,009	,117 ,063	-,150 ,126	-,144 ,003	,043 ,354	,016 ,721	-,104 ,191	,088 ,045
Toplam	r p	,152 ,001	,132 ,003	,140 ,026	-,176 ,073	-,131 ,007	,021 ,649	,020 ,657	-,053 ,504	,074 ,091
SYBD										
Sağlık Sorumluluğu	r p	-,147 ,001	-,145 ,001	-,181 ,004	,131 ,183	,002 ,961	-,055 ,230	,058 ,190	-,090 ,257	-,033 ,458
Fiziksel Aktivite	r p	-,110 ,012	-,129 ,003	-,134 ,032	,187 ,056	,115 ,018	-,118 ,010	,025 ,576	-,033 ,680	-,019 ,666
Beslenme	r p	-,042 ,338	-,064 ,147	-,093 ,139	,213 ,030	,004 ,928	-,096 ,037	,010 ,822	-,032 ,691	-,076 ,085
Manevi Gelişim	r p	-,102 ,020	-,113 ,011	-,153 ,015	,215 ,028	,085 ,079	-,064 ,166	,024 ,589	,019 ,810	,026 ,552
Kişilerarası İlişkiler	r p	-,049 ,261	-,067 ,132	-,158 ,012	,172 ,079	,033 ,499	,010 ,836	,027 ,540	-,055 ,491	,030 ,489
Stres Yönetimi	r p	,001 ,986	-,033 ,458	-,076 ,225	,223 ,022	,027 ,579	-,027 ,558	,002 ,966	,030 ,701	-,070 ,111
Toplam	r p	-,105 ,017	-,124 ,005	-,180 ,004	,247 ,011	,060 ,219	-,065 ,162	,035 ,425	-,036 ,653	-,026 ,550

Tablo 4-33 Devamı.

		Gebelik Sayısı	Doğum Sayısı	Düşük Sayısı	Kürtaj Sayısı	Aylık Geliri	Menopoz Yaşı	BKİ	Kahve Tüketimi	Çay Tüketimi
EAMDS										
Depresif Duygulanım	r p	,098 ,025	,068 ,127	,035 ,582	,174 ,077	-,101 ,039	-,016 ,737	-,081 ,065	-,033 ,674	-,037 ,401
Olumlu Duygulanım	r p	-,086 ,050	-,044 ,316	-,109 ,083	,031 ,755	,089 ,066	,017 ,718	,005 ,904	,096 ,227	-,053 ,230
Bedensel Şikâyetler	r p	,051 ,247	,011 ,803	,122 ,052	,200 ,041	-,096 ,050	-,048 ,302	-,074 ,093	-,066 ,405	-,017 ,701
Kişilerarası İlişkiler	r p	-,041 ,349	-,072 ,107	-,041 ,515	,050 ,615	-,039 ,422	-,005 ,911	,021 ,635	,045 ,569	,029 ,504
Toplam	r p	,051 ,243	,013 ,767	,033 ,604	,233 ,017	-,063 ,199	-,027 ,560	-,060 ,171	-,009 ,912	-,044 ,312

r= spearman korelasyon analizi

BFLUTS puanları ile kadınların gebelik, doğum, düşük, kürtaj sayısı ile aylık gelir, menopoz yaşı ve BKİ durumlarının değerlendirilmesine bakacak olursak;

Depolama Semptomları ile kadınların gebelik sayısı (**r: ,128, p: ,003**), doğum sayısı (**r: ,103, p: ,020**) ve düşük sayısı (**r: ,149, p: ,017**) arasında pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı farklar bulundu. Kadınların gebelik, doğum ve düşük sayısının artması sonucunda Depolama Semptomlarında da paralel şekilde artış görülmektedir. Depolama semptomları ile aylık gelir durumu arasında (**r: -,140, p: ,004**) negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir fark görüldü. Kadınların gelir durumunun artması ile semptomların azalması söz konusudur. İdrar Yapma Semptomları ile arada anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4.33).

İnkontinans Semptomları ile kadınların gebelik sayısı (**r: ,167, p: ,000**), doğum sayısı (**r: ,141, p: ,001**) ve düşük sayısı (**r: ,132, p: ,035**) arasında pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı farklar bulundu. Kadınların gebelik, doğum ve düşük sayısının artması sonucunda Depolama Semptomları da artmaktadır (Tablo 4.33).

Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar ile kadınların aylık gelirleri arasında (**r: ,136, p: ,005**) negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir fark bulundu. Gelir durumunun artması ile semptomlar azalmaktadır. çay tüketiminin artmasıyla da semptomlar artmaktadır (Tablo 4.33). Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar ile kadınların çay tüketimi arasında (**r: ,108, p: ,013**) pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir fark bulundu. Kadınlarda çay tüketiminin artması ile semptomlarda artmaktadır.

Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar ile kadınların gebelik sayısı (**r: ,143, p: ,001**), doğum sayısı (**r: ,119, p: ,009**) arasında pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı farklar bulundu. Kadınların gebelik ve doğum sayısının artması sonucunda Depolama Semptomlarında da paralel şekilde artış görülmektedir. Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar ile kadınların aylık gelirleri arasında (**r: ,144, p: ,003**) negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir fark bulundu. Gelir durumunun azalması ile semptomlar artmaktadır. Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar ile kadınların çay tüketimi arasında (**r: ,088, p: ,045**) pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir fark bulundu. Kadınlarda çay tüketiminin artması ile semptomlarda artmaktadır (Tablo 4.33).

BFLUTS Toplam puanları ile kadınların gebelik sayısı (**r: ,152, p: ,001**), doğum sayısı (**r: ,132, p: ,003**) ve düşük sayısı (**r: ,140, p: ,026**) arasında pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı farklar bulundu. Kadınların gebelik, doğum ve düşük sayısının artması sonucunda BFLUTS Toplam puanlarında da paralel şekilde artış görülmektedir.

BFLUTS Toplam puanları ile aylık gelir durumu arasında (**r: -,131, p: ,007**) negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir fark görüldü (Tablo 4.33).

SYBD puanları ile kadınların gebelik, doğum, düşük, kürtaj sayısı ile aylık gelir, menopoz yaşı ve BKİ durumlarının değerlendirilmesine bakacak olursak;

Değerlendirme sonucunda; Sağlık Sorumluluğu alt boyutu ile kadınların gebelik sayısı (**r: -,147, p: ,001**), doğum sayısı (**r: -,145, p: ,001**) ve düşük sayısı (**r: -,181, p: ,004**) arasında negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı farklar bulundu. Kadınların gebelik, doğum ve düşük sayısının artması sonucunda Sağlık Sorumluluğu davranışlarının azaldığı belirlendi (Tablo 4.33).

Fiziksel Aktivite alt boyutu ile kadınların gebelik sayısı (**r: -,110, p: ,012**), doğum sayısı (**r: -,129, p: ,003**) ve düşük sayısı (**r: -,134, p: ,032**) arasında negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı farklar bulundu. Kadınların gebelik, doğum ve düşük sayısının artması sonucunda Fiziksel Aktivite davranışlarının azaldığı belirlendi. Fiziksel Aktivite durumu ile aylık gelirleri değerlendirilen kadınlar arasında (**r: ,115, p: ,018**) pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir fark bulundu. Fiziksel Aktivite durumu ile kadınların menopoz yaşları değerlendirilmiş olup (**r: -,118, p: ,010**) arada negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir fark saptandı. Fiziksel Aktivitenin yüksek olduğu kadınlar arasında kürtaj sayısı daha azdır. Beslenme davranışı ile kadınların kürtaj sayısı (**r: -,110, p: ,012**) değerlendirilmiş olup arada pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir fark bulundu (Tablo 4.33).

Manevi Gelişim alt boyutu ile kadınların gebelik sayısı (**r: -,102, p: ,020**), doğum sayısı (**r: -,113, p: ,011**) ve düşük sayısı (**r: -,153, p: ,015**) arasında negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı farklar bulundu. Kadınların gebelik, doğum ve düşük sayısının artması sonucunda Manevi Gelişim davranışlarının azaldığı belirlendi. Fiziksel Aktivite alt boyutu ile kürtaj sayısı (**r: ,215, p: ,028**) arasında ise pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir fark bulundu (Tablo 4.33).

Kişilerarası İlişkiler davranışı ile kadınların düşük sayısı (**r: -,158, p: ,012**) değerlendirilmiş olup arada negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir fark bulundu. Stres Yönetimi davranışı ile kadınların kürtaj sayısı (**r: ,223, p: ,022**) değerlendirilmiş olup arada pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir fark bulundu. SYBD Toplam puan ortalamaları ile kadınların gebelik sayısı (**r: -,105, p: ,017**), doğum sayısı (**r: -,124, p: ,005**) ve düşük sayısı (**r: -,180, p: ,004**) arasında negatif yönde, düşük düzeyde anlamlı farklar bulundu. Kadınların gebelik, doğum ve düşük sayısının artması sonucunda

SYBD' nın azaldığı belirlendi. SYBD Toplam puan durumu ile kürtaj sayıları değerlendirilen kadınlar arasında (**r: ,247, p: ,011**) pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı bir fark bulundu (Tablo 4.33).

EAMDS puanları ile kadınların gebelik, doğum, düşük, kürtaj sayısı ile aylık gelir, menopoz yaşı ve BKİ durumlarının değerlendirilmesine bakacak olursak;

EAMDS Depresif Duygulanım ile kadınların gebelik sayıları (**r: ,098, p: ,025**) arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuş olup, kadınların aylık gelir durumu ile arada (**r: -,101, p: ,039**) negatif yönde düşük düzeyde bir ilişki belirlendi. EADMDS Olumlu Duygulanım ve Kişilerarası İlişkiler ile kadınların obstetrik öykü, menopoz yaşı, BKİ ve aylık geliri arasında anlamlı farklar tespit edilmedi. EADMDS Bedensel Şikâyetler ile kadınların kürtaj sayıları (**r: ,200, p: ,041**) arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu. EADMDS Toplam puanları ile kadınların kürtaj sayıları (**r: ,233, p: ,017**) arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı (Tablo 4.33).

Çalışmada 50 yaş ve üstü kadınlarda, AÜŞŞ değerlendirilmiş olup, elde edilen bulgular sonucunda belirlenen risk faktörleri, lojistik regresyon analizinde model üzerinde değerlendirildi. AÜŞŞ risk faktörlerinin, lojistik regresyon analizinde değerlendirilmesi, Tablo 4.34'de verildi.

Tablo 4-34. AÜŞŞ risk faktörlerinin, lojistik regresyon analizinde değerlendirilmesi

Risk Faktörleri	B	SE	df	Sig. (p)	Exp (B)
Herhangi bir kronik hastalık varlığı	-,590	,207	1	,004	,555
Kabızlık problemi	-,384	,192	1	,045	,579
Günlük ped kullanımı	-,556	,241	1	,021	,573
Hastanede doğum yapma	,509	,255	1	,045	1,664
Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık geçirme durumu	,628	,255	1	,014	,534

Araştırma kapsamına alınan kadınlarda BFLUTS semptom varlığı; herhangi bir kronik hastalığı olanlarda 0,55 kat, kabızlık problemi olanlarda 0,57 kat, günlük ped kullananlarda 0,57 kat, hastanede doğum yapanlarda 1.66 kat, herhangi bir psikiyatrik hastalığı olanlarda 0,53 kat daha fazla olarak belirlendi.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, Gümüşhane’de yaşayan 50 yaş ve üzeri kadınların, alt üriner sistem şikâyetlerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla planlandı. Çalışmadan elde edilen bulgular literatür bilgisi doğrultusunda 3 başlık altında tartışıldı.

5.1. AÜŞŞ sıklığı ve risk faktörlerinin, BFLUTS ölçeği ve alt boyutları ile tartışılması

5.2. SYBD ölçek bulgularının tartışılması

5.3. EAMDS bulgularının tartışılması

5.1. AÜŞŞ Sıklığı ve Risk Faktörlerinin, BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyutları ile Tartışılması

Alt üriner sistem şikâyetleri; depolama, boşaltım ve idrar yapma sonrası belirtiler olmak üzere üç ana başlık altında ele alınmaktadır. Depolama semptomları; mesanenin dolum ve depolama aşamasında meydana gelen ve günlük yaşamda artan noktüri, urgency (sıkışma), gece uykuda idrar kaçırma, gündüz sık idrar yapma ve idrar kaçırmayı içermektedir. İdrarın boşaltılması ile ilgili belirtiler; zayıf idrar akımı, çatallı/dağınık idrar akımı, idrara geç başlama, zorlanarak idrar yapma ve terminal damlamadır. İşeme sonrası belirtiler ise, idrar boşaltımının tam olmama duyumu, idrar yapma sonrası damlama gibi şikâyetlerdir (Haylen ve ark. 2010, Kontinans Derneği 2010).

Son yıllarda yapılan epidemiyolojik çalışmalar AÜŞŞ’nin özellikle kadınlar arasında yaygın olduğunu göstermektedir. Üİ, AAM ve diğer AÜŞŞ kadınların yaşam kalitesini derinden etkilemektedir. AÜŞŞ sorgulandığı toplum temelli yapılan bir çalışma, beş ülkede (Kanada, Almanya, İsveç ve İngiltere) yetişkinlerle (18 yaş ve üstü) yürütülmüş, AÜŞŞ genel prevalansı %67 olarak bildirilmiştir. Ayrıca AÜŞŞ prevalansı diğer birçok kronik hastalıktan daha yüksek bulunmuştur (Irwin ve ark. 2006). Örneğin tip 2 DM prevalansı %5 olarak belirtilmiş, 65 yaşından büyük olan kişilerde ise AÜŞŞ %15, astım %8, hipertansiyon %29 olarak bildirilmiştir (Beji ve ark. 2010).

Çalışmamızda AÜŞŞ depolama semptomlarından, noktüri için; gece bir kez idrara kalkan kadın oranı %35,4, iki ve daha fazla sayıda idrar için uyanan kadın oranı %50,7 olarak belirlendi. Depolama Semptomlarından; idrar yapmak için tuvalete

yetişmede acele eden kadın oranı %76,6, mesanede ağrı hisseden kadın oranı %55,6, idrar yapma sıklık (4 saatten az) oranı %47,0 olarak bulundu.

İdrar yapma semptomlarından; idrar yapmak için tuvalete oturduğunda, idrarın başlamasını bekleyen kadın oranı %39,4, idrar yapmak için ıkınan kadın oranı %25,6, idrar yaparken bir kereden fazla durup, tekrar idrar yapan kadın oranı %38,9 olarak saptandı.

Çalışmamızda idrar yapma semptomlarının diğer septomlara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Çalışmamızla paralellik gösteren, Irwin ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada; İşeme semptomları, diğer AÜSŞ'ne göre prevalansı daha düşüktür. Büyük bir kesitsel çalışmaya göre, 18 yaş ve üstü idrar yapma semptomları %19,5 iken, 60 yaş ve üzeri kadınlarda bu oran %24,6'dır. Depolama semptomları ise %51,3 ile %73,9 arasında değiştiği belirlenmiştir. Bu farklılığın sebebi; kadınlarda idrar yapma semptomlarının belirlendiği, basınç-akım çalışmaları sırasındaki parametrelerinin farklı kriterlerle ele alınmasından kaynaklanabileceği belirtilmiştir.

Çalışmamızdan daha düşük sıklıkta semptomların varlığını gösteren çalışmalarda mevcuttur. Irwin ve ark. (2008), erkek ve kadında benzer semptomların görüldüğüne dair kanıtlar belirtmiştir. Yaptıkları epidemiyolojik çalışmada, erkeklerin %9'unda, kadınların %8'inde depolama ve idrar yapma semptomlarının olduğu ve buna ek olarak erkeklerin %9'unda ve kadınların %7'sinde depolama, idrar yapma ve idrar yapma sonrası semptomları görülmüştür. Semptom puanlarının bizim çalışmamızda daha yüksek olmasının sebebi, Zumrutbas ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında belirttiği gibi yaşın AÜSŞ için çok önemli bir risk faktörü olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda kadınların yaş aralığı 50 yaş ve üstüdür.

Çalışmamızda, İnkontinans Semptomlarından; tuvalete yetişmeden idrar kaçırdığını belirten kadın oranı %62,6, idrar kaçırdığını söyleyen kadın oranı %64,1, öksürürken hapsirirken, fiziksel olarak hareketli olduğunda, idrar kaçırma şikâyeti olan kadın oranı %62,1, hiçbir neden yokken ve idrar hissi olmadan (tuvalete gitme isteği hissetmeksizin) idrar kaçırma şikâyeti olduğunu belirten kadın oranı %29,1, uykudayken idrar kaçıran kadın oranı da %19,0 olarak belirlendi.

Türkiye'de yapılan bir çalışma, ≥ 18 yaş olan toplam 1571 kadın ve erkekle yürütülmüştür. AÜSŞ prevalansı %71,0 olarak rapor edilmiş, depolama, boşaltım ve idrar yapma sonrası semptom prevalansları sırasıyla %56,1 (%44,2 erkek, %64,1 kadın),

%39,3 (%40,9 erkek, %37,8 kadın), %30,7 (%38,6 erkek, %28,7 kadın)'dir. Çalışmada yaşın AÜŞŞ için çok önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Zumrutbas ve ark. 2014).

Üriner inkontinans oranı, Aydın'da yapılan ve 1.012 kadının (> 18 yaş) incelendiği bir çalışmada %24; Eskişehir'de yapılan ve 625 kadının (≥ 20 yaş) incelendiği bir çalışmada %26; Elazığ'da yapılan ve 2.275 kadının (≥ 17 yaş) incelendiği bir çalışmada ise %46 olarak bulunmuştur (Yaycı 2010).

Espino ve arkadaşlarının (2003), 65 yaş ve üstü (yaş ortalaması 73,3) 1589 Meksika kökenli Amerikalı kadınlar ile yapılan çalışmasında, tipine bakılmaksızın idrar kaçırma prevalansının %15, stres tipi idrar kaçırmanın %10, sıkışma tipi idrar kaçırmanın %33 ve miks tipi idrar kaçırmanın %42 olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlardan; idrar sorunlarının cinsel hayatı etkileme oranı %14,4, cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma oranı %10,3 olarak belirlendi.

Visser ve arkadaşlarının 55 yaş üstü, 350 kadın ile yaptıkları bir çalışmada, kadınların %68'inin cinsel aktif olduğu, %25'inin ise üriner inkontinanstan dolayı cinsel aktiviteyi kısıtladığı, %26'sında cinsel aktivite sırasında idrar kaçağının olduğu belirtilmiştir. Çalışmada, kadınlarda cinsel yaşamın, üriner şikâyetlerden dolayı etkilendiği vurgulanmıştır (Visser ve ark. 2014).

Aşırı aktif mesane, üriner inkontinanslı ve inkontinansız olarak görülen karışık bir semptom olup, genellikle sıklık ve noktüri ile sıkça görülen, metabolik ve patojenik olmayan bir durumdur (Abrams ve ark. 2009). AAM ve diğer AÜŞŞ'den kadınlar çok yaygın şekilde etkilenirken, bu semptomlar kadınların yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. (Wennberg ve ark. 2009a, Zhang ve ark. 2013) Epidemiyolojik çalışmalarda semptomlar farklı oranlarda bildirilmesine rağmen genel yaygınlık oranları %28'den %69'lara kadar değiştiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Moller ve ark. 2000; Irwin ve ark. 2006; Herschorn 2008). Çin'de 18 yaş üstü kadınlarda yapılan çalışmalarda ise AAM prevalansı %6 ve %8 olarak belirtilmiştir (Zhang ve ark. 2006; Wang ve ark. 2011).

Kadınlarda AÜŞŞ prevalansı yüksek olup, yaşlanmanın bir süreci olarak kabul edilmekte ve tedavi aranmamaktadır. Ayrıca yaşla birlikte AÜŞŞ şikâyetleri de artmaktadır. Üroloji kliniğine başvuru yapan kadınlarla yürütülen çalışmada, idrar yapma semptomları, depolama semptomlarından daha yaygın olduğu ve fonksiyonel

mesane çıkım darlığının, detrüör aktivite azalmasında daha yaygın olduğu da belirtilmiştir. Kadın ve erkeklerde AÜŞŞ idrar yapma ve dolum semptom prevalansı benzer şekilde yüksek oranlarda, altta yatan etiyolojinin belli yönlerinin de benzer olduğu bildirilmiştir (Zhang ve ark. 2015b).

Yapılan çalışmalarda çok geniş ve değışen oranlarda AÜŞŞ prevalansı mevcuttur. Epidemiyolojik çalışmalarda bu anlamda çok önemli olup, bu sorunlar beraberinde ciddi sağıık yükü de getirdiğı için toplumun bu konuda farkındalıklarının sağıalanıp, bilinçlenmeleri açısından çok önemlidir. Yapılan çalışmalarda ırk ve etnik kökeninde semptomları etkilediğini belirten çalışmalarda vardır. Fakat Asya ile ABD ve Avrupa'yı karşılaştıran çalışmalarda azdır. Çin'de 3,023 (1,551 kadın, 1,472 kadın) bireyle yapılan çalışmada herhangi bir semptom varlığı prevalansı ara sıra cevabını verenler arasında %61,2 olarak bulunmuş, depolama semptomlarının prevalansı, idrar yapma sonrası semptomlardan daha yüksek belirlenmiştir. Depolama semptomları kadınlarda, idrar yapma ve idrar yapma sonrası semptomlar ise erkeklerde daha fazladır. Noktüri her iki cinstede de fazla bulunmuş olup, terminal damlama ve süzme semptomlarının erkeklerde çok daha yaygın olduğu saptanmıştır. Kadınlar arasında tam boşaltamama daha sıkken, erkekler arasında ise idrar yapma sonrası damlama, idrar yapma sonrası semptomlardan en fazla görülenidir. Gece 2 veya daha fazla uyanma olarak tanımlanan noktüri %24,7, depolama semptomları %35,7, AÜŞŞ %39,7 olarak belirlenmiştir. Üç temel AÜŞŞ'nin yaşla birlikte arttığı belirtilmiştir. Depolama semptomlarındaki yükselme kadın ve erkeklerde benzer olup, bu semptomlar 30 yaş altı erkeklere kıyasla kadınlarda daha fazla görülmekte, orta yaştan sonra farklılık göstermemektedir. İşeme semptomları ve idrar yapma sonrası semptomlar, 40-49 yaş arasındaki erkeklerde kadınlara göre daha fazla görülmektedir, bu fark ilerleyen yaşlarda da daha belirginleşmektedir (Wang ve ark. 2015).

Türkiye'de idrar kaçırma sıklığını araştıran çalışmalarda menopozdaki kadınların %40-69'ı, doğurganlık çağındaki kadınların 1/3'inde değışik derecelerde idrar kaçırma şikâyetinin olduğu ve bu kadınların çok az bir kısmının hekime tedavi için başvurduğu ve büyük bir kısmı da %80'i idrar kaçırmayı yaşlanma ve doğumun doğal bir sonucu olarak gördüğü bildirilmektedir (Çetinel ve ark. 2004).

Sunulan araştırmanın sonuçları, literatür taraması sonucunda değeriendirilen çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir fakat AÜŞŞ prevalansları daha yüksektir. Yapılan çalışmalarda yaş gruplarının farklı olması (≥ 19 yaş, ≥ 20 yaş, ≥ 40 yaş gibi

farklılıklar), ırk, etnik köken, obstetrik öykü gibi birçok faktöründe etkileyebileceği düşünülmektedir.

Yapılan bir çalışmada; menopozlu kadınlardaki üriner inkontinans risk faktörleri olarak; ileri yaş, erken menopoz yaşı, obezite, yüksek parite, vajinal doğum, geçirilmiş histerektomi saptanmış ayrıca ileri yaş, yüksek parite ve HRT kullanmamanın da anlamlı risk faktörleri olduğu belirtilmiştir (Şentürk ve Kara 2010).

Yaşla beraber doğum, fekal zorluklar, kronik hastalıklar, obstetrik komplikasyonlar, obezite, pelvik cerrahi, kronik hastalıklar, adet döngüsü, ırk, aile öyküsü gibi birçok faktöründe Üİ ve diğer AÜSS ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Wennberg ve ark. 2009a).

Çalışmamızda 50 yaş ve üstü kadınlar ele alınmış olup, kadınların yaş ortalaması $64,55 \pm 11.19$ 'dur. Yaş gruplandırılması yapılan kadınlar arasında yaşın artmasına paralel olarak kadınlarda BFLUTS toplam puanları ile alt semptomları olan; Depolama Semptomları, İnkontinans Semptomları, Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar arasında ilişki saptanmıştır. Yaşla birlikte semptomlar da artmaktadır. Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar ile kadınların yaşlarının değerlendirilmesi sonucunda arada anlamlı bir fark bulunmuş olup, en düşük semptom puan ortalaması 85 ve üstü yaş grubunda görülürken, en yüksek puan 50-64 ileri yetişkin yaş grubunda görülmektedir (Tablo 4.9). Yaş arttıkça, Cinsel Yaşama İlişkin Semptom puanları azalmaktadır. Bu durumun, 75 yaş ve üstü kadınların genelde cinsel aktif olmadıklarını belirttiklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapılan birçok çalışma sonuçları ile bulgularımız paralellik göstermekte olup, yaşla birlikte semptomların arttığı bildirilmiştir (Chen 2007; Guzzo ve Drach 2011; Weiss ve ark. 2011b; Zhang ve ark. 2015b). Bazı çalışmalarda yaşın artmasıyla semptomlarda %50 oranında artış olduğu da belirtilmiştir (Weiss ve ark. 2011b; Zhang 2015b).

Yapılan bir çalışmada ürogenital semptomların bir diğer etkisinin de cinsel aktivite üzerinde olduğu belirtilmiştir. Kadınların %70'i cinsel olarak aktif olmayıp, yaşın artması ile cinsel aktiviteleri de azalmaktadır (Calleja-Agius ve Brincat 2015). Yapılan çalışma sonuçları bizim bulgular ile benzerlik göstermektedir.

Yaşla AÜSS arasındaki ilişki genellikle artmaktadır. Ancak bazı çalışmalarda böyle bir artış olmadığı da bulgulanmıştır. Yaşlanma ile birlikte, alt üriner sistemde gerçekleşecek birçok yapısal ve fonksiyonel değişiklikler kadınlarda AÜSS sebep

olmaktadır. Schatzl ve ark yaptıkları çalışmada, 20 yaşından büyük kadınlarda on yılda bir, ortalama %3,9 AÜŞŞ'de artış olduğu belirtilmiştir. AÜŞŞ'nin yaşla birlikte arttığı bildirilmesine rağmen yapılan regresyon analizlerinde, AÜŞŞ için bir risk faktörü olarak saptanmadığı araştırma sonuçları da mevcuttur (Schatzl 2001; Zhang ve ark. 2005; Song ve ark. 2006; Coyne ve ark. 2009c; Lee ve ark. 2011).

Araştırmamızda kadınların %63,2'si evli olup, %35,2'si eşinden boşanmış ya da eşi vefat etmiştir. Medeni durum ile AÜŞŞ değerlendirilmesi sonucunda; İnkontinans Semptomları, Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar, Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Cinsel Yaşama ilişkin Semptomlar evli olanlar arasında daha yüksektir. (Tablo 4.11)

Ünsal'ın yaptığı çalışmada 20 yaş ve üzeri kadınların medeni durum ve Üİ varlığı değerlendirilmiş olup arada anlamlı bir fark bulunmamıştır. Üİ olan kadınlar arasında, evli olanlarda %40,9, bekâr-dul olanlarda ise %43,2 olarak bildirilmiştir (Ünsal ve ark. 2013).

Çalışmamızda kadınların %88,8'i ev hanımı, %7,7'si ise emekli ve %3,6'sı ise halen çalışmaktadır. Çalışma durumuna göre semptomların değerlendirilmesi sonucunda Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar ve Toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışan kadınlarda toplam puan semptomları ve alt boyut semptomları daha az görülmektedir. Çalışan kadınların yaşam kalitesi daha yüksektir. (Tablo 4.10). Çalışmayan kadınlarda AÜŞŞ daha fazla görülmektedir. Bu sonuçta, örneklem kapsamında olan, çalışan kadın sayısının az olması etkisinin olabileceği düşünülmektedir.

2008 TNSA verilerine göre 50 yaş ve üstü kadınlardan ilkokulu bitirmemiş ve ilkokul mezunu olan kadınların oranı %87,7 olup, 2013 TNSA verilerine göre ilkokulu bitirmemiş ve ilkokul mezunu olan kadınların oranı ise %84,3 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ise kadınların eğitim durumları değerlendirilmiş olup, okuryazar olmayan, okuryazar ve ilkokul mezunu olan kadınların eğitim durumlarının yüzdesi %88,4 olarak bulunmuştur. Bu durum Doğu Karadeniz Bölgesinin bir ili olan Gümüşhane ilinde kadınların okur-yazar oranlarının Türkiye ortalamasına göre daha düşük olduğunu göstermektedir. 50 yaş ve üstü kadınların eğitim seviyeleri düşük bulunmuştur.

BLUTS semptom puanlarının değerlendirilmesi sonucunda ise; Depolama Semptomları arasında anlamlı bir fark bulunmasına rağmen eğitim durumları arasında değişkenlik göstermektedir. En düşük puan ortalaması üniversite mezunu olan

kadınlarda görülmektedir. İdrar Yapma Semptomları arasında ise yine anlamlı bir fark bulunmuş olup, eğitim durumları arasında farklılıklar görülmektedir. En yüksek puan okuryazar olan kadınlar arasındadır. İnkontinans Semptomları ve Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi. BFLUTS Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar ve Toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup en düşük puan ortalaması lise ve dengi okul mezunu olan kadınlar arasındadır (Tablo 4.12).

Düşük eğitim düzeyi ile yüksek AÜSŞ (özellikle Üİ olmak üzere) varlığını gösteren ve araştırmamızla paralel olan çalışmalar bulunmasına rağmen (Oh ve ark. 2005; Melville ve ark. 2005a; Ünsal ve ark. 2013), kadınların öğrenim düzeyi ile Üİ sıklığı arasında bir ilişki bulunmadığı gösteren çalışma da mevcuttur (Tozun ve ark. 2009).

Yapılan bir çalışmada; düşük eğitim düzeyi, erken yaşta doğurma, kalıcı bir işte çalışmama gibi olumsuz faktörler sonucunda ortaya çıkan yüksek gebelik ve doğurganlık oranları, kadınların yaşam kalitelerini düşürmektedir. Aşırı doğurganlık gibi faktörler sonucunda da Üİ, uterin prolapsusları ve sistosel gibi sağlık problemleri artmaktadır (Hannestad ve ark. 2004). Çalışmamızda da semptomların genelde eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda daha yüksek olduğu belirlendi.

Yapılan bir çalışmada; üniversite mezunu olan kadınların karar alma, bilgi arama ve toplam puanları, eğitim süreleri daha az olan kadınların puanlarından daha az bulunmuştur. Üniversite mezunu kadınların tedavi kararı almada %23 oranı ile en düşük yüzdeye sahip oldukları ve bu sonucun şaşırtıcı olduğu belirtilmiştir. Buna göre eğitim düzeyi yüksek hastaların tedavi boyutuna geçmeden önce daha fazla araştırma yapmak istediği ve sonrasında tedaviye geçmek istedikleri düşünülürken, eğitim düzeyi düşük olanların doktorun belirlediği yöntemle riayet ederek tedavi sürecine daha hızlı geçiş yaptıklarının düşünüldüğü belirtilmiştir (Caymaz 2013).

2008 TNSA verilerine göre 50 yaş ve üstü erkeklerden, ilkokulu bitirmemiş ve ilkokul mezunu olan erkeklerin oranı %71,99 olup, 2013 TNSA verilerine göre ilkokulu bitirmemiş ve ilkokul mezunu olan erkeklerin oranı ise %65,97 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda ise kadınların eşlerinin eğitim durumları değerlendirilmiş olup, okuryazar olmayan, okuryazar ve ilkokul mezunu olan eşlerle evli kadınların oranı %65,2 olarak bulunmuştur. Çalışmadan elde edilen veriler ile TNSA verileri birbirine yakın değerlerde bulunmuş olup, çalışma ile paraleldir. Kadınların eşlerinin eğitim durumları

kendi eğitim durumlarından daha yüksektir. Eşlerin eğitim durumları ile semptom puanlarının değerlendirilmesi sonucunda Depolama Semptomları, İdrar Yapma Semptomları, İnkontinans Semptomları, Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar ve BFLUTS Toplam Puanları arasında anlamlı fark bulundu. Bütün semptomların eğitim seviyesinin artması ile azaldığı belirlendi (Tablo 4.13). Kadınların eşleri ile kendi eğitim durumları paralellik göstermektedir.

Kadınların eşlerinin çalışma durumları ile BFLUTS Toplam puanları, İdrar Yapma Semptomları, Cinsel Yaşama İlişkin Semptomları arasında anlamlı bir fark olup, eşleri çalışmayanlarda İdrar Yapma Semptomları ve BFLUTS Toplam puanları daha yüksektir. Eşleri çalışan kadınlar arasında da Cinsel Yaşama İlişkin Semptomları daha yüksek olarak bulundu (Tablo 4.14). Eşlerin eğitim durumu ile çalışma durumlarını karşılaştırıldığında, eğitim durumu yüksek olan gruplar arasında çalışma oranlarında yüksektir.

Brezilya’da yapılan bir çalışmada, birinci basamak sağlık sisteminde 338 kadın ile görüşülerek anket çalışması yapılmıştır. Katılımcıların demografik özellikleri, sağlık öyküsü ve üriner semptomları değerlendirilmiştir. Düşük gelirli yaşayan kadınlar arasında, İnkontinans Semptomları daha yüksek bulunmuştur (Burti ve ark. 2012). Ünsal ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada ise, 500 kadına ulaşılmış ve gelir durumu ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (χ^2 : 2,579, p: ,275) belirtilmiştir.

Kadınların doğum yapma şekline göre BFLUTS semptomları arasında anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen sadece, Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar arasında, anlamlı bir fark mevcuttur. Sezaryan ile doğum yapanlar arasında semptomlar daha fazla görülmektedir (Tablo 4.16).

SÜİ için en önemli risk faktörü olarak, vajinal doğum yapmış olma belirtilmekte, ilk vajinal doğumdan 5 yıl sonrada genelde kadınlarda SÜİ görüldüğü bildirilmektedir (Riss ve Kargl, 2011).

van Brummen ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; 344 nullipar gebede AÜŞŞ ile BFLUTS değerlendirilmiştir. Vajinal doğumdan sonra önemli derecede SÜİ arttığı bildirilmiştir. Ayrıca vajinal doğum, sezaryan doğum yapan grupla karşılaştırıldığında, doğumdan sonra 1 yıl içerisinde SÜİ için risk faktörü olarak belirlenmiş, sezaryanla doğum yapan kadınlar arasında UÜİ’nin biraz daha fazla görüldüğü ve her iki grupta da yaşam kalitesinin etkilendiği belirtilmiştir (van Brummen ve ark. 2007).

Güngör ve arkadaşlarının. yaptıkları çalışmada kadınlarda BLUFTS inkontinans puanları ile parite, gebelik sayısı, doğum sayısı, ≥ 4 kg fetüslü gebelik, bebek doğurma, ≥ 4 kg vajinal doğum yapma gibi çeşitli obstetrik parametreler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmiştir. İnkontinans şikâyetlerinde en önemli risk faktörlerinin, 4'ten fazla gebelik/doğum, 4 kg üstünde fetüs varlığının olduğu belirtilmiştir (Güngör ve ark. 2012).

Literatürde vajinal doğumun bir risk faktörü olduğunu belirten birçok çalışma olmasına rağmen, sezaryan ile doğumda ortaya çıkabilen komplikasyonlarından dolayı, pelvik tabanın korunması açısından sezaryan ile doğum önerilmemektedir (Citgez ve ark. 2015; Tahtinen ve ark. 2016). Bizim çalışmamızda vajinal doğum, bir risk faktörü olarak belirlenmemiştir.

Kadınların doğumlarını yaptıkları yer ile BFLUTS semptomları karşılaştırıldığında, evde doğum yapanlar arasında; Depolama, İnkontinans, Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar ve Toplam puan ortalamaları daha yüksek olarak belirlendi. Evde doğum yapmış olmanın semptomlar için olumsuz bir faktör olduğu görülmektedir. Sadece Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar, hastanede doğum yapanlar arasında daha yüksek olduğu belirlendi. Araştırmamızda kadınların doğum yapma şekli ve semptomların değerlendirilmesi sonucunda ise; vajinal doğum yapanlarda Cinsel Yaşama İlişkin Semptom puanları arasında anlamlı bir fark saptandı. Vajinal doğumlarda epizyotominin, sık uygulanması neden olarak düşünülmektedir. Doğum esnasında uygulanan epizyotomi, yırtık reperasyonu gibi müdahaleler, kadınların sonraki yaşamlarında cinsel disfonksiyona sebep olduğu belirlendi (Tablo 4.17, Tablo 4.18, Tablo 4.19).

Bilgiç'in yaptığı çalışmada ise kadınların %68,8'i hastanede doğum yapmış ve epizyotomi uygulandığını belirtmiş olup, hastanede doğum yapmanın ve epizyotomi uygulamasının SÜİ için koruyucu olmadığı belirtilmiştir (Bilgiç 2012). Bazı çalışmalarda epizyotomi ile AÜŞŞ arasında ilişki olduğu (Zhang ve ark. 2005), bazı çalışmalarda olmadığı (Alling ve ark. 2000; Timur ve ark. 2012) bildirilmektedir.

Güngör ve ark yaptıkları (2012) çalışmada 4 kg ve üzerinde bebek öyküsünün AÜŞŞ için bir risk faktörü olarak bildirilmiş olmasına rağmen çalışmamızda semptomlar ve yenidoğan ağırlığı arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4.20). Yine yapılan bazı çalışmalarda iri bebek öyküsü olan kadınlarda Üİ için bir risk faktörü

olduğu belirtilmesine rağmen (Oliveira ve ark. 2010), bebek doğum ağırlığı ile Üİ arasında ilişki olmadığını gösteren çalışma da mevcuttur (Connolly ve ark. 2007).

Çalışmamızda histerektomi öyküsü olan kadınlarda; Depolama Semptomları, İnkontinans Semptomları, Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar ve BFLUTS Toplam puanları arasında anlamlı farklar bulundu (Tablo 4.21). Bu konuda yapılan çalışmalarda özellikle histerektomi üzerinde durulmuş olup, AÜŞŞ için bir risk faktörü olduğunu bildiren (Krogh ve ark. 2007; Ünsal ve ark. 2013) araştırmaların yanı sıra, risk faktörü olarak belirlenmeyen (Hsiesh ve ark. 2006; Virtanen ve ark. 1993) çalışmalar da mevcuttur. Hsiterektomi öyküsünün semptomlara neden olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda kadınların herhangi bir psikolojik rahatsızlık geçirme durumları değerlendirildiğinde; şimdi veya geçmişte psikolojik rahatsızlığı olan kadınlarda Depolama Semptomları yüksek bulundu. İnkontinans Semptomları, Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar ve BFLUTS Toplam puanları halen psikolojik rahatsızlığı olan kadınlarda, daha fazla belirlendi (Tablo 4.22). AÜŞŞ için psikolojik rahatsızlık geçirme durumu bir risk faktörü olarak ele alınmalıdır.

Yapılan çalışmalarda ise depresyon ile Üİ, UÜİ, MÜİ gibi semptomlar arasında ilişki bulunduğu belirtilmiştir (Knorst 2011; Ünsal ve ark. 2013). AÜŞŞ olan kadınların sağlık yaşam kaliteleriyle ilgili olarak depresyon ve anksiyete ile arasında ilişki bulunduğu da bildirilmiştir (Sung ve ark. 2009).

Çalışmamızda kadınların herhangi bir kronik hastalığının olması durumu ile BFLUTS puanlarının karşılaştırılması sonucunda; kronik hastalığı olanlarda Depolama Semptomları, İnkontinans Semptomları, Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar ve BFLUTS Toplam puanları daha yüksektir (Tablo 4.23). Kadınların düzenli kullandıkları bir ilaç varlığı ile Depolama ve İdrar Yapma Semptomları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi (Tablo 4.24). Kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanmak, AÜŞŞ için bir risk faktörü olarak değerlendirilmelidir.

Araştırma bulgularımız, literatürde bu konuda var olan çalışmalarla paralellik göstermektedir. Çalışmalarda sistemik ve kronik hastalıkları olan hastaların, Üİ için daha yatkın oldukları vurgulanmıştır. Diyabet mellitus, diyabet insipidus, hiperkalsemi, ödem, konjestif kalp yetmezliği, ödem ve aşırı sıvı alımı renal klirensi artırması sebebiyle aciliyet, sık idrara çıkma, idrar kaçırma semptomlarına sebep olduğu (Dikencik 2002); hipertansiyon, diyabet ve obezite gibi kronik durumlar ile Üİ arasında pozitif ilişki olduğu da belirtilmiştir (Burti ve ark. 2012). Multiple skleroz, Parkinson

hastalığı ve serebrovasküler hastalıklar gibi periferik sinir sisteminin etkilendiği hastalıklar, mesane kontrolünü sağlayan sinirlere zarar vermekte ve üriner sıklık, aciliyet gibi semptomlar görülmektedir. (Haslam ve Laycock 2008). Kronik hastalıklar ile Üİ arasında ilişki bulunmadığını gösteren çalışmada mevcuttur. 15-49 yaş aralığında, 300 kadın ile yapılan bir araştırmada, üriner inkontinans görülme durumunun, kronik hastalıkta 1,80 kat, menopozda 2,7 kat, uterin prolapsusunda 3,4 kat ve sistoselde 9,12 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Gözükara ve ark. 2015).

Araştırmamızda düzenli egzersiz yapma durumu ile Depolama Semptomları arasında anlamlı fark belirlendi. Düzenli egzersiz yapan kadınlar arasında Depolama Semptomları daha azdır. Egzersiz sıklığının karşılaştırılması sonucunda, haftada 3'ten az veya fazla egzersiz yapan kadınlar ile semptom puanları arasında anlamlı farklar tespit edilmedi (Tablo 4.25, Tablo 4.26). Yapılan çalışmalarda egzersizin yoğunluğu ile ilgili farklı sonuçlar bildirilmiş olmasına rağmen, genellikle orta yoğunluktaki egzersizin AÜSŞ azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir.

Orta yaşlı kadınlarda, düzenli ve düşük yoğunluklu egzersiz yapanlar arasında, yeni ve kalıcı SÜİ oranlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir (Devore ve ark. 2013). Haftada hergün önerilen yürümeyide içeren orta derecedeki egzersizin, yaşlı kadınlarda Üİ gelişme riskini %20-25 oranında azalttığı bildirilmiştir. İnkontinans gelişimi özellikle SÜİ'nin, pelvik taban kaslarının fiziksel aktivite ile güçlenmesi sonucunda önlenilebileceği vurgulanmıştır (Danforth ve ark. 2007). Yapılan bir çalışmada da; Fiziksel aktivite ile AÜSŞ azaldığı, kardiyovasküler hastalıklar, idrar yolu enfeksiyonları, depresyon ile AÜSŞ arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve etnik gruplar arasında fark görülmediği bildirilmiştir (Litman ve ark. 2007).

İdrar yolları enfeksiyonları da AÜSŞ için bir risk faktörü olarak bildirilmiştir. Günlük ped kullanımı, vajinal duş gibi tuvalet alışkanlıklarının da enfeksiyonlara yol açtığı bilinmektedir. Çalışmamızda kadınların vajinal duş yapma durumları ile sadece Depolama Semptom puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulundu (Tablo 4.29). Günlük ped kullanma durumu ve semptom puanları arasında ise Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar, Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar ve BFLUTS toplam puanları arasında anlamlı farklar bulundu (Tablo 4.30). Semptom puanları fazla olan kadınlar arasında vajinal duş yapma, günlük ped kullanma gibi uygulamalar daha fazladır.

Yapılan çalışmalarda, bakteriyel vajinozis için en önemli risk faktörünün temizlenme amacı ile yapılan hazne içinin yıkanması (vajinal duş) olarak

belirtilmektedir (25,26). Ülkemizde (Temel 2007; Yağmur 2007) ve yurt dışında (Cottrell ve Close 2008) yapılan çalışmalarda; vajinal duş uygulamasının, kadınlar arasında oldukça yaygın bir davranış olduğu belirtilmektedir. Vajinal duş yapan kadınlarda genital yol enfeksiyonları, yapmayanlara göre daha yüksektir (Hacıoğlu ve ark. 2009). Nansel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da haftada birden fazla vajinal duş yapan kadınlarda bakteriyel vajinozis görülme sıklığının 1.80 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Nansel ve ark. 2006). Günlük ped kullanımının da enfeksiyonlara yol açtığı bildirilmiştir. Yaptıkları çalışmada günlük ped kullanımının enfeksiyonları 1,3 kat artırdığı bildirilmiştir (Dalbudak ve Bilgili 2006).

Çalışmamızda; idrar kaçırma nedeniyle gün içerisinde kıyafetleri değiştiren kadın oranı %59,1, idrar şikâyetlerini azaltmak için günlük alınan sıvı miktarını azaltan kadın oranı %38,1, idrar şikâyetlerin günlük yapılan işleri (temizlik, eşya kaldırma) etkilediğini bildiren %43,8, yakınlarda tuvalet olmadığını bildiği yerlere gitmediğini ifade eden %54,9, idrar şikâyetlerin hayatı etkilediğini bildiren kadın oranı ise %57,8 olarak saptandı (Tablo 4.7).

İstanbul'da yapılan bir araştırmada, menopoza girmiş her 3 kadından 2'sinin üriner inkontinans şikâyetinin olduğu ve bunların büyük bölümünün ped kullanacak ölçüde ciddi boyutta olduğu belirtilmiştir (Yaycı 2010). Yapılan çalışma sonuçları, bizim bulgularımız ile benzerlik göstermektedir. Günlük ped kullanan kadınlarda semptom puanları daha yüksek olup, bu durum kadınların yaşam kalitesini de etkilemektedir.

Çalışmamızda sigara içme durumu ile BFLUTS semptomları değerlendirildiğinde, sadece Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar arasında anlamlı bir fark bulundu. Sigara içen kadınlarda Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar daha yüksektir (Tablo 4.27).

Literatürde, sigaranın bir risk faktörü olarak belirtilmesine rağmen, araştırmamızda bir risk faktörü olarak belirlenmedi. Düzenli sigara içen kadın sayısının az olması, günlük 20'den az sigara içilmesi, bu duruma neden olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda sigaranın AÜŞŞ için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Hannestad ve ark. 2003; Madhu ve ark. 2015; Lucas ve ark. 2015). Sigaraya başlama yaşı, 1 yıldan fazla ve uzun süre kullanımı, halen içiyor olma, içilen miktarın, bir yıldan beri günlük 20 den fazla sigara içilmesi, 50 yıldan fazladır kullanıcı olmak gibi

durumlar sigara ile AÜSŞ ilişkisini etkilemektedir. Ağır sigara içen erkeklerde ise (günlük ≥ 50) depolama ve nöktüri semptomları yüksek bulunmuştur (Choo ve ark 2015).

Araştırmamızda kabızlık problemi yaşama durumu ile BFLUTS semptom puanlarının karşılaştırılması sonucunda; Depolama Semptomları, İdrar Yapma Semptomları, İnkontinans Semptomları, Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar, Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar ve toplam puanlar arasında anlamlı farklar bulundu. Kabızlık problemi yaşayan kadınlarda, alt üriner sistem semptom puanları daha yüksektir (Tablo 4.28).

Kabızlık ile karın içi basınç artmakta ve zorlanma sonucunda pelvik taban kaslarının zayıflaması, bağ dokusunda hasar ile ligamentlerin gevşemesi gibi sıkıntılar yaşanmaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda da kronik kabızlığın Üİ, AAM, UÜİ için risk faktörü olduğu belirtilmiş olup (Zhu ve ark. 2008; Wyman ve ark. 2009; Yu ve ark. 2009; Wu ve ark. 2011; Ünsal ve ark. 2013) bizim çalışmamız ile benzer sonuçlar tespit edilmiştir.

Wang ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; tek değişkenli regresyon analizinde, AÜSŞ'nin tümü ya da bir semptomun ilerleyen yaş, yüksek BKİ, alkol tüketimi, sigara içme, hipertansiyon, kalp hastalıkları ve diyabet mellitus ile pozitif ilişkili olduğu fakat her iki cinsiyet arasındaki eğitim seviyesi ile ters ilişkili olduğu belirtilmiştir. Erkeklerde genişlemiş prostat, kadınlarda ise yüksek paritenin depolama semptomları arasında ilişki olduğu, en az bir kere vajinal doğum yapanlarda ise semptomların daha fazla olduğu bulunmuştur (Wang ve ark. 2015).

Çalışmamızda BKİ ile semptom puanları arasında anlamlı farklar görülmedi (Tablo 4.33). Fakat yapılan birçok çalışmada BKİ'nin bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Thom ve ark. 2010; Yu ve ark. 2009).

Yaşlı kadınlarda obezite ve fazla kilolu olma prevalansı lipolizde azalma ya da karın ve gluteal adipositlerde lipoprotein lipaz aktivitesinin artması, fiziksel aktivitenin azalması sonucunda meydana gelmektedir (Pedrero-Chamizo ve ark. 2012; Gomez-Cabello ve ark. 2011).

Yapılan araştırmada kadınların çay tüketiminin artması ile Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar ve Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlarda artmaktadır (Tablo 4.33). Hannestad ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada çay tüketiminin, Üİ üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu bildirilmiştir.

Çalışmamızda yapılan korelasyon analizlerinde; Depolama Semptomları, İdrar Yapma Semptomları ve BFLUTS Toplam puanları ile gebelik, doğum ve düşük sayıları arasında, pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı ilişkiler bulundu. Kadınların gebelik, doğum ve düşük sayılarının artması ile semptomlar da artmaktadır. Yaşam Kalitesine İlişkin Semptom puanları ile kadınların gebelik ve doğum sayıları arasında pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı ilişkiler belirlendi. Kadınların gebelik ve doğum sayılarının artması ile yaşam kaliteleri düşmektedir (Tablo 4.33).

Yapılan birçok çalışmada bizim çalışmamızla paralellik göstermekte, artan gebelik ve doğum sayısı ile AÜŞŞ arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. Çalışmalarda gebelik ve doğumun özellikle Üİ olmak üzere bütün AÜŞŞ için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Wesnes and Lose 2013; Brown ve ark. 2010). Gebelikte de prevalansı yüksek olmakla beraber tam sebebi bilinmemektedir. Hormonal etkiler, mekanik değişiklikler nedensel faktör olarak gösterilmektedir. Doğum sayısı, doğumun şeklinin de önemli bir belirleyici olduğu ifade edilmiştir. Gebelik yaşının artmasıyla artan şikâyetlerin, BKİ ve sigara içme ile de ilişkili olduğu belirtilmiştir (Liang ve ark. 2012). Yapılan bir çalışmada 1200 kadında, Üİ prevalansı %34,3 olarak saptanmış. Kadınların yaş ve parite sayıları ile arada pozitif yönde önemli bir ilişki olduğu, yaş ve paritenin artması ile yaşam kalitesinin azaldığı ifade edilmiştir (Bakarman ve Al-Ghamdi 2016).

Birçok kadın gebeliği esnasında AÜŞŞ'den depolama ve idrar yapma semptomlarından çok rahatsız oldukları ve doğumdan sonrada devam ettiği belirtilmiştir. Gebelik ve doğum sonrası başlayan Üİ, sonraki yaşam kalitesi içinde önemli bir risk faktörüdür (Wesnes and Lose 2013). Çalışmamızda kadınların Yaşam Kalitesine İlişkin Semptom puanlarının gebelik ve doğum sayısının artması ile paralellik gösterdiği görülmektedir. Gebelik ve doğum sayısının artmasıyla birlikte AÜŞŞ artmakta, buna paralel olarak yaşam kaliteleri de olumsuz yönde etkilenmektedir.

Çalışmamız kadınların gelir durumları ile Depolama Semptomları, Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar ve BFLUTS Toplam puanları arasında negatif yönde, düşük düzeyde; Cinsel Yaşama İlişkin Semptomları ile pozitif yönde, düşük düzeyde, anlamlı farklar görüldü. Kadınların gelir durumu azaldıkça, semptomlar artmaktadır. Gelir durumunun da bir risk faktörü olabileceği belirlenmiştir (Tablo 4.33). Yapılan çalışma; Üİ'nin, hastaların sadece yaşam kalitelerini değil, aynı zamanda duygusal, fiziksel durumlarını etkilediği ve maddi olarak onlara yük getirdiği de belirtilmiştir (Bakarman ve Al-Ghamdi 2016).

Üİ kadınların çoğunda önemli bir faktör olmasına rağmen, kadınlar tedavi aramadıkları için karşımıza sessiz kalan bir problem olarak çıkmaktadır. Üİ mortaliteye sebep olmazken; KOAH, artrit, felç gibi hastalıklara göre daha çok kadının yaşam kalitesini etkilemektedir. ABD’de Üİ yıllık harcamaları 20 milyar dolardan daha fazla olup, rahim kanseri, serviks, yumurtalık, meme muayenesi harcamalarından daha fazladır (Barber ve ark. 2005).

Yapılan çalışmalar AÜŞŞ tedavisinde sağlık harcamalarının fazla olduğunu göstermektedir. Maddi imkânları kısıtlı olan kadınların ise sağlık davranışında bulunmaları azalmakta ve bu yüzden semptomların da fazla görüldüğü düşünülmektedir.

5.2. SYBD Ölçek Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızda 50 yaş ve üstü kadınlarda SYBD’nin değerlendirilmesine bakacak olursak;

Literatürde yaşam tarzı değişikliği, AÜŞŞ’nde konservatif tedavi bileşeni olarak davranışsal tedavi içerisinde yer almaktadır. Yaşam tarzı ve davranış önlemleri; üriner inkontinans, aşırı aktif mesane, idrar yolu enfeksiyonları gibi üriner sistem semptomlarını azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir (Christofi ve Hextall 2007). Ayrıca konservatif tedavinin bileşeni olarak ele alınan yaşam tarzı değişiklikleri, yayınlanan uluslararası kanıt temelli rehberlerde (Avrupa Üroloji Birliği (European Association of Urology-EAU-2014)) ve randomize kontrollü çalışmalarda, tedavide ilk seçenek olarak bildirilmektedir (Lucas ve ark. 2015).

Yaşam tarzı değişikliklerinin amacı; bireyin alışkanlıklarının (sigara, egzersiz, beslenme vb.) tanımlanarak, pelvik taban disfonksiyonunu tetikleyen ya da semptomları artıran alışkanlıkların/risk faktörlerinin ve çevrenin değiştirilmesi; pelvik taban kontrolünün geri kazanılmasıdır (Karan 2016). Kilo kaybı, sigarayı bırakma, diyet, mesane iritanlarını azaltma, sıvı alımının yönetimi, fiziksel egzersiz, mesane eğitimi, kabızlığı önlemek gibi dolaylı ya da doğrudan etkili olan yaşam tarzı değişiklikleri, AÜŞŞ yönetiminde önemlidir (Milne 2008; Wyman ve ark. 2009; Gungor ve Beji 2011).

Semptomlar üzerinde sağlık davranışları ile ilgili olarak yapılan çalışmalar yetersizdir. Hasta popülasyonundan ziyade genel popülasyon üzerinde yapılan çalışma sayısı ise azdır (Sexton ve ark. 2009).

Çalışmamızda SYBD ölçeği toplam puan ortalaması $125,76 \pm 22,74$, alt boyutlar arasında en düşük puan Fiziksel Aktivite, en yüksek puan ise Kişilerarası İlişkiler alt boyutunda saptandı (Tablo 4.8). Güler ve ark. (2008) bir üniversitede çalışan 300 öğretim elemanları üzerinde yaptıkları çalışmada, SYBD ve bazı ilişkili faktörleri belirlemişlerdir. SYBD ölçek puan ortalaması $128,74 \pm 18,24$ olarak belirlenmiştir. Lee ve arkadaşları, SYBD belirlemek için Tayvan'da 105 kadınla yaptıkları çalışmada, SYBD ölçek toplam puan ortalaması 119,78 olarak belirtilmiş, en yüksek puan kendini gerçekleştirme, en düşük puan sağlık sorumluluğundan alınmıştır (Lee ve ark. 2005). Hemşirelerin katıldığı bir çalışmada SYBD II ölçeğinden, en düşük puan egzersiz alt boyutundan alınırken, en yüksek puan kişilerarası destek alt boyutundan alınmıştır (Choi 2002). Çalışma bulguları çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların yaş durumu ile SYBD ölçeğinden; Sağlık Sorumluluğu, Fiziksel Aktivite, Manevi Gelişim ve Toplam puanları arasında anlamlı farklar bulundu. Kadınlarda yaş artınca sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının azaldığı belirlendi (Tablo 4.9). Yaşın ilerlemesi ile kadınlarda kronik hastalıkların artması, kas gücünün azalması gibi sebeplerin bu duruma yol açtığı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda yaşın artması ile SYBD arasında pozitif bir ilişki bildirilmiştir. 50 yaş ve üzerindeki kişilerin SYBDÖ II puan ortalamasının en yüksek olduğu belirtilirken, puan ortalamasının diğer yaş gruplarında aldıkları puan ortalamaları ile arasında anlamlı bir fark olmadığı da saptanmıştır (Alemdar 2016). Başka bir çalışmada, katılımcıların yaşları arttıkça sağlık davranışlarına uyumlarının da arttığı belirtilmiş olup, bu bilgi ile ilişkili olarak yaş ile beslenme alt ölçeğinden alınan puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmuştur. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda da beslenme ve stres yönetimi alt ölçeklerinin yaş ile birlikte arttığı belirlenmiştir (Güler ve ark. 2008).

Yapılan bir çalışmada bizim çalışma ile paralellik göstermektedir. Yaşlanma sürecinde artan kronik hastalıklar ile birçok faktör, kadınların fiziksel aktivitelerinin azalmasına sebep olduğu belirtilmiştir. Kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar, frontal kan akımını azaltır, yürüme, motor fonksiyonlarını etkileyerek fiziksel aktivitenin azalmasına ve kronik ağrı sonucunda da yaşlı bireylerde egzersiz kısıtlamasına sebep olduğu bildirilmiştir (Eggermont ve ark. 2009).

Çalışmamızda kadınların çalışma durumları ile SYBD ölçek puanlarının değerlendirilmesi sonucunda; Fiziksel Aktivite puan ortalamaları arasında anlamlı fark

olduğu, çalışan kadınlar arasında daha yüksek olduğu bulundu. Emekli olanların ev hanımlarına göre yine puan ortalamaları yüksektir. Kadınların çalışma durumlarına göre Sağlık Sorumluluğu, Beslenme, Manevi Gelişim, Kişilerarası İlişkiler, Stres Yönetimi ve SYBD Toplam puanı arasında bir ilişki bulunmadı (Tablo 4.10).

Yapılan bir çalışmada, emekli kadınların tüm SYBDÖ II alt boyutlarından en yüksek puan ortalamalarını aldığı, çalışanlarının ise egzersiz alt ölçeği hariç diğer alt ölçeklerden en düşük puan ortalamalarını aldıkları saptanmıştır (Alemdar 2016). Çalışmamızla benzerlik gösteren çalışma sonuçlarına göre çalışan kadınlar arasında en yüksek SYBD puanı alt boyutu, Fiziksel Aktivitedir.

Araştırmamızda kadınların medeni durumları ile SYBD'nin karşılaştırılması sonucunda Fiziksel Aktivite arasında anlamlı fark bulundu. Evli ve bekâr olan kadınlar arasında Fiziksel Aktivite puan ortalamaları yüksek olup, boşanmış ya da eşi vefat etmiş olan kadınlar arasında ise Fiziksel Aktivite puanları düşüktür. Yine aynı şekilde evli ve bekâr ya da ayrı yaşayan kadınlarda Manevi Gelişim Puanları yüksek iken boşanmış ya da eşi vefat etmiş olan kadınlarda ise puan ortalamaları daha düşüktür. Çalışmamızda SYBD Toplam puanı bekâr ya da ayrı yaşayan kadınlar arasında en yüksek olup, en düşük puan ise boşanmış ya da eşi vefat etmiş kadınlar arasındadır (Tablo 4.11).

Gümüşhane ilinin geleneksel bir aile yapısına sahip olması, boşanmış ya da eşi vefat etmiş kadınların daha sınırlı bir yaşamları olmasından dolayı, puan ortalamalarının daha düşük olduğu düşünülmektedir.

Kadınların eğitim durumları ile SYBD puanlarının karşılaştırılması sonucunda Sağlık Sorumluluğu, Fiziksel Aktivite, Manevi Gelişim ve Toplam SYBD puanları arasında anlamlı farklar olduğu görülmektedir (Tablo 4.12). Kadınlarda eğitim seviyesinin artması ile SYBD arttığı gözlenmektedir. 50 yaş ve üstü kadınlarda eğitim seviyesinin düşük olması ve yeni kuşakların eğitim seviyesinin daha fazla olması düşünüldüğünde daha sağlıklı yaşam davranışları ile bilinçli bir toplum gelişeceği düşünülmektedir. Yine Beslenme, Kişilerarası İlişkiler ve Stres Yönetimi durumlarında da eğitim seviyesi yüksek olan kadınlarda daha yüksek olduğu belirlendi.

Yapılan çalışmalarda araştırmamız ile benzer sonuçlar göstermektedir. Eğitim durumunun artması ile SYBDÖ II puan ortalamalarının da arttığı fakat aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir (Alemdar 2016). Küçükberber ve ark. (2011) çalışmasında, Sağlık ocağına başvuran kadınlardan eğitim durumu yüksek olanların, SYBDÖ II puanları daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmamızda kadınların eşlerinin eğitim durumları ile SYBD ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda; Sağlık Sorumluluğu, Fiziksel Aktivite, Manevi Gelişim, Kişiler Arası İlişkiler ve SYBD Toplam puanları arasında anlamlı farklar bulundu (Tablo 4.13). Eşlerin eğitim seviyelerinin yükselmesi ile kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı belirlendi. Kadınların eğitimleri ve SYBD arasındaki ilişkiyle paralel olarak kadınların eşlerinin eğitimleri ile de görülmektedir. Bu veriler doğrultusunda, eğitim seviyesinin yüksek olması ile SYBD daha yüksek olduğu belirlendi. Eğitim, bireylere olaylara daha farklı açıdan bakmayı, sorunların çözümünde başka yolların da olabileceğini öğretir, kişi hem kendisi hem de başkaları hakkında iyi düşüncelere sahip olur, saygı duymayı öğrenir ve kendini olduğu gibi kabul eder (Çırak 2006). Pender'in sağlığı geliştirme modelinde, 'bireye ait demografik özelliklerin, bilişsel-algisal faktörler aracılığı ile sağlığı geliştirici davranışlar üzerine etkili olduğu' belirtilmiştir. Özellikle yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum ve gelir düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Çalışmamızda da eğitim ile ilgili olarak paralel sonuçlar görülmektedir.

Kadınların eşlerinin çalışma durumları ile SYBD ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda arada anlamlı farklar tespit edilmedi (Tablo 4.14). Eşlerin çalışma durumlarının kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde etkisi olmadığı belirlendi.

Kadınların gelir durumları ile SYBD puanlarının karşılaştırılması sonucunda; Beslenme alt boyutu ile arasında anlamlı bir fark görüldü. Gelir durumunu az olarak ifade eden kadınlar arasında Beslenme puanı en düşüktür (Tablo 4.15). Gelir durumu ile beslenme davranışlarının paralellik göstermesi şaşırtıcı değildir. Yapılan bir çalışmada algılanan ekonomik durumun, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde belirleyici olduğu saptanmıştır ($p < ,05$). Ekonomik durumu kötü olanların SYBD puanının da düşük olduğu belirtilmiştir (Koçoğlu ve Akın 2009).

Kadınların doğum yapma şekli ile SYBD puanlarının değerlendirilmesi sonucunda, Fiziksel Aktivite alt boyut puanları ile arasında anlamlı bir fark tespit edildi. En yüksek puan her iki yolla doğum yapan kadınlar arasında bulunmaktadır (Tablo 4.16). Diğer SYBD alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Kadınların doğumlarını yaptıkları yer ile SYBD'dan Sağlık Sorumluluğu, Fiziksel Aktivite, Manevi Gelişim, Kişiler Arası İlişkiler ve Toplam puanları arasında anlamlı bir fark görüldü (Tablo 4.17). En yüksek puanlar hastanede doğum yapan

kadınlar arasındadır. Sağlık arama davranışı gösteren kadınların hastanede doğum yapmaları beklenen bir durumdur. Yine aynı şekilde ölçek alt boyutları da evde doğum yapan kadınlardan ziyade, hastanede doğum yapan kadınlar arasında daha yüksektir.

Çalışmamızda kadınların epizyotomi uygulanma durumu ile SYBD puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde, Sağlık Sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları en fazla epizyotomi uygulanan kadınlar arasında belirlendi (Tablo 4.18). Diğer alt boyutlarda anlamlı farklar tespit edilmedi. Sağlık Sorumluluğunun hastanede doğum yapan kadınlar arasında daha yüksek olması, epizyotomi uygulamasının da hastanede doğum yapanlarda uygulanması açısından, beklenen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kadınların SYBD ile doğumlarında yırtık oluşup, sütür atılma ve ≥ 4 kg ya da iri bebek doğurma durumlarının değerlendirilmesi sonucunda arada anlamlı bir fark tespit edilmedi (Tablo 4.19, Tablo 4.20). Kadınların histerektomi öyküsü, psikolojik rahatsızlık varlığı ve kronik bir hastalık olma durumları ile SYBD değerlendirildi ve arada anlamlı farklar tespit edilmedi (Tablo 4.21, Tablo 4.22, Tablo 4.23).

Kişilerin düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklığına ve düzenine özen göstermesi, kişinin kendisi için yapabileceği sağlık sorumlulukları arasında sayılmaktadır (Bozhüyük 2010). Çalışmamızda kronik hastalığı olan ilaç kullanan kadınlar arasında Sağlık Sorumluluğu gibi SYBD daha yüksek olması beklenen bir sonuç olmasına rağmen, çalışmamızda bu konuda benzer sonuç bulunmadı. Yapılan bir çalışmada da kronik hastalık varlığı ile puanların düştüğü belirtilmiştir (Pirinççi ve ark. 2008). Çalışmamızda herhangi bir ilaç kullanma durumu ile kadınların SYBD değerlendirilmiş olup; SYBD Toplam puanı arasında anlamlı bir fark bulundu. SYBD Toplam puanı herhangi bir ilaç kullanmayan kadınlarda daha yüksektir.

Çalışmamızda SYBD ölçeği; Fiziksel Aktivite, Beslenme, Kişilerarası İlişkiler, Manevi Gelişim, Stres Yönetimi alt boyut ve SYBD Toplam puanları, düzenli egzersiz yapan kadınlar arasında daha yüksek olarak bulundu (Tablo 4.25). Benzer şekilde, Fiziksel Aktivite, Manevi Gelişim, Kişilerarası İlişkiler, Stres Yönetimi alt boyut ve Toplam puanları ile egzersiz yapma sıklığı arasında anlamlı farklar tespit edildi. Haftada 3'ten fazla egzersiz yapanlar arasındaki puan ortalamaları, haftada 3 ve daha az egzersiz yapan kadınların puan ortalamalarından daha yüksek bulundu (Tablo 4.26).

Fiziksel aktivite yaşlı bireylerde sağlığı yükseltmek için önemli davranışlardan biridir. Postmenopozal kadınlarda egzersiz programları obeziteye karşı etkili olup, vücut

ağırlığını ve lipit profilini korur, aerobik güç ve kasları güçlendirir, merkezi yağ oranını azaltır ve hipertansiyonun düşmesine sebep olur. Ayrıca fiziksel fitness, fiziksel aktivite sonucunda güçlülük, dayanıklılık, esneklik ve çeviklik kazanılır (Moreno-Vecinoa ve ark. 2015).

39-65 yaş arası toplam 1538 kadınla yapılan çalışma sonucunda, yaşam boyu yapılan fiziksel aktivite ile SÜİ oranlarının hafif yüksek olduğu bildirilmiştir. Eğlence aktivitesi ve zorlu aktivite yapan kişiler arasında anlamlı bir fark görülmemiş olup, özellikle ergenlikte yorucu egzersiz yapma ile SÜİ arasında ılımlı bir artışın mevcut olduğu saptanmıştır (Nygaard ve ark. 2015)

Sık sık yürüyüş yapılması Üİ üzerine olumsuz etkileri olmadan kilo yönetimi için kullanışlı ve erişilebilir bir yöntem olarak belirtilmiştir. Üİ'li kadınların düzenli yürüyüş yapması ile düzgün mesane fonksiyonu ve mesane kontrolü sağlanmaktadır (Booth ve ark. 2013).

Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 sonuçlarına göre, 12 yaş üzeri bireylerin %71,9'u hareketsiz yaşamakta, %9,1'i ise yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yapmaktadır. Türkiye genelinde son 7 günde, 30 dakika veya daha fazla süre ile kadınların %76,5'inin egzersiz yapmadığı saptanmıştır. 19-30 yaş grubunda kadınların %76,6, 75 ve üzeri yaş grubunda ise kadınların %88'inin egzersiz yapmadığı gözlenmiştir. Araştırma sonuçları, ülkemizde fiziksel egzersizin yetersiz olduğunu göstermektedir.

Kadınların sigara kullanma durumları ile SYBD puanları arasında anlamlı farklar tespit edilmedi (Tablo 4.27). Çalışmamızda sigara kullanım sayısı ve miktarı az olmakla beraber, Tiryaki ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, sigara kullanma ile SYBD arasında negatif bir ilişki belirlenmiştir (Tiryaki 2013).

Yapılan çalışmalarda sigarayı bırakmanın ve düzenli egzersiz yapmanın AÜSS'ni azalttığı bildirilmiştir. Yaşam tarzı davranışları, AÜSS etiyojisinde önemli yer almaktadır. 30-79 yaş aralığında olan 5,502 katılımcı (2,301 erkek, 3,201 kadın) ile yürütülen çalışmada, düşük ya da yüksek düzeyde egzersiz yapmanın kadınlarda görülen AÜSS'ni %68 oranında azalttığı bildirilmiştir. Sigara içen kadınlar, hiç sigara içmeyenlere göre depolama semptomları iki kat fazla görülmüştür. Erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Maserejian ve ark. 2012).

Çalışmamızda kadınların kabız olma durumları ile SYBD arasında anlamlı farklar tespit edilmedi (Tablo 4.28). Fakat kabızlık probleminin, sağlıklı yaşamı

olumsuz etkilediği ve ekonomik yüke sebep olduğu belirtilmiştir (Talley 2004). Ayrıca kabızlığın pelvik taban sinirlerinde gerilmeye, pelvik tabanın nörolojik fonksiyonlarında değişmelere ve pelvik taban kaslarında fonksiyon bozukluğuna yol açtığı da belirtilmektedir (Siddighi and Hardestry 2007). Vajinal duş yapma durumları ile SYBD değerlendirilmesi sonucunda; Fiziksel Aktivite ve Toplam puan, vajinal duş yapan kadınlar arasında daha yüksektir (Tablo 4.29). Toplam puan Günlük ped kullanan kadınlarda Sağlık Sorumluluğu, Fiziksel Aktivite, Manevi Gelişim, Stres Yönetimi ve SYBD Toplam puanları daha yüksektir (Tablo 4.30). Çalışmamızda menopoza döneminde olup, günlük ped kullanan kadın sayısı fazladır. Bu dönemde kadınların ped kullanması AÜŞŞ sebebiyle olduğu düşünülmekte ve bu durum kadının yaşam kalitesini de etkilemektedir.

Yaycı tarafından yapılan çalışmada, idrar kaçırma nedeniyle gün içerisinde kıyafetleri değiştirme oranı %59,1 olarak bildirilmiştir. İstanbul'da menopoza girmiş her 3 kadından 2'sinin üriner inkontinansı olması ve bunların büyük bölümünün ped kullanacak ölçüde ciddi şikâyetlerin olması, durumun önemini göstermektedir (Yaycı 2010).

Tıbbi tedaviden önce, alt üriner sistem semptomları olan kadınlarda şikâyetleri azaltmak için yaşam tarzı değerlendirilerek gözden geçirilmelidir (Corcos ve ark. 2006). Kadının yaşam tarzı değerlendirilmeli, çalışma ve beslenme alışkanlıkları, pelvik taban üzerine olumsuz etkisi olan faktörler belirlenmelidir. Yapılan literatür taramasında, ülkemizde kadınlarda görülen alt üriner sistem şikâyetleri ve risk faktörlerini belirlemeye yönelik toplum temelli araştırmalar bulunmasına rağmen, şikâyetleri olan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını irdeleyen araştırmalara rastlanılmamıştır. AÜŞŞ olan kadınların SYBD bakacak olursak;

SYBD alt boyutlarından Manevi Gelişim ile İdrar Yapma Semptomları, İnkontinans Semptomları ve BFLUTS Toplam puanları arasında negatif yönde, düşük düzeyde ilişki bulundu. Semptomlar artınca kadınlarda Manevi Gelişim davranışı azalmaktadır. Özellikle İdrar Kaçırma ve İdrar Yapma Şikâyeti olan kadınların ibadet görevlerini yerine getirmede sıkıntı yaşadıklarını dile getirmiş olmaları, bize Manevi Gelişim davranışının azaldığını göstermektedir (Tablo 4.32).

Kadınlarda hem alt üriner hem de genital yol anatomik olarak yakındır. Menopoza döneminde kadınlarda seks hormonlarının azalması, alt üriner sistemde fonksiyonel, histolojik ve mikroskobik değişikliklere yol açmaktadır. Menopozal

kadınlardaki ürogenital atrofinin ana nedeni östrojen kaybıdır. Semptomlar menopoz dönemine geçişle artmaktadır. Pelvik taban kasların bütünlüğünü korumak amacıyla fiziksel egzersiz özellikle pelvik taban kegel egzersizleri önerilmektedir. Pelvik tabanı korumak için yaşam tarzı değişiklikleri (kronik öksürük ve kabızlığı önlenmesi, ağır kaldırmama gibi) önemli önlemler arasındadır (Calleja-Agius ve Brincat 2015).

AÜŞŞ yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olmasına rağmen şikâyeti olan kadınlar genelde tedavi aramamaktadırlar. Prevelansı yaş cinsiyet gibi birçok faktöre göre değişmektedir. Terapötik çalışmalar için önemli bir özellik olup, genelde gizli tutulan bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (van Breda ve ark. 2015).

Çalışmamız sonucunda BFLUTS ve SYBD arasında sadece Manevi Gelişim arasında anlam olmasına rağmen yapılan çalışmalar SYBD'nin AÜŞŞ'ni azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.

Literatürde, AÜŞŞ hastaların yaşamını birçok yönden etkilediği, bazı kadınların yaptığı ve sevdiği spor gibi hobilerini yaparken zorlandığı, bazılarının temiz giyinme ve giysilerin temizliğini sağlamada sıkıntı yaşadıkları, bazılarının cinsel yaşamının etkilendiğini belirterek olumsuz yönde etkilerinden bahsedilmiştir (Senra ve Pereira 2015; Babic ve ark. 2015).

Çalışmamızda, kadınların gebelik, doğum ve düşük sayılarının artması ile Sağlık Sorumluluğu, Manevi Gelişim, Fiziksel Aktivite davranışları ile SYBD Toplam puanlarında azaldığı belirlendi. Kürtaj sayısının artmasıyla Beslenme, Manevi Gelişim, Stres Yönetimi ve SYBD Toplam puanlarının da arttığı saptandı (Tablo 4.33). Araştırmamızda, kadınların gebelik, doğum, düşük ve kürtaj sayıları ile SYBD puanları arasında düşük düzeyde ilişki belirlendi. Walters'ın yaptığı çalışmada, bir ya da daha fazla çocuğun olması, kilo alma, menopoza girme kadınlarda yaşam kalitesini düşürdüğü ve sosyal izolasyona sebep olduğu bildirilmiştir (Walters 2015). Yaşam kalitesinin azalması ve sosyal izolasyon bireylerde sağlıklı yaşam tarzını da etkilemektedir. Çalışmamızda kadınların gebelik, doğum ve düşük sayılarının artması ile genelde SYBD düştüğü görülmektedir.

5.3. EAMDS bulgularının tartışılması

AÜŞŞ olan kadınların, sağlıklı yaşam kaliteleri ile depresyon ve anksiyete durumları arasında ilişki bulunmaktadır (Sung ve ark. 2009). AÜŞŞ kadınların günlük yaşamını ve benlik kavramını etkilemekle beraber, psikolojik olarak, iyilik halini olumsuz yönde etkilemektedir (Coyne ve ark. 2009b; Coyne ve ark. 2013). Yapılan bir

çalışmada semptomların artması ile depresyon arasında ilişki olduğu, iki veya daha fazla semptomu olanlarda ise ruh sağlığının olumsuz şekilde etkilendiği bildirilmiştir. AÜSŞ sonucu yaşanan depresyon ve klinik anksiyete ile sadece kadının yaşam kalitesi etkilenmemiş olup, bunun yanında artan komplikasyonlar ve sağlık bakım maliyeti ile sağlık bakım ekonomisi de ciddi şekilde etkilenmektedir. Erken tanı ve tedavi için toplum farkındalıklarının artırılmasının önemli olduğu belirtilmiştir (Coyne ve ark. 2009b; Akgün ve ark. 2010).

Yapılan bazı çalışmalar da ise depresyon sonucunda da şikâyetlerin yaşandığı belirtilmiştir. Yazıcı ve Kurt (2015) yaptıkları çalışmalarında psikosomatik belirtilerin (anksiyete bozuklukları, depresyon) gibi durumların noktüriye sebep olduğunu bildirmişlerdir. Depresyon ve noktüri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Depresyon sonucunda noktürinin arttığı, noktürinin sonucunda da depresyonun arttığı belirtilmiştir (Breyer ve ark. 2013). Üİ ile anksiyete ve depresyon arasında özellikle SÜİ ve MÜİ semptomlarında varsa, arada güçlü bir ilişki varlığından söz edilmiştir (Felde ve ark. 2012).

Çalışmada kullanılan EAMDS ölçeğinin 4 alt boyutu bulunmakta ve bireylerin son bir hafta içinde yaşamış oldukları depresyon sonuçlarını bize göstermektedir. EAMDS ölçek genel değerlendirilmesinde; ölçekten 16 puan ve üzeri alan kadın sayısı **324 (%59,7)** olup depresyon semptom varlığını göstermektedir.

EAMDS Depresif Duygulanım ile kadınların yaşları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olup, kadınların yaşları arasında depresyon durumu farklılık göstermekte olup, 85 yaş ve üstü kadınlarda en yüksek orandadır (Tablo 4.9).

Eşleri çalışmayan kadınlar arasında da Depresif Duygulanım oranları daha yüksek olup, eşin çalışmama durumunun kadınlarda depresif şikâyetlerin yaşamasına sebep olduğu belirlendi (Tablo 4.14).

EAMDS Toplam puanları; doğumları esnasında epizyotomi uygulanmayan, histerektomi öyküsü, şuan psikolojik rahatsızlığı olan, herhangi bir kronik hastalık varlığı, haftada 3 ve daha az sayıda egzersiz yapan ve kabızlık problemi yaşayan kadınlar arasında yüksek olarak saptandı.

Çalışmada kadınların EAMDS puanları (0-15 puan ve 16 puan ve üzeri değerlendirilmesi) ile BFLUTS ve SYBD alt boyut ve toplam puanları değerlendirildi. Depresyonda olan kadınlar arasında; Depolama Semptomları, İnkontinans Semptomları, Yaşam kalitesine İlişkin Semptomlar ve Toplam BFLUTS puanları daha yüksek olarak

belirlendi. Depresyon belirtiler, olmayan kadınlar arasında ise, Manevi Gelişim, Kişilerarası İlişkiler, Stres Yönetimi ve SYBD Toplam puanları daha yüksektir (Tablo 4.31).

Kadınlarda EAMDS ve SYBD ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda; EAMD Depresif Duygulanım ile SYBD Manevi Gelişim alt boyutları arasında anlamlı bir fark vardır. Kadınlarda depresif durumların artması ile kadınlarda Manevi Gelişim durumlarında azalma olmaktadır. EAMDS Olumlu Duygulanım ve EAMDS Toplam puanları ile SYBD tüm alt boyutları arasında ilişki bulundu. Kadınlarda Olumlu Duygulanım Artınca sağlık sorumluluğu, Fiziksel Aktivite, Beslenme, Manevi Gelişim, Kişilerarası İlişki, Stres Yönetimi ile SYBD Toplam puanları da artmaktadır (Tablo 4.32).

Çalışmamızda EAMD ve BFLUTS ölçek Toplam puanlarının karşılaştırılması sonucunda; arada pozitif yönde, düşük düzeyde bir ilişki belirlendi. BFLUTS semptomları artınca kadınlarda depresyon görülme oranı artmaktadır. EAMD ve SYBD ölçek Toplam puanlarının karşılaştırılması sonucunda ise; arada pozitif yönde, düşük düzeyde bir ilişki saptandı. Çalışmamızda beklenenin aksine, Depresyon semptomları artınca SYBD’da artmaktadır.

AAM olan kadınlarda depresyon 4 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Cortes ve ark. 2011). Yapılan bir çalışmada Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS) ile AAM semptomları değerlendirilmiş ve arada pozitif yönde anlamlı sonuçlar bulunmuştur. Semptomlar artınca depresyon oranı da artmaktadır (Stewart ve ark. 2003). AÜŞŞ ne olursa olsun hastalarda depresyon ve anksiyeteye sebep olmakta, hastaların iyi bir tıbbi değerlendirmesinin yapılması gerekmektedir (Coyne ve ark. 2009c).

Yapılan bir çalışmada semptomların artması ile depresyon arasında ilişki olduğu, iki veya daha fazla semptomu olanlarda ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sebep olduğu bildirilmiştir. AÜŞŞ sonucu yaşanan depresyon ve klinik anksiyete ile sadece kadının yaşam kalitesi etkilenmemiş olup, bunun yanında artan komplikasyonlar ve sağlık bakım maliyeti ile sağlık bakım ekonomisi de ciddi şekilde etkilenmektedir. Erken tanı ve tedavi için toplum farkındalıklarının artırılmasının önemli olduğu belirtilmiştir (Coyne ve ark. 2009c; Akgün ve ark 2010). AÜŞŞ ile depresyon arasındaki ilişki, yapılan çoğu literatür çalışmasında belirtilmiş olup, bizim çalışmamızla da benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların gebelik sayılarının artması ile Depresif Duygulanımın arttığı, kürtaj sayısının artması ile Bedensel Şikâyetler ve Toplam puanın arttığı, aylık gelirin azalması ile de Depresif Duygulanımın arttığı belirlendi (Tablo 4.33).

Çalışmamızla benzerlik gösteren, Çelik ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmalarında; çocuk sayısı arttıkça depresyon puan ortalamasının arttığı, gelir düzeyi azaldıkça depresyon semptomları sıklığının da arttığı saptanmıştır.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Çalışmaya katılan, Gümüşhane’de yaşayan, 50 yaş ve üstü kadınların yaş ortalaması **64,55±11.197**, %63.2’si evli, %41,’i ilkokul mezunu, %88.8’i ev hanımıdır. Kadınların BKİ ortalaması **29,25±5,31 kg/m²** olup, menopoz yaş ortalaması ise **47.72±5.11**’dir.

Kadınların gebelik sayısının ortalaması **6,01±2,94**, doğum sayısının ortalaması **4,86±2,458** olup, düşük sayısının ortalaması **1,77±1,169**, kürtaj sayısının ortalaması **1,73±1,068**’dir.

Kadınların %90,8’i vajinal doğum, %21,3’ü hastanede, %48,2’si evde doğum yaptığını, %22,0’ı epizyotomi uygulandığını, %26,5’i ise iri bebek doğduğunu bildirdi.

Katılımcıların %19,3’ü günlük ped kullandığını, %61,3’ü tuvalet temizliğinde su ve tuvalet kağıdı kullandığını, %40,5’i vajinal duş yaptığı belirtti.

Çalışmamızda AÜSŞ depolama semptomlarından, gece bir kez idrara kalkan kadın oranı %35,4, iki ve daha fazla sayıda idrara kalkan kadın oranı %50,7 olarak bulundu. İdrar yapmak için tuvalete yetişmede acele etme oranı %76,6, mesanede ağrı hissetme oranı %55,6, idrar yapma sıklığı (4 saatten az) oranı %47,0 olarak belirlendi.

İdrar yapma semptomlarından; idrarın başlamasını bekleme şikâyeti olan kadın oranı %39,4, idrar yapmak için ıkınma şikâyeti olan kadın oranı %25,6, idrar yaparken durup tekrar idrar yapma şikâyeti olan kadın oranı %38,9 olarak saptandı.

Çalışmamızda, İnkontinans Semptomlarından; tuvalete yetişmeden idrar kaçırma şikâyeti olan kadın oranı %62,6, idrar kaçırma şikâyeti olan kadın oranı %64,1, öksürürken hapsirirken, fiziksel olarak hareketli olduğunda idrar kaçırma şikâyeti olan kadın oranı %62,1, hiçbir neden yokken ve idrar hissi olmadan (tuvalete gitme isteği hissetmeksizin) idrar kaçırma şikâyeti olan kadın oranı %29,1, uykudayken idrar kaçırma şikâyeti olan kadın oranı da %19,0 olarak belirlendi.

Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlardan; idrar sorunların cinsel hayatı etkileme şikâyeti olan kadın oranı %14,4, cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma şikâyeti olan kadın oranı da %10,3 olarak belirlendi.

Çalışmamızda BFLUTS ölçek puan ortalamaları; Depolama Semptomları 5,09±3,06, İdrar Yapma Semptomları 1,71±2,07, İnkontinans Semptomların 4,33±3,93,

Cinsel Yaşama İlişkin Semptomlar $0,35 \pm 0,92$, Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar $4,94 \pm 4,31$ ve Toplam puan ortalamaları $16,43 \pm 11,06$ olarak belirlendi.

SYBD ölçek puan ortalamaları; Sağlık Sorumluluğu $22,07 \pm 5,33$, Fiziksel Aktivite $12,41 \pm 4,37$, Beslenme $22,14 \pm 4,32$, Manevi Gelişim $24,45 \pm 5,56$, Kişilerarası İlişkiler $18,57 \pm 4,51$ ve toplam puan ortalamaları $125,76 \pm 22,74$ olarak saptandı.

EAMDS ölçek puan ortalamaları; Depresif Duygulanım $5,66 \pm 4,50$, Olumlu Duygulanım $6,53 \pm 3,22$, Bedensel Şikâyetler $6,71 \pm 3,90$, Kişilerarası İlişkiler $1,23 \pm 1,38$ ve Toplam puan ortalaması $20,13 \pm 8,07$ olarak bulundu.

Kadınların BFLUTS Toplam puanı ile çalışma durumu (çalışanlarda semptomlar daha azdır), ileri yaş, medeni durum (boşanmış ya da eşi vefat edenlerde semptomlar daha fazladır), düşük gelir durumu, düşük eğitim durumu, eşin çalışmıyor olması, evde doğum yapmış olma, histerektomi öyküsü, kabızlık, kronik hastalık öyküsü, günlük ped kullanımı, artan gebelik, doğum ve düşük öyküsünün varlığı ilişkili faktörler olarak saptandı.

BFLUTS risk faktörleri, lojistik regresyon analizi sonucunda, herhangi bir kronik hastalık varlığı, kabızlık şikâyeti yaşama, günlük ped kullanma, hastanede doğum yapmış olma ve herhangi bir psikiyatrik hastalık varlığının olduğu belirlendi.

SYBD Toplam puanını etkileyen faktörler; genç yaş, medeni durum (bekâr olma), yüksek eğitim durumu, doğumunu hastanede yapma, düzenli ve haftada 3'ten fazla egzersiz yapma, düzenli ilaç kullanma, gebelik, düşük ve doğum sayısının az olmasıdır.

Çalışmamıza katılan kadınların gebelik, doğum ve düşük sayıları artınca, Depolama ve İnkontinans Semptomları, gebelik ve doğum sayısı artınca da, Yaşam Kalitesine İlişkin Semptomlar da artmaktadır.

Kadınların gebelik, doğum ve düşük sayıları artınca, SYBD alt boyutlarından Sağlık Sorumluluğu, Fiziksel Aktivite ve Manevi Gelişim alt boyut puanları azalmaktadır.

EAMDS Toplam puanı etkileyen faktörler ise; epizyotomi durumu, histerektomi öyküsü, kabızlık şikâyeti ve kronik hastalık varlığıdır.

Araştırmamızda BFLUTS Toplam puanı artınca, SYBD Manevi Gelişim davranışı azalmaktadır. BFLUTS Toplam puanları ile EAMDS arasında düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu. Semptomlar artınca Depresif Duygulanım, Bedensel Şikâyetler ve Toplam puanlar artmakta, Manevi Gelişim puanları da azalmaktadır.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda;

- AÜSŞ için risk faktörlerinin belirlenerek, geleceğe yönelik önleyici tedbirlerin alınması çok önemlidir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için AÜSŞ erken tanı ve tedavi, toplumun farkındalık düzeyinin artırılması gereklidir.
- Problemleri önlemek için; çocukluk döneminde tuvalet eğitiminden başlayarak, üriner semptomlar ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili farkındalık yaratmak amacıyla eğitimler planlamak,
- AÜSŞ hakkında toplumun bilinçlendirilmesi, eğitim programlarının yaygınlaştırılması
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları öneminin anlaşılmalı ve kişinin günlük hayatına geçirilmesine destek olunmalıdır. Fiziksel aktivite yapmak, beslenmeye dikkat etmek, stresten uzak durmak gibi sağlıklı yaşam için atılacak adımlar çok önemlidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını oluşturan beslenme, egzersiz, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi konularında bireylerin bilinçlendirilmesi, bu davranışların öneminin vurgulanması ve etkileyen faktörlere yönelik kapsamlı eğitim programlarının hazırlanmasına önem verilmelidir.
- Alt üriner sistem şikâyetleri olan kadınlarda, şikâyetleri azaltmak için tıbbi tedaviden önce, yaşam tarzı değerlendirilerek gözden geçirilmeli ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirilmelidir.
- Sağlık personelinin hizmet içi ve kapsamlı eğitimler ile AÜSŞ ve SYBD hakkında bilgilendirilmesi ve bu hizmetin sunulabilecek şekilde imkanların sağlanması,
- Televizyon ve internet gibi kitle iletişim araçları kullanılarak, kadınların doğru ve sağlıklı bilgiye ulaşabilmelerini sağlayacak ve konuya ilişkin farkındalıklarını arttıracak kamu spotları yada konuya ilişkin sağlık programlarının yapılması,
- AÜSŞ ne ilişkin ulusal kapsamlı araştırmaların planlanması ve desteklenmesi çok önemlidir.

KAYNAKLAR

- Abarbanel, J., Marcus EL. (2007). Impaired detrusor contractility in community dwelling elderly presenting with lower urinary tract symptoms. *Urology*, **69**, 436-40.
- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths D., Ulmsten U., van Kerrebroeck P. ve ark. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, **21(2)**, 167-178.
- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U. ve ark. (2003). The standardization of terminology in lower urinary tract function: report from the standardization sub-Committee of the International Continence Society. *Urology*, **61(1)**, 37-49.
- Abrams, P., Artibani, W., Cardozo, L., Dmochowski, R., van Kerrebroeck, P., Sand P. (2009). Reviewing the ICS 2002 terminology report: The ongoing debate. *Neurourology and Urodynamics*, **28(4)**, 287.
- Abrams, P., Andersson, KE., Birdier, L., Brubaker, L., Cardozo, L., Chapple, C. ve ark. (2010). Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse, and Fecal Incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, **29**, 213-240.
- Agarwal, A., Eryuzlu, L.N., Cartwright, R., Thorlund K. Tammela T.L., Guyatt G.H. ve ark. (2014). What is the most bothersome lower urinary tract symptom? Individual- and populationlevel perspectives for both men and women. *European Urology*, **65(6)**, 1211-1217.
- Akgün, G., Süt, N., Kaplan, B.P. (2010). Kırk Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, **206**, 378-386.
- Akyol, A., Bilgiç, P., Ersoy, G. (2008). *Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, Klasmat Matbaacılık.
- Alemdar, S. (2016). Özel bir zayıflama merkezine devam eden yetişkin kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ağırlık kaybına yansımalarının

- değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, TC Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara.
- Alexander, L., Shakespeare, K., Barradell, V., Orme, S. (2015). Management of urinary incontinence in frail elderly women. *Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine*. **25(3)**, 75-82.
- Allen-Brady, K., Norton, P.A., Farnham, J.M., Teerlink, C., Cannon-Albright, L.A. (2009). Significant linkage evidence for a predisposition gene for pelvic floor disorder on chromosome 9q21. *The American Journal of Human Genetics*. **84(5)**, 678-682.
- Alling, M. L., Lose, G., Jorgensen, T. (2000). Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Obstetrics&Gynecology*, **96(3)**, 446-451.
- Al-Shahrani, M., Lovatsis, D. (2005). Do subjective symptoms of obstructive voiding correlate with post-void residual urine volume in women? *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **16(1)**, 12-14.
- Altman, D., Forsman, M., Falconer, C., and Lichtenstein, P. (2008). Genetic influence on stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *European Urology*, **54**, 918-922.
- Andersson, K.E. (2003). Storage and voiding symptoms: pathophysiologic aspects. *Urology*, **62(5/2)**, 3-10.
- Andrade, A.D., Anam, R., Karanam, C., Downey, P., Ruiz J.G. (2015). An Overactive Bladder Online Self-management Program With Embedded Avatars: A Randomized Controlled Trial of Efficacy. *Urology*, **85(3)**, 561-567.
- Arıkan, N., Çetinel, B., İlker, Y., Koçak, T., Tarcan T. (15.04.2010). Kontinans Derneği, terminoloji standardizasyon raporu. Kontinans Derneği.
- Arya, L.A., Myers, D.L., Jackson, N.D.(2000). Dietary caffeine intake and the risk for detrusor instability: a case-control study. *Obstetrics&Gynecology*, **96(1)**, 85-9.
- Asplund, R., Aberg, E.A. (2004). Nocturia in relation to body mass index, smoking and some other life-style factors in women. *Climacteric*, **7**, 267-273.
- Asplund, R. (2006). Hip fractures, nocturia, and nocturnal polyuria in the elderly. *Archives of Gerontology Geriatrics*, **43(3)**, 319-326.
- Aşçı, Ö. (2013). Gebe kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi. Doktora Tezi. TC İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Australian Institute of Health and Welfare. (2011). Residential aged care in Australia 2009-10: a statistical overview. Erişim 01.07.2016. <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=10737421028>
- Auwad, W., Steggles, P., Bombieri, L. Waterfield T. ve Freeman R. (2008). Moderate weight loss in obese women with urinary incontinence: a prospective longitudinal study. *Internatinal Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **19(9)**, 1251-1259.
- Babic, U., Santric-Milicevic, M., Terzic, Z., Argirovic, A., Kojic, D., Stjepanovic, M. ve ark. (2015). Impact of Voiding and Incontinence Symptoms on Health-Related Life Quality in Serbian Male Population. *Urology Journal*, **12(3)**, 2196-2203.
- Bahar, Z., Beşer, A., G6rdes, N. Ersin, F. ve Kıssal, A. (2008) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-2'nin geçerlik ve g6venilirlik alışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Y6ksekokulu Dergisi*, **12(1)**, 1-13.
- Bahçeci, M. (2011). Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon alışma Grubu eds. T6rkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Hipertansiyon, Obezite ve Lipid Metabolizması Tanı ve Tedavi Rehberi. *Obezite*. Ankara: Miki Matbaacılık, 50-80.
- Bakarman, M.A., Al-Ghamdi, S.S. (2016). The Effect of Urinary Incontinence on Quality of Life of Women at Childbearing Age in Jeddah, Saudi Arabia. *Global Journal of Health Science*, **8(2)**, 281-288.
- Barber, M.D., Mullen, K.J., Dowsett, S.A., Viktrup, L. (2005). The impact of stress urinary incontinence on sexual activity in women. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, **72(3)**, 225-232.
- Bartoli, S., Aguzzi, G., Tarricone, R. (2010). Impact on quality of life of urinary incontinence and overactive bladder: a systematic literature review. *Urology*, **75(3)**, 491-500.
- Basak, T., Uzun, S., Arslan, F. (2012) Incontinence features, risk factors, and quality of life in Turkish women presenting at the hospital for urinary incontinence. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, **39(1)**, 84-89.
- Beckmann, R.B.C., Ling, F.W., Hebert, W.N.P., Laube, D.W., Smith, R.P., Casanova, R. ve ark. (2013). *Obstetrics and Gynecology*. 7th ed. Pelvic support defects, urinary incontinence and urinary tract infection. China: 277-286.
- Beğer, T., Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*, **25**, 1-3.

- Beji, N.K., Ozbas A., Aslan E., Bilgiç D., Erkan H.A. (2010). Overview of the social impact of urinary incontinence with a focus on Turkish women. *Urologic Nursing*, **30(6)**, 327-334.
- Bhat, C., Khan, M., Ballala, K., Kamath, A., Pandey, D. (2016). *Reduced Pelvic Floor Muscle Tone Predisposes to Persistence of Lower Urinary Tract Symptoms after Puerperium*. Hindawi Publishing Corporation Scientifica. Article ID 5705186, <http://dx.doi.org/10.1155/2016/5705186>
- Bickmore, T., Pfeifer, L., Paasche-Orlow, M. (2009). Using computer agents to explain medical documents to patients with low health literacy. *Patient Education and Counselling*, **75(3)**, 315-320.
- Bilgiç D. (2012). Üriner inkontinans ve/veya pelvik organ prolapsus cerrahisi uygulanan kadınlarda yaşam kalitesi ve cinsel işlevin değerlendirilmesi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul.
- Bø, K., Haakstad, L.A. (2011). Is pelvic floor muscle training effective when taught in a general fitness class in pregnancy? A randomised controlled trial. *Physiotherapy* 2011, **97**, 190-195.
- Brookes, S.T., Donovan, J., Wright, M., Jackson, S., ve Abrams, P.A. (2004). Scored form of the Bristol Female Lower Urinary Tract symptom questionnaire: Data from a randomized controlled trial of surgery for women with stress incontinence. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, **191(1)**, 73-82.
- Booth, J., Paul, L., Rafferty, D., Macinnes, C. (2013). The relationship between urinary bladder control and gait in women. *Neuourology and Urodynamics*, **32(1)**, 43-47.
- Bosch, J.L., Weiss, J.P. (2010). The prevalence and causes of nocturia. *Journal of Urology*, **184(2)**, 440-446.
- Botelho, S., da Silva, J. M., Palma, P., Herrmann, V., Riccetto, C. (2012). Can the delivery method influence lower urinary tract symptoms triggered by the first pregnancy? *International Brazilian Journal of Urology*, **38(2)**, 267-276.
- Bozhüyük, A. (2010). Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana.

- Bradway, C., Coyne, K.S., Irwin, D., Kopp, Z. (2008). Lower urinary tract symptoms in women-a common but neglected problem. *Journal of the American Association Nurse Practitioners*, **20(6)**, 311-318.
- Breyer, B.N., Shindel, A.W., Erickson, B.A., Blaschko, S.D., Steers, W.D., Rosen, R.C. (2013). The association of depression, anxiety and nocturia: a systematic review. *Journal Urology*, **190(3)**, 953-957.
- Brown, J.S., Vittinghoff, E., Lin, F., Nyberg, L.M., Kusek, J.W., Kanaya, A.M. (2006). Prevalence and risk factors for urinary incontinence in women with type 2 diabetes and impaired fasting glucose: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2001–2002. *Diabetes Care*, **29(6)**, 1307-1312.
- Brown, S.J., Donath, S., MacArthur, C., McDonald, E.A., Krastev, A.H. (2010). Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence, and associated risk factors. *International Urogynecology Journal*, **21(2)**, 193-202.
- Brubaker, L., FitzGerald, M.P. (2007). Nocturnal polyuria and nocturia relief in patients treated with solifenacin for overactive bladder symptoms. *Internatinal Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **18(7)**, 737-741.
- Buckley, B.S., Lapitan, M.C. (2010). Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. *Urology*, **76(2)**, 265-270.
- Bulduklu, Y. (2010). Televizyonda yayınlanan sağlık programları ve izleyicileri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **24**, 75-85.
- Bump, R.C., McClish, D.K. (1994). Cigarette smoking and pure genuine stress incontinence of urine: a comparison of risk factors and determinants between smokers and nonsmokers. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **170(2)**, 579-582.
- Burgio, K., Goode, P., Johnson, T., Hammontree L., Ouslander J.G., Markland A.D. ve ark. (2011). Behavioral versus drug treatment for overactive bladder in men: the Male Overactive Bladder Treatment in Veterans (MOTIVE) Trial. *Journal of American Geriatrics Society*, **59(12)**, 2209-2216.

- Burti, J.S., Santos, A.M., Pereira, R.M., Zambon, J.P., Marques, A.P. (2012). Prevalence and clinical characteristics of urinary incontinence in elderly individuals of a low income. *Archives of Gerontology Geriatrics*, **54(2)**, 42-46.
- Buttaro, T.M., Trybulski, J.A., Bailey, P.P., Sandberg-Cook, J. (2013). *Primary care: A collaborative practice* (4th ed.). St Louis, Mosby: Elsevier.
- Calleja-Agius, J., Brincat, M.P. (2015). The urogenital system and the menopause. *Climacteric*, **18(1)**, 18-22.
- Cangöl, E., Aslan, E., Yalçın, Ö. (2013). Kadınlarda Pelvik Taban Kas Egzersizleri ve Hemşirenin rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **10(3)**, 49-56.
- Cassells, C., Watt, E. (2003). The impact of continence on older spousal caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, **42(6)**, 607-616.
- Castro, R., Aruda, R., Zanetti, M.R., Santos P.D. ve Girao M.J. (2008). Single blind randomized trial of pelvic floor muscle training, electrical stimulation, vaginal cones and no active treatment in the management of stress urinary incontinence. *Clinics*, **63(4)**, 465-72.
- Caymaz, NU. (2013). Pelvik taban disfonksiyonu olan kadınlarda tedavi kararı alma, bilgi arama tercihleri ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Centers for Disease Control and Prevention, (20 Ekim 2006). *Physical activity for everyone: recommendations*. Erişim 09.06.2016. <http://www.cdc.gov/obesity/index.html>.
- Chapple, C., Van Kerrebroeck, P., Tubaro, A., Haag M.C., Forst H.T., Massow U. ve ark. (2007). Clinical efficacy, safety, and tolerability of once-daily fesoterodine in subjects with overactive bladder. *European Urology*, **52(4)**, 1204-1212.
- Chapple, C.R., Amarenco, G., López Aramburu, M.A., Everaert, K., Liehne, J., Lucas, M. ve ark. (2013). Aproof-of-concept study: mirabegron, a new therapy for overactive bladder. *Neurourology and Urodynamics*, **32(8)**, 1116-1122.
- Chapple, C.R., Martinez-Garcia, R., Selvaggi, L., Tooze H.P., Warnack W., Drogendijk T. ve ark. (2005). A comparison of the efficacy and tolerability of solifenacin succinate and extended release tolterodine at treating overactive bladder syndrome: results of the STAR trial. *European Urology*, **48(3)**, 464-470.

- Chapple, C.R., Wein, A.J., Abrams, P., Dmochowski R.R., Giuliano F., Kaplan S.A. ve ark. (2008). Lower urinary tract symptoms revisited: a broader clinical perspective. *European Urology*, **54(3)**, 563-569.
- Charach, G., Greenstein, A., Rabinovich, P., Groskopf, I., Weintraub, M. (2001). Alleviating constipation in the elderly improves lower urinary tract symptoms. *Gerontology*, **47(2)**, 72-76.
- Chen, C.C., Gatmaitan, P., Koepp, S., Barber M.D., Chand B., Schauer P.R. ve ark. (2009). Obesity is associated with increased prevalence and severity of pelvic floor disorders in women considering bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*, **5(4)**, 411-415.
- Chen, G.D. (2007). Pelvic floor dysfunction in aging women. *Taiwan Journal Obstetrics and Gynecology*, **46(4)**, 374-378.
- Choi, H. (2002). The health promoting lifestyles of under graduate nurses in Hong Kong. *Journal of Professional Nursing* **18(2)**, 101-111.
- Choi, Y.S., Kim, J.C., Lee, K.S., Seo J.T., Kim H.J., Yoo T.K. ve ark. (2013). Analysis of female voiding dysfunctions: A prospective, multi-center study. *International Urology and Nephrology*, **45(4)**, 989-994.
- Choo, SM., Han, JH., Shin, TY., Ko, K., Lee, W.K., Cho S.T. (2015). Alcohol, Smoking, Physical Activity, Protein, and Lower Urinary Tract Symptoms: Prospective Longitudinal Cohort. *International Neurourol Journal*, **19(3)**, 197-206.
- Christofi, N., Hextall, A. (2007). An evidence-based approach to lifestyle interventions in urogynaecology. *Menopause International*, **13(4)**, 154-158.
- Chung, J.M., Lee, S.D., Kang, D.I., Kwon D.D., Kim K.S., Kim S.Y. ve ark. (2009). Prevalence and associated factors of overactive bladder in Korean children 5-13 years old: a nationwide multicenter study. *Urology*, **73(1)**, 63-67.
- Citgez, S., Onal, B., Erdoğan, S., Demirbağ, Ç., Korkmaz, M., Demirkesen, O. (2015). Risk factors for women to have urodynamic stress urinary incontinence at a turkish tertiary referral center: a multivariate analysis study. *Female Urology*, **12(3)**, 2187-2191.
- Connolly, T.J., Litman, H.J., Tennstedt, S.L., Link, C.L., McKinlay, J.B. (2007). The effect of mode of delivery, parity, and birth weight on risk of urinary

- incontinence. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **18(9)**, 1033-1042.
- Corcos, J., Gajewski, J., Heritz, D., Patrick A., Reid I., Schick E. ve ark. (2006). Canadian Urological Association Guidelines on urinary incontinence. *Can Journal of Urology*, **13(3)**, 3127-3138.
- Correia, S., Dinis, P., Rolo, F., Lunet, N. (2009). Prevalence, treatment and known risk factors of urinary incontinence and overactive bladder in the non-institutionalized Portuguese population. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **20(12)**, 1481-1489.
- Cortes, E., Sahai, A., Pontari, M., Kelleher, C. (2012). The psychology of LUTS: ICI-RS 2011. *Neurourology and Urodynamics*, **31(3)**, 340-343.
- Cottrell, BH., Close, FT. (2008). Vaginal douching among university women in the Southeastern United States. *Journal of American College Health*, **56(4)**, 415-421.
- Coyne, K.S., Kaplan, S.A., Chapple, C.R., Sexton, C.C., Kopp, Z.S., Bush, E.N. ve ark. (2009a). Risk factors and comorbid conditions associated with lower urinary tract symptoms: EpiLUTS. *BJU International*, **103(3)**, 24-32.
- Coyne, K.S., Wein, A.J., Tubaro, A., Sexton, C.C., Thompson, C.L., Kopp, Z.S., ve ark. (2009b). The burden of lower urinary tract symptoms: evaluating the effect of LUTS on health-related quality of life, anxiety and depression: EpiLUTS. *BJU International*, **103(3)**, 4-11.
- Coyne, K.S., Sexton, C.C., Thompson, C.L., Milsom I., Irwin D., Kopp Z.S. ve ark. (2009c). The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: results from the Epidemiology of LUTS (EpiLUTS) study. *BJU International*, **104(3)**, 352-360.
- Coyne, K.S., Sexton, C.C., Vats, V., Thompson, C., Kopp, Z.S., Milsom, I. (2011a) National community prevalence of overactive bladder in the United States stratified by sex and age. *Urology*, **77(5)**, 1081-1087.
- Coyne, K.S., Sexton, C.C., Kopp, Z.S., Ebel-Bitoun, C., Milsom, I., Chapple, C. (2011-b). The impact of overactive bladder on mental health, work productivity and health-related quality of life in the UK and Sweden: results from EpiLUTS. *BJU International*, **108(9)**, 1459-1471.

- Coyne, K.S., Kvasz, M., Ireland, A.M., Milsom, I., Kopp, Z.S., Chapple, C.R. (2012). Urinary incontinence and its relationship to mental health and health-related quality of life in men and women in Sweden, the United Kingdom, and the United States. *European Urology* **61(1)**, 88-95.
- Coyne, K.S., Sexton, C.C., Bell, J.A., Thompson C.L., Dmochowski R., Bavendam T. ve ark. (2013). 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*, **32(3)**, 230-237.
- Crews, D., Zavotka, S. (2006). Aging, disability, and frailty: Implications for universal design. *J Physiol Anthropol*, **25**, 113-118.
- Çelik F, Köken G.N., Yılmaz M. (2013). Gebelikte Depresyon Semptomlarının Sıklığı ve Depresyon Gelişimini Etkileyen Faktörler. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, **7(2)**, 110-117.
- Çetin, C. (2010). Edirne ili merkezinde 20 yaş üstü popülasyonda üriner inkontinans prevalansı ve üriner inkontinansı etkileyen faktörler. Uzmanlık Tezi. TC Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne.
- Çetinel, B., Özkan B., Can, G. (2004). ICIQ-SF Türkçe versiyonu validasyon (geçerlilik) çalışması. *Türk Üroloji Dergisi*, **30(1)**, 17-23.
- Çetiner, H. (2014). Hastane çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. TC Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Çırak G. (2006). Üniversite öğrencilerinin ahlaki yargı yetenekleri ve ahlaki yargı yetenekleri ile kendini gerçekleştirme düzeylerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Çiftçi, O., Günay, O. (2011) Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler, *Erciyes Medical Journal*, **33(4)**, 301-308.
- Dalbudak, S., Bilgili, N. (2013). GATA kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınların genital hijyen davranışları ve bu davranışların vajinal enfeksiyona etkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, **55**, 281-287
- Danforth, K.N., Shah, A.D., Townsend, M.K., Lifford, K.L., Curhan, G.C., Resnick, N.M. ve ark. (2007). Physical Activity and Urinary Incontinence Among Healthy, Older Women. *Obstetrics&Gynecology*, **109(3)**, 721-727.

- Danforth, K.N., Townsend, M.K., Lifford, K., Curhan, G.C., Resnick, N.M., Grodstein, F. (2006). Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, **194(2)**: 339-345.
- Day, M.R., Leahy-Warren, P., Loughran, S., O'Sullivan, E. (2014). Community-dwelling women's knowledge of urinary incontinence. *British Journal of Community Nursing November*, **19(11)**, 534-539.
- Devore, E.E., Minassian, V.A., Grodstein, F. (2013). Factors associated with persistent urinary incontinence. *American Journal Obstetrics&Gynecology*, **209(2)**, 145-146.
- Dikencik, B.K. (2002). *Uriner İnkontinansın Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri*. İstanbul: Emek Matbaacılık; pp. 29-50.
- Division of Nutrition and Physical Activity National Center for Chronic Disease. (2006). *Prevention and Health Promotion. U.S. physical activity statistics: state demographic data comparison*. Erişim 09.06.2016, <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/>
- Dolan, L.M., Hilton, P. (2010). Obstetric risk factors and plvic floor dysfunction 20 years after first delivery. *İnternational Urogynecol Journal*, **21**, 535-544.
- Dumoulin, C., Hay-Smith, J. (2008). Pelvic floor muscle training versus no treatment for urinary incontinence in women. A Cochrane systematic review. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, **44(1)**, 47-63.
- Dwyer, P.L., Desmedt, E. (1994). Impaired bladder emptying in women. *Australian andNew Zealand Journal of Obstetrics andGynaecology*, **34(1)**, 73-78.
- Dybowski, B., Bres-Niewada, E., Radziszewski, P. (2014). Pressure-flow nomogram for women with lower urinary tract symptoms. *Archives of Medical Science*, **10(4)**, 752-756.
- Eggermont, L.H., Milberg, W.P., Lipsitz, L.A., Scherder, E.J., Leveille, S.G. (2009). Physical Activity and Executive Function in Aging: *The MOBILIZE Boston Study*. *Journal Americcan Geriatrics Society*, **57(10)**, 1750-1756.
- Ekundayo, O.J., Markland, A., Lefante, C., Goode, P.S., Alman, R.M. (2009). Association of diuretic use an overactive bladder syndrome in older adults: a propensity score analysis. *Archives of Gerontology Geriatrics*, **49(1)**, 64-68.

- Elena, S., Georgeta, N., Cecilia, G., Elena, L. (2011). The attitude of the elderly persons towards health related physical activities. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, **30**, 1913-1919.
- Eliasson, K., Nordlander, I., Larson, B., Hammarstrom, M., Mattsson, E. (2005). Scand Influence of physical activity on urinary leakage in primiparous women. *Journal of Science and Medicine Sport*, **15(2)**, 87-94.
- Ersin, F., Bahar, Z. (2012). Sağlıklı geliştirme modelleri'nin meme kanseri erken tanı davranışlara etkisi: bir literatür derlemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, **5(1)**, 28-38.
- Ertem, G. (2009). Üriner inkontinanslı hastaların hastalığıyla başa çıkma yollarının incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, **6(1)**, 177-187.
- Espino, D.V., Palmer, R.F., Miles, T.P., Mouton, C.P., Linchtenstein, M.J., Markides, K.P. (2003). Prevalence and severity of urinary incontinence in elderly Mexican-American women. *Journal of the American Geriatrics Society*, **51(11)**, 1580-1586.
- Felde, G., Bjelland, I., Hunskaar, S. (Mart 2012). Anxiety and depression associated with incontinence in middle-aged women: a large Norwegian cross-sectional study. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **23(3)**, 299-306.
- Figen, P.S., Mete, S. (2009). Uyum modeli ve sosyal bilişsel öğrenme kuramının doğum öncesi eğitiminde kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, **1(1)**, 57-68.
- Filiz, T.M., Uludag, C., Cinar, N., Gorpelioglu, S., Topsever, P. (2006). Risk factors for urinary incontinence in Turkish women. A cross-sectional study. *Saudi Medical Journal*, **27(11)**, 1688-1692.
- Fitzgerald, M.P., Litman, H.J., Link, C.L., McKinlay J.B. (2007). The association of nocturia with cardiac disease, diabetes, body mass index, age and diuretic use: results from the BACH survey. *Journal of Urology*, **177(4)**, 1385.
- Foley, D., Ancoli-Israel, S., Britz, P., Walsh, J. (2004). Sleep disturbances and chronic disease in older adults: results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America survey. *Journal of Psychosomatic Research*, **56(5)**, 497-502.

- Franzen, K., Johansson, J.E., Andersson, G., Nilsson K. (2008) Urinary incontinence: evaluation of an information campaign directed towards the general public. *Scandinavian Journal of Urology Nephrology*, **42(6)**, 534-538.
- Fu, Q., Xu, Y.M. (2009). Transurethral incision of the bladder neck using KTP in the treatment of bladder neck obstruction in women. *Urologia Internationalis*, **82(1)**, 61-64.
- Giarenis, I., Cardozo, L. (2014). Managing urinary incontinence: What Works? *Climacteric*, **17(2)**, 26-33.
- Gomez-Cabello, A., Pedrero-Chamizo, R., Olivares, P.R., Luzardo, L., Juez-Bengoechea, A., Mata, E. ve ark. (2011). Prevalence of overweight and obesity in non-institutionalized people aged 65 or over from Spain: the elderly EXERNET multi-centre study. *Obesity Reviews*, **12(8)**, 583-592.
- Gökkaya, S.C., Öztekin Ç.V., Doluoğlu Ö.G., Güzel Ö., Erşahin V., Özden C. ve ark. (2012). Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptom İndeksinin Türkçe Versiyonunun Geçerliliğinin Değerlendirilmesi. *Clin Anal Med*, **3(4)**, 415-418.
- Gözükara, F., Koruk, İ., Kara, B. (2015). Urinary incontinence among women registered with a family health center in the Southeastern Anatolia Region and the factors affecting its prevalence. *Turkish Journal of Medical Sciences*, **45(4)**, 931-939.
- Groutz, A., Blaivas, J.G., Sassone, A.M. (2000). Detrusor pressure uroflowmetry studies in women: Effect of a 7Fr transurethral catheter. *Journal of Urology*, **164(1)**, 109-114.
- Gungor, I., Kızılkaya Beji, N. (2011). Lifestyle changes for the prevention and management of lower urinary tract symptoms in women. *International Journal of Urological Nursing*, **5(1)**, 3-13.
- Guzzo, T.J., Drach, G.W. (2011). Major urologic problems in geriatrics: Assessment and management. *Medical Clinics of North America*, **95(1)**, 253-264.
- Güler, Ç., Akın, L. (2006). Halk sağlığı temel bilgileri. İçinde: Bilir N, Paksoy Subaşı N. *Yaşlılık Sorunları ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü*. Bölüm 19. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 1020-1043.
- Güler, G., Güler, N., Kocataş, S. (2008). Bir üniversitede çalışan öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, **12(3)**, 18-26.

- Güngör, F. ve Yalçın, Ö. (2005). Stres Üriner İnkontinans olgularında Tension-Free Vaginal Tape ve Tension Free Vaginal Tape Obturator Operasyonlarının Klinik ve Ürodynamic Sonuçlarının Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, İstanbul.
- Güngör, İ., Beji, N.K., Bayram, G.O., Erkan, H.A., Gökyıldız, Ş., Yalçın, Ö. (2012). Lower urinary tract symptoms in women with and without urinary incontinence. *International Journal Urology Nursing*, **6(1)**, 22-29.
- Hacıaloğlu, N., Nazik, E., Kılıç, MA. (2009). Descriptive study of douching practices in Turkish women. *International Journal of Nursing Practice*, **15(2)**, 57-64.
- Hakkinen, J.T., Shiri, R., Koskimaki, J., Tammela, T.L., Auvinen, A., Hakama, M. (2008). Depressive symptoms increase the incidence of nocturia: Tampere Aging Male Urologic Study (TAMUS). *Journal of Urology*, **179(5)**, 1897-1901.
- Hamer, M.A., Persson, J. (2013). Familial predisposition to pelvic floor dysfunction: prolapse and incontinence surgery among family members and its relationship with age or parity in a Swedish population. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, **170(2)**, 559-562.
- Handa, V.L., Harvey, L., Cundiff, G.W., Siddique, S.A., Kjerulff, K.H. (2004). Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, **191(3)**, 751-756.
- Hannan, T.J., Totsika, M., Mansfield, K.J., Moore K.H., Schembri M.A. Hultgren S.J. (2012). Host-pathogen checkpoints and population bottlenecks in persistent and intracellular uropathogenic E. Coli bladder infection. *FEMS Microbiology Reviews*, **36(3)**, 616-648.
- Hannestad, Y., Lie, R.T., Rortveit, G., Hunskar, S. (2004). Familial risk of urinary incontinence in women: population based crosssectional study. *British Medical Journal*, **329(7471)**, 889-891.
- Hannestad, Y.S., Rortveit, G., Daltveit, A.K., Hunskar, S. (2003). Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **110(3)**, 247-254.
- Hannestad, Y.S., Rortveit, G., Hunskar, S. (2002). Help-seeking and associated factors in female urinary incontinence. The Norwegian EPINCONT Study.

- Epidemiology of incontinence in the county of nord-trondelag. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, **20(2)**, 102-107.
- Harris, S., Anderson, C., Bardsley, A., Barker, N., Denny, A., Fowler, C., Woodward, S. (2012). Urinary incontinence in neurological disease. *NICE Clinical Guideline*, **148**, 1-49.
- Hashim, H., Abrams, P. (2004). Drug treatment of overactive bladder: efficacy, cost and quality-of life considerations. *Drugs*, **64(15)**, 1643-1656.
- Haslam, J., Laycock, J. (2008). *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain*. 2nd ed. London, UK: Springer.
- Haylen, B.T., de Ridder, D., Freeman, R.M., Swift, S.E., Berghmans, B., Lee J. et al. (2010). An international Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, **29(1)**, 4-20.
- Haylen, B.T., Krishnan, S., Schulz, S., Verity, L., Law, M., Zhou, J., Sutherst, J. (2007). Has the true prevalence of voiding difficulty in urogynecology patients been underestimated? *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **18(1)**, 53-56.
- Herschorn, S., Gajewski, J., Schulz, J., Corcos, J. (2008). A population-based study of urinary symptoms and incontinence: the Canadian Urinary Bladder Survey. *BJU International*, **101(1)**, 52-58.
- Herschorn, S. (2011). Overactive bladder: Symptom complex or separate entity? *Canadian Urological Association Journal*, **5(5:2)**, 152-154.
- Herschorn, S., Gajewski, J., Schulz, J., Corcos, J. (2008). A population-based study of urinary symptoms and incontinence: The Canadian Urinary Bladder Survey. *BJU International*, **101(1)**, 52-58.
- Hessdoerfer, E., Jundt, K., Peschers, U. (2010). Is a dipstick test sufficient to exclude urinary tract infection in women with overactive bladder? *International Urogynecol Journal*, **22(2)**, 229-232.
- Homma, Y., Yamaguchi, O., Hayashi, K. (2006). Neurogenic Bladder Society Committee. Epidemiologic survey of lower urinary tract symptoms in Japan. *Urology*, **68(3)**, 560-564.

- Hsiesh, C.H., Chen, H.Y., Hsu, C.S., Chanq, S.T., Kuo, T.C., Chianq, C.D. (2006). Risk factors for urinary frequency in Taiwanese women aged 20-59 years. *Taiwan Journal Obstetrics Gynecology*, **45(4)**, 329-332.
- Hsiesh, C.H., Lee, M.S., Lee, M.C., Kuo, T.C., Hsu, C.S., Chanq, S.T. (2008). Risk factors for urinary incontinence in Taiwanese women aged 20-59 years. *Taiwan Journal Obstetrics and Gynecology*, **47(2)**: 197-202.
- Hsieh, C.H., Chang, W.C., Hsu, M.I., Chiang, H.S., Chang, S.T., Lee, M.C., ve ark. (2010). Risk factors of urinary frequency among women aged 60 and older in Taiwan. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, **49(3)**, 260-265.
- Hu, T.W., Wagner, T.H., Bentkover, J.D., LeBlanc, K., Piantentini, A., Stewart, W.F. ve ark. (2003). Estimated economic costs of overactive bladder in the United States. *Urology of Journal*, **61(6)**, 1123-1128.
- Hung, M.J., Shen, P.S., Ho, E.S.C., Sun, M.J., Lin, A.T.L., Chen, G.D. (2006). Urgency is the core symptom of female overactive bladder syndrome, as demonstrated by a statistical analysis. *Journal of Urology*, **176(2)**, 636-640.
- Hunikaar, S. (2008). A systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women. *Neurourology and Urodynamics*, **27(8)**, 749-757.
- Ikeda, Y., Nakagawa, H., Ohmori-Matsuda, K., Hozawa, A., Masamune, Y., Nishino, Y. (2011). Risk factors for overactive bladder in the elderly population: a community-based study with face-to-face interview. *International Journal of Urology*, **18(3)**, 212-218.
- Imamura, M., Williams, K., Wells, M., McGrother, C. (2015). Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **2(12)**, CD003505.
- Irwin, D.E., Milsom, I., Hunikaar, S., Reilly, K., Kopp, Z., Herschorn, S. ve ark. (2006). Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *European Urology*, **50(6)**, 1306-1315.
- Irwin, D.E., Abrams, P., Milsom, I., Kopp, Z., Reilly, K. (2008). Understanding the elements of overactive bladder: questions raised by the EPIC study. *BJU International*, **101(11)**, 1381-1387.

- Irwin, D.E., Milsom, I., Chancellor, M.B., Kopp Z., Guan Z. (2010). Dynamic progression of overactive bladder and urinary incontinence symptoms: a systematic review. *European Urology*, **58(4)**, 532-543.
- Irwin, D.E., Kopp, Z.S., Agatep, B., Milsom, I., Abrams, P. (2011). Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJU International*, **108(7)**, 1132-1138.
- Işıklı, B., Yenilmez, A., Kalyoncu, C. (2011) Eskişehir Alpu ilçesi 18 yas, üstü kadınlarda üriner inkontinans, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi: bir toplum tabanlı çalışma. *Nobel Medicus*, **7(2)**, 34-39.
- Jack, J.L., Grim, M., Gross, T., Lynch, S., McLin, C. (2012). *Sağlığın Geliştirilmesi Programlarında Teori*. İçinde C.E. Fertman ve D.D. Allensworth (Ed), Sağlık Geliştirme Programları Teoriden Pratiğe; Ankara: Erek Ofset Matbaacılık, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakanlık Yayın No:882, 58-66.
- Jain, P., Parsons, M. (2011). Review: The effects of obesity on the pelvic floor. *The Obstet Gynecologist*, **13**, 133-142.
- Jha, S., Ammenbal, M., Metwally, M. (2012). Impact of incontinence surgery on sexual function: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine*. **9(1)**, 34-43.
- Jin, X.B., Qu, H.W., Liu, H., Li, B., Wang, J., Zhang, Y.D. (2012). Modified transurethral incision for primary bladder neck obstruction in women: a method to improve voiding function without urinary incontinence. *Urology*, **79(2)**, 310-313.
- Kahyaoglu, S.H. ve Balkanlı, K.P. (2016). Effect of pelvic floor muscle exercise on pelvic floor muscle activity and voiding functions during pregnancy and the postpartum period. *Neurourology and Urodynamics*, **35(3)**, 417-422.
- Kaplan, S. Demirci, N. (2010). Üriner İnkontinansda Konservatif Tedavi Medotları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **5(13)**, 1-14.
- Karan A. (2009). Üriner İnkontinansda Konservatif Tedavi Rehabilitasyon Programları. İçinde O. Yalçın (Ed.), Temel Urojinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 307.
- Karan A (2016). Ürojinekolojide fizik tedavi ve rehabilitasyon. Pelvik taban disfonksiyonunda yaşam tarzı değişiklikleri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 49-62.

- Kaye, M. (2008). Nocturia: a blinded, randomized, parallel placebo-controlled self-study of the effect of 5 different sedatives and analgesics. *Canadian Urological Association Journal*, **2(6)**, 604-608.
- Khasriya, R., Khan, S., Lunawat, R., Bishara S., Bignal, J., Malone-Lee, M. ve ark. (2010). The inadequacy of urinary dipstick and microscopy as surrogate markers of urinary tract infection in urological outpatients with lower urinary tract symptoms without acute frequency and dysuria. *Journal of Urology*, **183(5)**, 1843-1847.
- Kim, H.S., Lee, U., Lee, M.H. (2001). Cut-off value for bladder outlet obstruction in pressure-flow study in female: a prospective study. *Korean Journal of Urology*, **42(11)**, 1146-1151.
- Kincade, J.E., Dougherty, M.C., Carlson, J.R., Hunter, G.S., Busby- Whitehead, J. (2007). Randomized clinical trial of efficacy of selfmonitoring techniques to treat urinary incontinence in women. *Neurourology and Urodynamics*, **26(4)**, 507-511.
- Kirby, M., Artibani, W., Cardozo, L., Chapple C., Diaz D.C., Ridder D. ve ark. (2006). Overactive bladder: The importance of new guidance. *International Jourrrnal of Clinical Practice*, **60(10)**, 1263-1271.
- Klotz, T., Brüggenjürgen, B., Burkart, M., Resch, A. (2007). The economic costs of overactive bladder in Germany. *European Urology*, **51(6)**, 1654-1662.
- Knorst, MR., Resende, TL., Goldim, J.R. (2011). Clinical profile, quality of life and depressive symptoms of women with urinary incontinence attending a university hospital, *Revista Brasileira de Fisioterapia Journal*, **15(2)**, 109-116.
- Ko, Y., Lin, S.J., Salmon, J.W., Bron, M.S., Pharm, D. (2005). The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. *American Journal Managed Care*, **11(4)**, 103-111.
- Kocak, I., Okyay, P., Dundar, M., Erol, H., Beser, E. (2005). Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *European Urology*, **48(4)**, 634-641.
- Kocaoz, S., Talas, M.S., Atabekoglu, S.C. (2010). Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, **19(23/24)**, 3314-3323.

- Koçoğlu, D., Akın, B. (2009). Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, **2(4)**, 145-154.
- Kogan, M.I., Zachoval, R., Ozyurt, C., Schafer, T., Christensen, N. (2014). Epidemiology and impact of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms: results of the EPIC survey in Russia, Czech Republic, and Turkey. *Current Medical and Opinion*, **30(10)**, 2119-2130.
- Koskimaki, J., Hakama, M., Huhtala, H., Tammela, T.L. (2001). Association of non-urological diseases with lower urinary tract symptoms. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, **35(5)**, 377-381.
- Krogh, R.A., Neumann, G.A., Lauszus, F.F., Guttorm, E., Rasmussen, K.L. (2007). Hysterectomy is associated with stress incontinence in women who previously had a transcervical endometrial resection. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, **63(3)**, 121-125.
- Kupelian, V., Wei, J.T., O'Leary, M.P. (2006). 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*, **166**, 2381-2387.
- Kupelian, V., Rosen, R.C., Link, C.L., McVary, K.T., Aiyer, L.P., Mollon, P. (2009). Association of urological symptoms and chronic illness in men and women: contributions of symptom severity and duration—results from the BACH Survey. *Journal of Urology*, **181(2)**, 694-700.
- Kutmec, C. (2009). Sexual dysfunction in women and nursing care. *Fırat Journal Health Service*, **4**, 111-136.
- Küçükberber, N., Özdiilli, K., Yorulmaz, H. (2011). Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyolog Dergisi*, **11**, 619-626.
- Lee, F., Wang, H. (2005). A preliminary study of a health-promoting life style among southeast Asian women in Taiwan. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, **21**, 114-120.
- Lee, W.C., Wu, H.P., Tai, T.Y., Yu H.J., Chiang P.H. (2009). Investigation of urodynamic characteristics and bladder sensory function in the early stages of

- diabetic bladder dysfunction in women with type 2 diabetes. *Journal of Urology*, **181(1)**, 198-203.
- Lee, Y.S., Lee, K.S., Jung, J.H., Han, D.H., Oh, S.J., Seo, J.T., ve ark. (2011). Prevalence of overactive bladder, urinary incontinence, and lower urinary tract symptoms: results of Korean EPIC study. *World J Urol*, **29(2)**, 185-190.
- Litman, H.J., Steers, W.D., Wei, J.T., Kupelian, V., Link, C.L., McKinlay, J.B. (2007). Boston Area Community Health Survey Investigators. Relationship of lifestyle and clinical factors to lower urinary tract symptoms: results from Boston Area Community Health survey. *Urology*, **70(5)**, 916-921.
- Lomas, C. (2009). Nurses must receive sufficient continence education and training. *Nursing Times*, **105(21)**, 32-33.
- Low, B.Y., Liong, M.L., Yuen, K.H., Chee C., Leong W.S., Chong W.L. ve ark. (2008). Terazosin therapy for patients with female lower urinary tract symptoms: a randomized, double-blind, placebo controlled trial, *Journal of Urology*, **179(4)**, 1461-1469.
- Lucas, M.G., Bedretidnova, D., Berghmans, L.C., Bosch, H.R., Burkhard, F.C., Cruz, F. (2015). *Guidelines on Urinary Incontinence*. European Association of Urology. Erişim 11.04.2016, http://uroweb.org/wp-content/uploads/20-Urinary-Incontinence_LR1.pdf
- Lukacz, E.S., Sampselle, C., Gray, M., Macdiarmid S., Rosenberg M., Elsworth P. ve ark. (2011) A healthy bladder: a consensus statement. *International Journal of Clinical Practice*, **65(10)**, 1026-1036.
- MacDiarmid, S.A. (2006). Using anticholinergics to treat overactive bladder: the issue of treatment tolerability. *American Journal of Medicine*, **119(3/1)**, 9-15.
- Madersbacher, S., Pycha, A., Schatzl, G., Mian, C., Klingler, C.H., Marberger, M. (1998). The aging lower urinary tract: a comparative urodynamic study of men and women. *Urology*, **51(2)**, 206-212.
- Madhu, C., Enki, D., Drake, M.J., Hashim, H. (2015). The Functional Effects of Cigarette Smoking in Women on the Lower Urinary Tract. *Urologia Internationalis*, **10**, 478-483.
- Malmsten, U.G., Molander, U., Peeker, R., Irwin D.E., Milson I. (2010). Urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms: a

- longitudinal population-based survey in men aged 45-103 years. *European Urology*, **58(1)**, 149-156.
- Margel, D., Shochat, T., Getzler, O., Livne, PM., Pillar, G. (2006). Continuous positive airway pressure reduces nocturia in patients with obstructive sleep apnea. *Urology*, **67(5)**, 974-977.
- Maserejian, N.N., Kupelian, V., Miyasato, G., McVary, K.T., McKinlay, J.B. (2012). Are physical activity, smoking and alcohol consumption associated with lower urinary tract symptoms in men or women? Results from a population based observational study. *Journal of Urology*, **188(2)**, 490-495.
- Maserejian, N.N., Chen, S., Chiu, G.R., Wager C.G., Kupelian V., Araujo A.B. ve ark. (2013). Incidence of lower urinary tract symptoms in a population-based study of men and women. *Urology*, **82(3)**, 560-564.
- Massolt, ET., Groen, J., Vierhout, M.E. (2005). Application of the Blaivas-Groutz bladder outlet obstruction nomogram in women with urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, **24(3)**, 237-242.
- McGrother, C.W., Donaldson, M.M., Shaw, C., Matthews R.J., Hayward T.A., Dallosso H.M. ve ark. (2004). MRC Incontinence Study Team. Storage symptoms of the bladder: prevalence, incidence and need for services in the UK. *BJU International*, **93(6)**, 763-769.
- Melin, I., Falconer, C., Rössner, S., Altman, D. (2007). Nocturia and overactive bladder in obese women: A case-control study. *Obesity Research and Clinical Practice*, **1(3)**, 187-893.
- Melville, J.L., Delaney, K., Newton, K., Katon, W. (2005a). Incontinence severity and major depression in incontinent women. *Obstetrics&Gynecology*, **106(3)**, 585-592.
- Melville, J.L., Katon, W., Delaney, K., Newton, K. (2005b). Urinary incontinence in US women: A population-based study. *Archives of Internal Medicine*, **165(5)**, 537-542.
- Menezes, M., Pereira, M., Hextall, A. (2010). Predictors of female urinary incontinence at midlife and beyond. *Maturitas*, **65(2)**, 167-171.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2009). *Motivasyonel Görüşme: Tıbbi ve Halk Sağlığı Ortamlarında Motivasyonel Görüşme*. İçinde F. Karadağ, K. Ögel, A.E. Tezcan (Ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 268-88

- Milne, J.L. (2008). Behavioral therapies for overactive bladder making sense of the evidence. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, **35(1)**, 93-101.
- Milsom, I. (2009). Lower urinary tract symptoms in women. *Current Opinion in Urology*, **19(4)**, 337-341.
- Miquelutti, M.A., Cecatti, J.G., Makuch, M.Y. (2013). Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, **13**, 154.
- Mitchell, S.A., Brucker, B.M., Kaefer, D., Aponte, M., Rosenblum, N., Kelly, C. ve ark. (2014). Evaluating patients' symptoms of overactive bladder by questionnaire: the role of urgency in urinary frequency. *Urology*, **84(5)**, 1039-1043.
- Moller, L.A., Lose, G., Jorgensen, T. (2000). The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. *Acta Obstetricia et Gynecologia Scandinava*, **79(4)**, 298-305.
- Moon, S.J., Kim, Y.T., Lee, T.Y. Moon H., Kim M.J., Kim S.A. ve ark. (2011). The influence of an overactive bladder on falling: a study of females aged 40 and older in the community. *Int Neurourol J*, **15(1)**, 41-47.
- Moreira, E.D., Neves, R.C., Neto, A.F, Duarte F.G., Moreira T.L., Lobo C.F. ve ark. (2013). A population-based survey of lower urinary tract symptoms (LUTS) and symptom-specific bother: results from the Brazilian LUTS epidemiology study (BLUES). *World Journal of Urology*, **31(6)**, 1451-1458.
- Moreno-Vecinoa, B., Arija-Blázquez, A., Pedrero-Chamizob, R., Alcázara, J., Gómez-Cabelloc, A., Pérez-Lópeze, F.R., ve ark. (2015). Associations between obesity, physical fitness, and urinary incontinence in non-institutionalized postmenopausal women: The elderly EXERNET multi-center study. *Maturitas*, **82(2)**, 208-214.
- Muenning, P., Lubetkin. E., Jia, E., Franks, P. (2006). Gender and the burden of disease attributable to obesity. *American Journal of Public Health*, **96(6)**, 1662-1668.
- Must, A., Spadano, J., Coakley, E.H, et al. (1999). The disease burden associated with overweight and obesity. *The Journal of American Medical Association*, **282(16)**, 1523-1529.
- Nansel, T.R., Riggs, M.A., Yu K.F., Andrews W.W., Schwebke J.R., Klebanoff M.A. (2006). The association of psychosocial stress and bacterial vaginosis in a

- longitudinal cohort. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **194(2)**, 381-386.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. *NICE*. (2006). *Urinary Incontinence in Women. Clinical Guideline*. London, UK, **40**, Erişim 20.05.2016, www.nice.org.uk/CG040
- National Institute for Health and Clinical Excellence. *NICE*. (2015). *Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women*, Erişim 20.05.2016, <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG171>.
- Newman, D.K. (2004). Lifestyle interventions. İçinde A.P. Bourcier, E.J. McGuire, P. Abrams (Ed.), *Pelvic Floor Disorders*. Philadelphia: Elsevier Saunders; 269-276.
- Newman, D.K. (2007). *Conservative therapy for incontinence*. İçinde H.B. Goldman, S.P. Vasavada (Ed), *Female Urology: A Practical Clinical Guide*. Totowa, NJ: Humana Press, 63-79.
- Newman, D.K., Wein, A.J. (2013). Office-based behavioral therapy for management of incontinence and other pelvic disorder. *Urologic Clinics North of America*, **40(4)**, 613-635.
- Nguyen, A., Aschkenazi, S., Sand, P.K., Du, H., Botros, S.M., Gamble, T.L. ve ark. (2011). Nongenetic factors associates with stress urinary incontinence. *Obstetrics&Gynecology*, **117(2/1)**, 251-255.
- Norby, B., Nordling, J., Mortensen, S. (2005). Lower urinary tract symptoms in the Danish population: a population-based study of symptom prevalence, health-care seeking behavior and prevalence of treatment in elderly males and females. *European Urology*, **47(6)**, 817-823.
- Nygaard, I., Barber, MD., Burgio, KL., Kenton K., Maikle S. Schaffer J. ve ark. (2008). Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *The Journal of American Medical Association*, **300(11)**, 1311-1316.
- Nygaard, E.I., Shaw, J.M., Bardsley, T., Egger, M.J. (2015). Lifetime physical activity and female stress urinary incontinence. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, **213(1)**, 40-50.
- Oelke, M., Adler, E., Marschall-Kehrel, D., Herrmann, T.R., Berges, R. (2014a). Nocturia: state of the art and critical analysis of current assessment and treatment strategies. *World Journal of Urology*, **32(5)**, 1109-1117.

- Oelke, M., Wiese, B., Berges, R. (2014b). Nocturia and its impact on healthrelated quality of life and health care seeking behaviour in German community dwelling men aged 50 years or older. *World Journal of Urology*, **32**(5), 1155-1162.
- Ogden, C., Carroll, M.D., Kit, B.K., Flegal, K.M. (April 29, 2013). Centers for Disease Control and Prevention. *Prevalence of obesity in the United States, 2009-2010*, NCHS data brief, **82**, Available at: Erişim 20.04.2016, <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db82.pdf>.
- Oh, S.J., Hong, S.K., Son, H., Paick, J.S., Ku, J.H. (2005). Quality of life and disease severity in Korean women with stress urinary incontinence. *Urology*, **66**(1), 69-73.
- Oliveira, E., Zuliani, L.M., Ishicava, J., Silva, S.V., Albuquerque, S.S., de Souza, A.M. ve ark. (2010). Evaluation of factors related to the occurrence of female urinary incontinence. *Revista da Associação Médica Brasileira*, **56**(6), 688-690.
- Ostaszkiwicz, J., O'Connell, B., Dunning, T. (2012). Residents' perspectives on urinary incontinence: a review of literature. *Scandinavian Journal of Caring Science*, **26**(4), 761-772.
- Ozkan, S., Ogce, F., Cakır, D. (2011). Quality of life and sexual function of women with urinary incontinence. *Japan Journal of Nursing Science*, **8**(1), 11-19.
- Özerdoğan, N., Kızılkaya Beji, N., Yalçın, O. (2004). Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, **58**(3), 145-150.
- Park, J., Lavelle, J.P., Palmer, M.H. (2016). Voiding Dysfunction in Older Women With Overactive Bladder Symptoms: A Comparison of Urodynamic Parameters Between Women With Normal and Elevated Post-Void Residual Urine. *Neurourology and Urodynamics*, **35**(1), 95-99.
- Pedrero-Chamizo, R., Gomez-Cabello, A., Delgado, S., Rodriguez-Llarena, S., Rodriguez-Marroyo, J.A., Cabanillas, E. ve ark. (2012). Physical fitness levels among independent non-institutionalized Spanish elderly: the elderly EXERNET multi-center study. *Archives Gerontology Geriatrics*, **55**(2), 406-416.
- Pender, N.J., Murdaugh, C. L. ve Parsons, M.A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6th Edition). Boston, MA: Pearson. Erişim 16.10.2015, http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/85350/1/HEALTH_PROMOTION_MA_NUAL_Rev_5-2011.pdf.

- Phelan, S., Kanaya, A.M., Subak, L.L., Hogan, P.E., Espeland, M.A., Wing, R.R. ve ark. (2012). Weight Loss Prevents Urinary Incontinence in Women With Type 2 Diabetes: Results From the Look AHEAD Trial. *The Journal of Urology*, **187**(3), 939-944.
- Pirinççi, E., Rahman, S., Durmuş, A. (2008). Factors affecting health-promoting behaviours in academic staff. *Public Health*, **122**(11), 1261-1263.
- Prior, A., Stanley, K., Smith, A.R.B., Read, N.W. (1992). Effects of hysterectomy on anorectal and urethrovesical physiology, *Gut*, **33**(2), 264-267.
- Qaseem, A., Dallas, P., Forciea, M.A., Starkey, M., Denberg, T.D., Shekelle, P. (2014). Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, **161**(10), 764.
- Rashid, T.G., Ockrim, J.L. (2013). Male incontinence: onabotulinum toxin A and sacral nerve stimulation. *Current Opinion in Urology*, **23**(6), 545-551.
- Rasmussen, F., Tynelius, P., Kark, M. (2003). Importance of smoking habits for longitudinal and age-matched changes in body mass index: a cohort study of Swedish men and women. *Preventive Med*, **37**(1), 1-9.
- Reynard, J.M., Cannon, A., Yang, Q., Abrams, P. (1998). A novel therapy for nocturnal polyuria: a double-blind randomized trial of frusemide against placebo. *International Brazilian Journal Of Urology*, **2**, 215-218.
- Richter, H.E., Creasman, J.M., Myers, D.L., Wheeler T.L., Burgio K.L., Subak L.L. (2008). Urodynamic characterization of obese women with urinary incontinence undergoing a weight loss program: Program to Reduce Incontinence by Diet and Exercise (PRIDE) trial. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **19**(2), 1653-1658.
- Richter, H.E., Whitehead, N., Arya, L., Ridgeway, B., Allen- Brady, K., Norton, P. ve ark. (2015). Genetic Contributions to Urgency Urinary Incontinence in women. *The Journal of Urology*, **193**, 2020-2027.
- Riss, P., Kargl, J. (2011). Quality of life and urinary incontinence in women. *Maturitas*, **68**, 137-142.
- Rogers, R.G., Kammerer-Doak, D., Darrow, A., Murray, K., Qualls, C., Olsen, A. ve ark. (2006). Does Sexual Function Change After Surgery for Stress Urinary

- Œncontinence and/or Pelvic Organ Prolapse? A Multicenter Prospective Study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **195(5)**, 1-4.
- Rohr, G., Kragstrup, J., Gaist, D., Christnsen K. (2004). Genetic and environmental influences on urinary incontinence: a Danish population-based twin study of middle-aged and elderly women. *Acta Obstt Gynecol Scand*, **83(10)**, 978-982.
- Rovner, E.S. (2005). Diagnosis and treatment of overactive bladder. *Journal of Clinical Outcomes Management*, **12**, 93-101
- Sampselle, C.M. (2003). Behavioral intervention: the first-line treatment for women with urinary incontinence. *Current Urology Reports*, **4(5)**, 356-361.
- Scemons, D. (2013). Urinary incontinence in adults. *Nursing*, **43(11)**, 52-60.
- Schartzl, G., Temml, C., Schmidbauer, J., Dolezal B., Haidinger G., Madeersbacher S. (2000). Crosssectional study of nocturia in both sexes: analysis of a voluntary health screening project. *Urology*, **56(1)**, 71-75.
- Schatzl, G., Temml, C., Waldmüller, J., Thürridl, T., Haidinger, G., Madersbacher, S.A. (2001). Comparative cross-sectional study of lower urinary tract symptoms in both sexes. *European Urology*, **40(2)**, 213-219.
- Senra, C., Pereira, M. (2015). Quality of life in women with urinary incontenance. *Revista Associação Medica Brasileira*, **61(2)**, 178-83.
- Sexton, C.C., Coyne, K.S., Kopp, Z.S., Irwin, D.E., Milsom, I., Aiyyer, L.P. (2009). The overlap of storage, voiding and postmicturition symptoms and implications for treatment seeking in the USA, UK and Sweden: EpiLUTS. *BJU International*, **103(3)**, 12-23.
- Shamliyan, T., Wyman, J., Bliss, D.Z., Kane, R.L., Wilt, T.J. (2007). Prevention of urinary and fecal incontinence in adults. *Evidence Report Technology Assessment*, **161**, 1-379.
- Sharifiaghdas, F., Parizi, M.K., Ahadi, B. (2013). Efficacy of transurethral bladder neck incision with 2-micron continuous wave laser (RevoLix) for the management of bladder outlet stricture in women. *Female urology*, **10(1)**, 790-794.
- Shumaker, S.A., Ockene, J.K., Riekert, K.A. (2008). *The Handbook of Health Behavior Change*, 3rd edn. New York, NY: Springer Publishing Company, 152-168.
- Siddighi, S., Hardesty, J.S. (2007). *Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstruktif Cerrahi Temel Bilgiler*. İçinde Ö. Yalçın (Ed.), Ankara, Ortadoğu Tanıtım Yayıncılık.

- Siracusano, S., Pregazzi, R., d'Aloia, G., Sartore, A., Di Benedetto, P., Pecorari, V. ve ark. (2003). Prevalence of urinary incontinence in young and middleaged women in an Italian urban area. *European Journal of Obstetrics Gynecology Reproductive Biology*, **107(2)**, 201-204.
- Sivalingam, N., Lof, K.Y. (2012). Concepts in the Management of the Overactive Bladder in Women. *Medical Journal of Malaysia*, **67(1)**, 137-143.
- Smith, A.L., Wang, P.C., Anger, J.T., Mangione C.M., Trejo L., Rodriguez L.V. ve ark. (2010) Correlates of urinary incontinence in community-dwelling older Latinos. *Journal of the American Geriatrics Society*, **58(6)**, 1170-1176.
- Soda, T., Masui, K., Okuno, H., Terai, A., Ogawa, O., Yoshimura, K. (2010). Efficacy of nondrug lifestyle measures for the treatment of nocturia. *Journal of Urology*, **184(3)**, 1000-1004.
- Song, Y.F., Zhang, W.J., Song, J., Xu, B. (2005). Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Fuzhou Chinese women. *Chinese Medical Journal*, **118(11)**, 887-892.
- Song, H.J., Kim, M.J., Huh, J.S., Park, E.O., Lee, E.J., Moon, J.S. ve ark. (2006). A study of lower urinary tract symptoms for the Korean women aged 30 and over. *Internatinal Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **17(4)**, 356-359.
- Sorrentino, F., Cartwright, R., Digesu, G.A., Tolton, L., Franklin, L., Singh, A. ve ark. (2015). Associations Between Individual Lower Urinary Tract Symptoms and Bacteriuria in Random Urine Samples in Women. *Neurourology and Urodynamics* **34(5)**, 429-433.
- Spencer, J. (2012). Continence promotion: how nurses can educate women. *Nursing for Women's Health*, **16(4)**, 337-340.
- Stahl, D., Sum, CF., Lum, SS., Liow, PH., Chan, YH., Verma, S. ve ark. (2008). Screening for depressive symptoms: validation of the center for epidemiologic studies depression scale (CES-D) in a multiethnic group of patients with diabetes in Singapore. *Diabetes Care*, **31(6)**, 1118-1129.
- Stanton, S.L., Ozsoy, C., Hilton, P. (1983) Voiding difficulties in the female: prevalence, clinical and urodynamic review. *Obstetrics&Gynecology*, **61(2)**, 144-147.

- Stewart, W.F., Van Rooyen, J.B., Cundiff, G.W., Abrams, P., Herzog, A.R., Corey, R. ve ark. (2003). Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World Journal Urology*, **20(6)**, 327-336.
- Stothers, L., Friedman, B. (2011). Risk factors for the development of stress urinary incontinence in women. *Current Urology Reports*, **12(5)**, 363-369.
- Subak, L.L., Johnson, C., Whitcomb, E., Boban, D., Saxton, J., Brown J.S. (2002). Does weight loss improve incontinence in moderately obese women? *Internatinal Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **13(1)**, 40-43.
- Subak, L.L., Richter, H.E., Hunskar, S. (2009a). Obesity and urinary incontinence: epidemiology and clinical research update. *Journal of Urology*, **182(6)**, 2-7.
- Subak, L.L., Wing, R., West, D.S., Franklin, F., Vittinghoff, E., Creasman, J.M. ve ark. (2009b). Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obesewomen. *New England Journal of Medicine*, **360**, 481-490.
- Sung, V.W., West, D.S., Hernandez, A.L. (2009). Association between urinary incontinence and depressive symptoms in overweight and obese women. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, **200(5)**, 557-562.
- Swithinbank, L., Hashim, H., Abrams, P. (2005). The effect of fluid intake on urinary symptoms inwomen. *Journal of Urology*, **174(1)**, 187-189.
- Şentürk, Ş., Kara, M. (2010). Menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi*, **17(1)**, 7-11.
- Tahtinen, R.M., Auvinen, A., Cartwright, R., Johnson, T.M., Tammela, T.L.J., Tikkinen, K.A.O. (2011). Smoking and bladder symptoms in women. *Obstetrics&Gynecology*, **118(3)**, 643-648.
- Tahtinen, R.M., Cartwright, R., Tsui, J., Aaltonen, R.L., Aoki, Y., Cardenas, J.L. ve ark. (2016). Long-term impact of mode of delivery on stress urinary incontinence and urgency incontinence: a systematic review and meta-analysis. *European Urology*, **70**, 148-158.
- Takeda, M., Araki, I., Kamiyama, M., Takihana, Y., Komuro, M., Furuya, Y. (2003). Diagnosis And Treatment of Voiding Symptoms. *Urology*, **62(5b)**, 11-19.
- Talley, N.J. (2004). Definitions, epidemiology, and impact of chronic constipation. *Reviews in Gastroenterological Disorders*, **4(2)**, 3-10.
- Tanaka, Y., Masumori, N., Tsukamoto, T., Furuya, S., Furuya, R., Ogura, H. (2009). Treatment Strategy According to Findings on Pressure-Flow Study forWomen

- with Decreased Urinary Flow Rate. *Advances in Urology*, Article ID 782985, doi:10.1155/2009/782985
- Tayar, M., Korkmaz, N.H. (2007). *Beslenme Sağlıklı Yaşam*. Ankara: 2.Baskı, Nobel Yayın.
- Temel, M. (2007). Tekirdağ iline bağlı I ve IV nolu sağlık ocaklarına başvuran 15-49 yas kadınlarda genital hijyen uygulamalarının incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **15(9)**, 91-99.
- Thom, D.H., Brown, J.S., Schembri, M., Ragins, A.I., Subak, L.L., Van Den Eeden, S.K. (2010). Incidence of and risk factors for change in urinary incontinence status in a prospective cohort of middle-aged and older women: the reproductive risk of incontinence study in Kaiser. *Journal of Urology*, **184(4)**, 1394-1401.
- Thompson, D.L., Smith, D.A. (2002). Continence nursing: a whole person approach. *Holistic Nursing Practice*, **16(2)**, 14-31.
- Tian, Y., Guan, Y., Wen, J., Shang, X., Li, J., Wang, Y. (2016) Survey and Risk Factors for Lower Urinary Tract Storage Symptoms in Middle-Aged and Older Stroke Patients in Urban China. *Lower Urinary Tract Symptoms*, **8(2)**, 91-99.
- Tikkinen, K.A., Tammela, T.L., Huhtala, H., Auvinen, A. (2006a). Is nocturia equally common among men and women? A population based study in Finland. *Journal of Urology*, **175(2)**, 596-600.
- Tikkinen, K.A., Auvinen, A., Huhtala, H., Tammela, T.L. (2006b). Nocturia and obesity: a population-based study in Finland. *Amerian Journal Epidemiology*, **163(11)**, 1003-1011.
- Tikkinen, K.A., Auvinen, A., Johnson, T.N., Weiss, J.P., Keranen, T., Tiitinen, A. ve ark. (2009). A systematic evaluation of factors associated with nocturia-the population based FINNO study. *Amerian Journal Epidemiology*, **170(3)**, 361-368.
- Timur, S., Kızılkaya, B.N., Aslan, E., Yalçın, O. (2012). Determining lower urinary tract symptoms and associated risk factors in young women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, **118(1)**, 27-30.
- Tincello, D.G., Rashid, T., Revicky, V. (2014). Emerging treatments for overactive bladder: clinical potential of botulinum toxins. *Research and Reports in Urology*, **21(6)**, 51-57.

- Tiryaki K. 2013. Üniversitede görev yapan akademik personelin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Tokat, M.A., Okumuş, H. (2008). Başarılı Emzirme İçin Kuram ve Modele Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Nasıl Geliştirilir. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği*, **3**, 51-58.
- Townsend, M.K., Resnick, N.M., Grodstein, F. (2012). Caffeine Intake and Risk of Urinary Incontinence Progression Among Women. *Obstetrics&Gynecology*, **119(5)**, 950-957.
- Tozun, M., Ayrancı, U., Unsal, A. (2009). Prevalence of urinary incontinence among women and its impact on quality of life in a semirural area of western Turkey. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, **67(4)**, 241-249.
- Tubaro, A. (2004). Defining overactive bladder: epidemiology and burden of disease. *Urology*, **64(6/1)**, 2-6.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2015). Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Erişim 01.10.2016, <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=43>
- Türkiye halk sağlığı kurumu (THSK). (2016). Obezite, Erişim 10.03.2016, <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=38>.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Erişim: 02.02.2014. <http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul>.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye.
- Türkiye Sağlık ve Beslenme Araştırması (TBSA). (2010). Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 2014. Erişim: 30.11.2015 (http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf).
- Urology Consultants Center for Continence Care and Pelvic Medicine. (2010). Bladder Irritants. <http://www.ucl-stl.com/pdf/BladderIrritants.pdf> Erişim Tarihi: 10.05.2016

- Ünsal, A., Tözün, M., Arslantaş, D. (2013). Eskişehir ili Beylikova ilçe merkezinde 20 yaş ve üzeri kadınlar arasında üriner inkontinans, ilişkili faktörler ve depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **12(3)**, 231-244.
- Valentini, F.A., Nelson, P.P., Zimmern, P.E. (2015). VBN-Based Nomograms Provide Critical Voiding Parameters Which Can Be Used for Invasive or Non-Invasive Flow Interpretation of Women at Risk of Obstruction Over Time. *Neurourology and Urodynamics*. 1-6. DOI 10.1002/nau.22893
- Van Breda, H.M., Bosch, J.L., deKort, L.M. (2015). Hidden prevalence of lower urinary tract symptoms in healthy nulligravid young women. *International Urogynecol Journal*, **26(11)**, 1637-1643.
- Van Brummen, H.J., Bruinse, H.W., van dePol, G., Heintz, A.P., van der Vaart, C.H. (2007). The effect of vaginal and cesarean delivery on lower urinary tract symptoms: what makes the difference? *International Urogynecol Journal*, **18(2)**, 133-139.
- van der Vaart, C.H., van der Bom, J.G., de Leeuw, J.R., Roovers, J.P., Heintz, A.P. (2002). The contribution of hysterectomy to the occurrence of urge and stress urinary incontinence symptoms. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **109(2)**, 149-154.
- Vaughan, C.P., Brown, C.J., Goode, P.S., Burgio, K.L., Allman, R.M. (2010). The association of nocturia with incident falls in an elderly community-dwelling cohort. *International Journal of Clinical Practice*, **64(5)**, 577-583.
- Vaughan, C.P., Auvinen, A., Cartwright, R., Johnson, T.M., Tahtinen TM, Ala-Lipasti, M.A. (2013). Impact of Obesity on Urinary Storage Symptoms: Results from the FINNO Study. *The Journal of Urology*, **189(4)**, 1377-1382.
- Veenboer, P., Bosch, J.L., (2014). Long-term adherence to antimuscarinic therapy in every day practice: a systematic review. *J.Urol*, **191(4)**, 1003-1008.
- Virtanen, H., Makinen, J., Tenho, T., Kiilholma, P., Pitkanen, Y., Hirvonen, T. (1993). Effects of abdominal hysterectomy on urinary and sexual symptoms. *International Brazilian Journal Of Urology*, **72(6)**, 868-872.
- Visser, E., de Bock, G.H., Berger, M.Y., Dekker, J.H. (2014). Impact of urinary incontinence on sexual functioning in community-dwelling older women. *The Journal of Sexual Medicine*, **11(7)**, 1757-1765.

- Wada, K., Tanaka, K., Theriault, G., Satoh, T., Mimura, M., Miyaoka, H. ve ark. (2007). Validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale as a screening instrument of major depressive disorder among Japanese workers. *American Journal of Industrial Medicine*, **50(1)**, 8-12.
- Walker, S.N., Sechrist, K.R. ve Pender, N.J. (1987). The Health- Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, **36(2)**, 76-81.
- Walsh, C.A., Siddins, A., Parkin, K., Mukerjee, C., Moore, K.H. (2011). Prevalence of ‘‘low-count’’ bacteriuria in female urinary incontinence versus continent female controls: A crosssectional study. *International Urogynecol Journal*, **22(10)**, 1267-1272.
- Walters, M.D. (2015). Urinary incontinence in women comes and goes, and reasons remain elusive. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **122(6)**, 816-823.
- Wan, X., Wang, C., Xu, D., Guan X., Sun T. ve Wang K. (2014). Disease stigma and its mediating effect on the relationship between symptom severity and quality of life among community-dwelling women with stress urinary incontinence: a study from a Chinese city. *Journal of Clinical Nursing*, **23(15/16)**, 2170-2180.
- Wang, Y., Xu, K., Hu, H., ve ark. (2011). Prevalence, risk factors, and impact on health related quality of life of overactive bladder in China. *Neurourology and Urodynamics*, **30(8)**, 1448-1455.
- Wang, Y., Hu, H., Xu, K., Wang, X., Na, Y., Kang, X. (2015). Prevalence, risk factors and the bother of lower urinary tract symptoms in China: a population based survey. *International Urogynecol Journal*, **26(6)**, 911-919.
- Weiss, J.P., Wein, A.J., van Kerrebroeck, P., Dmochowski R., Fitzgerald M., Tikkinen M. ve ark. (2011a). Nocturia: new directions. *Neurourology and Urodynamics*, **30(5)**, 700-703.
- Weiss, J.P., Blaivas, J.G., Bliwise, D.L., Dmochowski R.R., Dubeau C.E., Lowe F.C. ve ark. (2011b). The evaluation and treatment of nocturia: A consensus statement. *BJU International*, **108(1)**, 6-21.
- Weiss, J.P., Blaivas, J.G., Blanker, M.H., Bliwise D.L., Dmochowski R.R., Drake M. ve ark. (2013). The New England Research Institutes, Inc. (NERI) Nocturia

- Advisory Conference 2012: focus on outcomes of therapy. *BJU International*, **111(5)**, 700-716.
- Wennberg, A.L., Molander, U., Fall, M., Edlung C., Peeker, R., Milsom, I. (2009a). A longitudinal population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in women. *European Urology*, **55(4)**, 783-791.
- Wennberg, A.L., Molander, U., Fall, M., Edlund, C., Peeker, R., Milsom, I. (2009b). Lower urinary tract symptoms: lack of change in prevalence and help-seeking behavior in two population-based surveys of women in 1991 and 2007. *BJU International*, **104(7)**, 954-959.
- Wesnes, S.L., Lose G.(2013.) Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. *International Urogynecol Journal*, 24, 889-899.
- Wesnes S.L. (2014). Weight and urinary incontinence: the missing links. *International Urogynecol Journal*, **25(6)**, 725-729.
- Wing, R.R., Creasman, J.M., West, D.S., Richter H.E., Myers D., Burgio K.L. ve ark. (2010). Improving urinary incontinence in overweight and obese women through modest weight loss. *Obstetrics&Gynecology*, **116(2/1)**, 284.
- World Health Organization (WHO) (2003). Diet, nutrition and prevention of chronic diseases. Geneva, Erişim 01.06.2016, http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/gsfao_introduction.pdf.
- World Health Organization (WHO) (2008). A Framework to monitor and evaluate implementation. Global strategy on diet, physical activity and health, Erişim 11.04.2016, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/DPASindicators/en/>
- Wu, X.H., Liu, X.X., Xie, K.H., Wang, R.M., Wu, Y.X., Liu, Y.G. (2011). Prevalence and related factors of urinary incontinence among Hebei women of China. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, **71(4)**, 262-267.
- Wyman, J.F., Burgio, K.L., Newman, D.K. (2009). Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. *International Journal of Clinical Practice*, **63(8)**, 1177-1191.

- Yağmur, Y. (2007). Malatya İli Fırat Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş kadınların genital hijyen davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **6(5)**, 325-330.
- Yagmur, Y., Ulukoca, N. (2010). Urinary incontinence in hospital-based nurses working in Turkey. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, **108(3)**, 224-227.
- Yayci, M. (2010). Urinary incontinence. *Dirim Tıp Gazetesi*, **85(1)**, 1-7.
- Yazıcı, C.M., Kurt, O. (2015). Combination therapies for the management of nocturia and its comorbidities. *Research and Reports in Urology*, **7**, 57-63.
- Yilmaz, S. (2010). Perinatal kayıp deneyiminin sonraki gebelik üzerine etkileri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.
- Yu, P.L., Shi, J., Liu, X.R., Xia, C.W., Liu, D.F., Wu, Z.L. ve ark. (2009). Study on the prevalence of urinary incontinence and its related factors among elderly in rural areas, Jixian county, Tianjin. *Zhonghua Liu Xing BinqXue Za Zhi*, **30(8)**, 766-771.
- Zhang, W., Song, Y., He, X., Xu, B., Huang, H., He, C. (2005). Prevalence and risk factors of lower urinary tract symptoms in Fuzhou Chinese women. *European Urology*, **48(2)**, 309-313.
- Zhang, W., Song, Y., He, X., Huang, H., Xu, B. Song, J.(2006) Prevalence and risk factors of overactive bladder syndrome in Fuzhou Chinese women. *Neurourology and Urodynamics*, **25(7)**, 717-721.
- Zhang, C., Hai, T., Yu, L., Liu, S., Li, Q., Zhang, X., Xu, T., Wang, X. (2013). Association Between Occupational Stress and Risk of Overactive Bladder and Other Lower Urinary Tract Symptoms: A Cross-Sectional Study of Female Nurses in China. *Neurourology and Urodynamics*, **32(3)**, 254-260
- Zhang, L., Zhu, L., Xu, T., Lang, J., Li, Z., Gong, J. (2015a). A Population-based Survey of the Prevalence, Potential Risk Factors, and Symptom-specific Bother of Lower Urinary Tract Symptoms in Adult Chinese Women. *European Urology*, **68(1)**, 97-112.
- Zhang, P., Hu, W., Cheng, B., Cheng, L., Xiong, X. (2015b). α 1-Adrenergic Receptor Antagonists Versus Placebo For Female Lower Urinary Tract Symptoms: A Meta-Analysis. *Experimental And Therapeutic Medicine*, **10(1)**, 251-256.

- Zhu, L., Lang, J., Wang, H., Han, S., Huang, J. (2008). The prevalence of and potential risk factors for female urinary incontinence in Beijing, China. *Menopause*, **15**(3), 566-559.
- Zhu, L., Lang, J., Liu, C., Han, S., Huang, J., Li, X. (2009). The epidemiological study of women with urinary incontinence and risk factors for stress urinary incontinence in China. *Menopause*, **16**(4), 831-836.
- Zhu, L., Li, L., Lang, J., Xu, T., Wong, F. (2010). Epidemiology of mixed urinary incontinence in China. *International Journal Gynaecology Obstetrics*, **109**(1), 55-58.
- Zumrutbas, A.E., Bozkurt, A.I., Tas, E., Acar C.I., Alkis, O., Coban, K. ve ark. (2014). Prevalence of lower urinary tract symptoms, overactive bladder and urinary incontinence in western Turkey: results of a population-based survey. *International Journal of Urology*, **21**(10), 1027-1033.

FORMLAR

FORM 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Alt üriner sistem şikâyetleri (AÜŞŞ); mesanenin tamamen boşalamaması, acil idrar yapma hissi, sık idrara çıkma, mesane duvarında zayıflık gibi depolama; zayıf, çatalı-kesintili idrar akımı, idrara geç başlama gibi idrar boşaltım ve idrarın tamamen yapılamaması, damlama gibi idrar yapma sonrası görülen sorunlarıdır. Yaklaşık 5 kadının 1 inde görülen orta şiddetteki AÜŞŞ, kadınların rahatsız olmasına ve günlük aktivitelerin bozulmasına sebep olmaktadır.

Yaşam tarzı ve davranış önlemleri üriner inkontinans, aşırı aktif mesane, idrar yolu enfeksiyonları gibi üriner sistem semptomlarını azaltmada etkilidir. Kilo kaybı, sigarayı bırakma, diyet, sıvı alımının yönetimi, fiziksel egzersiz, tuvalet eğitimi gibi dolaylı ya da doğrudan etkili olan yaşam tarzı değişiklikleri, AÜŞŞ yönetiminde önemlidir.

Bu çalışmadaki amacımız Gümüşhane’de yaşayan 50 yaş ve üzeri kadınlarda, alt üriner sistem şikâyetleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ilişkisini belirlemektir.

Çalışmaya katılmanız durumunda 1 katılım bilgi formu ve 3 ölçeği doldurmanız gerekmektedir. Bu çalışma karşılığı sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya katılma ya da katılmama hakkına sahipsiniz. Çalışmada isminizi yazmanız beklenmemektedir. Elde edilecek bilgiler saklı tutulacaktır. İlgi ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.’

Öğr. Gör. Handan ÖZCAN

Gümüşhane Üniversitesi,

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Ad Soyad:

Tarih:

İmza:

ANKET FORMU

FORM 2. KATILIMCI BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı elinizdeki anket bir çalışma nedeni ile düzenlenmiştir. Soruların hepsine cevap vermeniz çalışmanın güvenilirliği açısından çok önemlidir. Bilgiler gizli kalacaktır ve araştırmanın amacına uygun istatistiki değerlendirme dışında hiçbir amaçla kullanılmayacaktır.

Teşekkür ederim.

1) Yaş:

2) Mesleğiniz nedir?

1- Ev hanımı

2- Emekli

3- Çalışıyor

3) Medeni Durumunuz:

1- Evli 2- Dul

3- Bekâr

4- Ayrı yaşayan

5- Diğer

4) Eğitim Düzeyiniz

1- Okur yazar değil

2- Okur yazar

3- İlkokul

4- Ortaokul

5- Lise veya eş değer

6- Yüksekokul/Fakülte

5) Eşinizin eğitim durumu

1- Okur yazar değil

2- Okur yazar

3- İlkokul

4- Ortaokul

5- Lise veya eş değer

6- Yüksekokul

6) Eşinizin meslek durumu

1- Çalışıyor

2- Emekli

3- Çalışmıyor

7) Aylık Geliriniz?.....YTL

1- Gelir giderden az

2- Gelir gidere eşit

3- Gelir giderden fazla

8) Doğurganlık Öyküsü

1- Gebelik sayınız:

2- Doğum sayınız:

3- Düşük sayınız:

4- Kürtaj sayınız:

9) Son adet tarihi:

10) Hala adet görenler için: (birini seçiniz)

1- Son üç aydır düzenli adet görüyorum

2- En az 3 aydır adet görmüyorum ya da önceki üç ayda düzensiz adet görüyorum

3- Hormon tedavisi almadan son bir yıldır adet görenler

4- Menopoz Yaşı:

11) Boyunuz:

Kilonuz:

BKİ:

12) Doğum yapma şekliniz?

1- Vajinal doğum

2- Sezaryan

3- Her iki şekilde de

13) Doğumlarınızı nerede yaptınız?

1. Hastanede

2. Evde

3. Hastanede/evde

14) Bebeğinizin doğum ağırlığını hatırlıyor musunuz?.....

15) Doğumda epizyotomi uygulanma durumu

1- Evet

2- Hayır

16) Doğumda yırtık oluşup dikiş atılma durumu

1- Evet

2- Hayır

- 17) 4 kg ve üzeri kiloda doğan bebeğiniz oldu mu? 1- Evet 2- Hayır
- 18) Histerektomi ameliyatı geçirdiniz mi?
1- Evet 2- Hayır
Ne zaman:
- 19) Herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı ? (Geçmişte ya da şimdi)
1- Evet 2- Hayır 3- Geçmişte 4- Şimdi
- 20) Herhangi bir kronik hastalığınız var mı ?
1- Evet 2- Hayır
Kronik hastalığın ismi:
- 21) Kullandığınız bir ilaç var mı?
1- Evet 2- Hayır
İlacın ismi:
- 22) Düzenli egzersiz yapar mısınız?
1- Evet 2- Hayır
- *Cevabınız evet ise ne sıklıkla (Uygun olan seçeneği işaretleyiniz)
1- Haftada 3 ten fazla 2- Haftada 3 ve daha az
- 23) Sigara kullanıyor musunuz?
1- Evet Ne kadar? tane/paket/gün
2- Hayır
- 24) Günlük tüketilen kahve miktar kahve fincan /gün.
- 25) Günlük tüketilen çay miktar çay bardak /gün.
- 26) Günlük ped kullanır mısınız?
1- Evet 2- Hayır
- 27) Kaç saat ara ile değişirsiniz?
1- 6 saat 2- 8 saat 3- 12 saat 4- 24 saat
- 28) Tuvalet temizliğinizi nasıl yaparsınız.
1-Su ile 2-Tuvalet kağıdı ile 3-Su ve sabunla 4-Su ve tuvalet kağıdı
- 29) Vajinal duş yapar mısınız? 1- Evet 2- Hayır
- 30) Kabızlık problemi yaşar mısınız? 1- Evet 2- Hayır

FORM 3. BRISTOL KADIN ALT ÜRİNER YOL SEMPTOMLARI SORU FORMU (THE BRISTOL FEMALE LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS-B-FLUTS)

Aşağıda yer alan idrar yapma ile ilgili yaşanan sorunlara yönelik soruları geçtiğimiz ay içinde yaşadığınız sorunları düşünerek cevaplayınız. Bu sorunların sıklığını belirtirken

Ara sıra- Geçtiğimiz ayın üçte birinden daha az kez / defa

Bazen- Geçtiğimiz ayın üçte biri ile üçte iki arasında kez / defa

Genellikle- Geçtiğimiz ayın üçte ikiden daha fazla kez / defa anlamında kullanılmaktadır.

1. Gece ortalama kaç defa idrar yapmak için kalkıyorsunuz?

1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 ya da daha fazla

2. İdrar yapmak için tuvalete yetişmekte acele ettiğiniz oluyor mu?

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

3. Mesanenizde (idrar torbanızda) ağrı hissediyor musunuz?

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

4. Günde kaç kez idrar yapıyorsunuz?

1. Her 4 ya da daha fazla saatte bir yapıyorum 2. Her 3 saatte bir yapıyorum
3. Her 2 saatte bir yapıyorum 4. Saatte bir yapıyorum

5. İdrar yapmak için tuvalete oturduğunuzda idrarı başlatmak için beklemeniz gerekiyor mu?

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

6. İdrar yapmak için ıkınmanız gerekiyor mu?

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

7. İdrar yaparken bir kereden fazla, durup tekrar idrar yapmaya başlamanız gerekiyor mu?

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

8. Tuvalete yetişmeden idrar kaçırdığınız oluyor mu?

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

9. Ne kadar sıklıkla idrar kaçıırıyorsunuz?

1. Hiçbir zaman 2. Ara sıra (Haftada 1 veya daha az) 3. Bazen (Haftada 2 – 3 kez)

4. Genellikle (Günde 1 kez) 5. Her zaman (Günde birkaç kez)

10. Öksürürken hapsirirken, fiziksel olarak hareketli olduğunuzda idrar kaçıırıyor musunuz?

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

11. Hiçbir neden yokken ve idrar hissi olmadan (tuvalete gitme isteği hissetmeksizin) idrar kaçırdığınız oluyor mu?

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

12. Uykuda iken idrar kaçıırıyor musunuz?

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

13. İdrar sorunlarınız sizce cinsel hayatınızı ne kadar etkiliyor?

1. Hiç 2. Az 3. Biraz 4. Çok
14. Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırdığınız oluyor mu?
1. Hiç 2. Az 3. Biraz 4. Çok
15. İdrar kaçırma nedeniyle gün içerisinde kıyafetlerinizi değiştirmeniz gerekiyor mu?
- 1.Hiçbir zaman 2.Ara sıra 3.Bazen 4.Genellikle 5.Herzaman
16. İdrar şikâyetlerinizin azalması ve yapmak istediklerinizi rahat yapabilmek için içtiğiniz sıvı miktarını azalttığınız oluyor mu?
- 1.Hiçbir zaman 2.Ara sıra 3.Bazen 4.Genellikle 5.Herzaman
17. İdrar şikâyetleriniz günlük yaptığınız işleri (temizlik, eşya kaldırma) ne derecede etkiliyor?
1. Hiç 2. Az 3. Biraz 4. Çok
18. Yakınlarında tuvalet olmadığını bildiğiniz yerlere gitmekten kaçınıyor musunuz?
(Alışveriş, seyahat, tiyatro).
- 1.Hiçbir zaman 2.Ara sıra 3.Bazen 4.Genellikle 5.Herzaman
19. İdrar şikâyetleriniz hayatınızı ne kadar etkiliyor?
1. Hiç 2. Az 3. Biraz 4. Çok

FORM 4. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği işaretleyiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az 3 kez 20 dk ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (Hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm)				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				

18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az 3 kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (Örneğin; yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapılacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				

40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dk gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

FORM 5. EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMALAR MERKEZİ DEPRESYON SKALASI

Aşağıda hissettiğiniz veya davranışlarınızla ilgili bir durumlar listesi vardır. Geçen hafta süresince belirtilen durumu ne sıklıkta hissettiğinizi lütfen söyleyiniz.

Son Bir Hafta Süresince:

	Nadiren ya da hiç (Haftada 1 gün ya da daha az)	Ara-sıra (Haftada 1-2 gün)	Sıklıkla (Haftada 3-4 gün)	Çoğu zaman ya da her zaman (Haftada 5-7 gün)
1. Normalde bana sıkıntı vermeyecek olaylar, beni rahatsız etti.				
2. Yemek yemek istemedim, iştahım kötüydü.				
3. Ailemin desteğine rağmen, hüzünlü olmaktan kurtulamadığımı hissettim.				
4. Diğer insanlar kadar iyi olduğumu hissettim.				
5. Yaptığım işe zihnimi toparlamada sorun yaşadım.				
6. Kendimi içe kapanık (depresif) hissettim.				
7. Yaptığım her iş için çaba sarfetmem gerektirdiğini hissettim.				
8. Gelecek hakkında umut doluydum.				
9. Yaşamımda başarısız olduğumu hissettim.				
10. Kendimi korkulu, ürkek hissettim.				
11. Uykum huzursuzdu.				
12. Mutluydum.				
13. Her zamankinden daha az konuştum.				
14. Kendimi yalnız hissettim.				
15. İnsanlar bana dostça gelmedi.				
16. Yaşamdan zevk aldım.				
17. Ağlama nöbetlerim oldu.				

18. Kendimi üzgün hissettim.				
19. İnsanların benden hoşlanmadığını hissettim.				
20. Yaptığım herhangi bir şeye devam edemedim.				



EK 1. ETİK KURUL KARARI



T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



Sayı : 83045809/604.01/02 -
Konu:

İstanbul .../.../.....

I.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Dekanlığına

İlgi: 16.12.2014 tarih, 74311748-302.08.01-277809 sayılı yazımıza;

Fakülteniz öğretim üyesi **Prof.Dr.Nezihe Kızılkaya BEJİ'nin** danışmanlığında **Doktora Öğrencisi Handan ÖZCAN'ın** yürüttüğü "Gümüşhane'de Yaşayan 50 Yaş ve Üzeri Kadınlarda, Alt Üriner Sistem Şikayetleri ile Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları İlişkisi" başlıklı **Doktora Tezi (Anket)** hakkında ilgi yazınız ve ekleri **06 Ocak 2015** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi, durumun adı geçen anabilim dalı başkanlığına bildirilmesini arz ederim


Prof.Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

Eki:
1 dosya

KAFAR BİLGİLERİ

Doktora Öğrencisi Handan Özcan'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

ÇALIŞMA ESASI

İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR**ETİK KURUL ÜYELERİ**

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR (Başkan)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Faik ÖZÇELİK (Başkan Yard.)	Genel Cerrahi	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Muhlis Cem AR (Raportör)	İç Hastalıkları Hematoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Sebahattin SAIP	Nöroloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Mahmut Reha BAYAR	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Zeki ÖNGEN	Kardiyoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Ertan YURDAKOŞ	Fizyoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Hatun Hanzade DOĞAN	Deontoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Sibel Özmen ÖZYAZGAN	Farmakoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Yusuf TUNALI	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Suphi VEHİD	Halk Sağlığı	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Zeynep Hande TURNA	İç Hastalıkları Medikal Onkoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Uzm. Dr. Mutlu NİYAZOĞLU	İç Hastalıkları	İst. Eğitim ve Araştırma Hast.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Avukat Ayfer DİKMEN	Ticaret ve Sağlık Hukuku	Serbest Hukuk Bürosu	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Zümrüt GAMLI	Emekli Öğretmen	Sivil Üye	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

* :Araştırma ile İlişki

** :Toplantıda Bulunma

EK 2. KURUM İZNİ



**T.C.
GÜMÜŞHANE VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü**

GÜMÜŞHANE HALK SAĞLIĞI M
Giden Evr. Tarih-No : 12.02.2015
Gideceği Yer : Handan Özcan

Konusu : Tez Çalışması
Eki : 

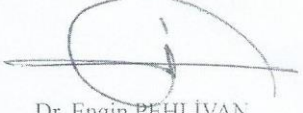
Sayı : 89710013-044/
Konu : Handan Özcan Tez Çalışması

Sayın; Arşt. Handan ÖZCAN
(Gümüşhane Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Laboratuvar Bölümü)

İlgi: a) 27/01/2015 tarihli ve 728 sayılı dilekçe
b) 20/06/2014 tarihli ve 673503772014.5679.42358/770 sayılı yazı

İlgi (a) tarihli ve sayılı dilekçenize istinaden; "Gümüşhane' de Yaşayan 50 Yaş Üzeri Kadınlarda, Alt Üriner Sistem Şikayetleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İlişkisi" konulu doktora tez çalışmanızı yapabilmemiz için ilgi (b) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı' nın yazısı doğrultusunda değerlendirilmesi sonucunda; kurumlarımızdan hiçbir veri almadan, hastaya ait kişisel sağlık bilgilerinin gizliliğine riayet ederek, eğer aile sağlığı merkezlerinde vatandaşlarla görüşülecekse de aile sağlığı merkezi sorumlu hekiminden izin alınarak, işleyişi aksatmadan yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.


Dr. Engin PEHLİVAN
 Halk Sağlığı Müdürü

Sağlıklı Nesiller Yetiştirmek İçin Bebeğinize İlk 6 Ay Sadece ANNE SÜTÜ Veriniz.



Karaer Mahallesi Menekşe Sk. GÜMÜŞHANE
Tel: 0 456 2135476 Dahili:1118-1128 Fax: 0 456 2132191
Web Adresi :www.gumushanehsm.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi: Aile Hek. ve Top. Sağ. Fliz. Şb.
Şb. Md. : T. ALKAN
E-Posta :hsm29.ahts@saglik.gov.tr

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	56,25	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	71,449	71,060	70,257
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (Word, Excel, Power Point)	İyi
SPSS	İyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

1. Bostan S, Tercanlı N, **Özcan H**, Yekeler B. ‘Sağlık Çalışanları Hastane Hasta Hakları Uygulamalarına Karşı mı? Gümüşhane Örneği’ 1. Ulusal Sağlıkta Haklar, Sorunlar ve Sorumluluklar Kongresi, Trabzon, 21-24 Eylül 2010, (Poster Bildiri).
2. **Özcan H**, Şahin M. ‘Kars Yöresinde Hayvan Yetiştiricilerinin İşletme Büyüklüğüne Göre Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi’ 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Trabzon, 04-07 Ekim 2011, 098, (Poster Bildiri).
- 3- **Özcan H**, Şahin M. ‘Hayvan Yetiştiricilerinin Brusella Hastalığı Hakkındaki Bilgi Düzeyi’ 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Trabzon, 04-07 Ekim 2011, 113(Poster Bildiri).
- 4- **Özcan H**. Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Becerileri. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Trabzon, 04-07 Ekim 2011, 298 (Poster Bildiri).
- 5- **Özcan H**, Yiğitbaş Ç, Eren A, Bacı S, Mesci Z. Farklı Eğitim Düzeylerinin Kriz Algısına Etkisi. 11. Afet Sempozyumu, İstanbul, 23-25 Aralık 2011 (Sözlü Bildiri).
- 6- Yiğitbaş Ç, **Özcan H**. Kurum Yöneticilerinin Kriz Yönetimi İle İlgili Düşünceleri: Gümüşhane Örneği. 11. Afet Sempozyumu, İstanbul, 23-25 Aralık 2011 (Sözlü Bildiri).

- 7- Yiğitbaş Ç, **Özcan H**, Sarık ME, Daş P, Serbest G, Yekeler B. Okul Yöneticilerinin Depremle İlgili Kriz Yönetimleri: Gümüşhane Örneği. 11. Afet Sempozyumu, İstanbul, 23-25 Aralık 2011 (Poster Bildiri).
- 8- Şahin N, **Özcan H**. Kadın Sağlığı Hemşireliğinde Lisansüstü Eğitim: ‘Dünyadan Örnekler’. III. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi, İstanbul, 18-20 Mayıs 2012 (Poster Bildiri).
- 9- **Özcan H**, Özdemir O, İnci E, Sözkese N. Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi: Gümüşhane Örneği. İlk ve Acil Yardım Sempozyumu, Gümüşhane, 10-12 Haziran 2012 (Sözlü Bildiri).
- 10- **Özcan H**, Şahin N. Acil Obstetrik Bakım. İlk ve Acil Yardım Sempozyumu, Gümüşhane, 10-12 Haziran 2012 (Sözlü Bildiri).
- 11- **Özcan H**. Öğrenci, Hemşire ve akademisyen gözü ile kadın hastalıkları ve doğum açısından okul hastane iş birliği. Hemşireliği Güçlendirme Günleri, Trabzon, 21 Haziran 2012 (Sözlü Bildiri).
- 12- **Özcan H**, Rathfisch G. Üniversite öğrencilerinin doğal doğuma bakışı. I.Ulusal Doğum Sonrası Bakım Kongresi, İzmir, 20-22 Haziran 2013, 26 (Poster Bildiri).
- 13- **Özcan H**, Kızılkaya Beji N. Gümüşhane il merkezindeki gebelerin sağlık uygulamaları. I.Ulusal Doğum Sonrası Bakım Kongresi İzmir, 20-22 Haziran 2013, 77 (Poster Bildiri).
- 14- **Özcan H**, Oskay Ü. Jinekolojik Onkoloji hastalarında cinsel işlev bozuklukları ve tedavi yaklaşımları. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Doğum Kongresi, İstanbul, 20-22 Eylül 2012 (Poster Bildiri).
- 15- **Özcan H**, Özkan S. Paramedik öğrencilerinin, kadın hastalıkları ve doğum uygulamasına ilişkin duygu ve düşünceleri. I.Ulusal Doğal Doğum Kongresi, İstanbul, 24-26 Nisan 2013, 39 (Poster Bildiri).
- 16- **Özcan H**. İlk ve Acil Yardım Öğrencileri Gözüyle; Doğum ve Kadın Hastalıkları Açısından, Okul Hastane İşbirliği. I. Ulusal Doğal Doğum Kongresi, İstanbul, 24-26 Nisan 2013, 26 (Poster Bildiri).
- 17- **Özcan H**, Kızılkaya Beji N. Üriner inkontinanslı hastaların değerlendirilmesinde kullanılan önemli bir parametre: Yaşam kalitesi.6. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi, İstanbul, 23-26 Kasım 2013 (Sözel Bildiri).

- 18-Özcan H**, Oskay Ü. Gebelikte Grip. 4. Kadın Doğum Günleri Kongresi, İstanbul, 27 Şubat- 1 Mart 2014 (Poster Bildiri).
- 19-Özcan H**, Beji Kızılkaya N, Başgöl Ş, Karadağ A, Emlik K. Sexual Health Information Conditions of University Students. 21. Uluslararası Cinsel Sağlık Kongresi, Antalya, 17-20 Nisan 2014, (Sözel Bildiri).
- 20-Karadağ A, Özcan H**, Emlik K. 21. yüzyılda hemşirelik: Hemşirelik felsefesi için bir yer var mı? 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Trabzon, 1-3 Mayıs 2014, 265 (Poster Bildiri).
- 21-Tutak B, Özcan H**, Tacal N, Çelik Ş. Hemşirelikte Etik. 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Trabzon, 1-3 Mayıs 2014, 267 (Poster Bildiri).
- 22-Yılmaz H, Elkoca A, Özcan H**, Çolakoğlu G, Dilber S, Küçükbaş E. Sağlık çalışanlarının motivasyonu. 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Trabzon, 1-3 Mayıs 2014, 147 (Poster Bildiri).
- 23-Özcan H**, Elkoca A, Keleş B, Aydın S. Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme durumları. 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Trabzon, 1-3 Mayıs 2014, 265 (Sözel Bildiri).
- 24-Özcan H**, Erdoğan Y, Güven B, Gökçe T. Üniversite öğrencilerinin aile içi şiddete maruziyetleri. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Kayseri, 22-26 Nisan 2015,228 (Poster Bildiri).
- 25-Özcan H**, Hanbay D, Ağçay BÇ, Taş Z. Üniversite öğrencilerinin şiddet eğilimleri. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Kayseri, 22-26 Nisan 2015,235 (Poster Bildiri).
- 26-Özcan H**, Taş Z, Hanbay D, Ağçay BÇ. Hemşire adaylarının özgüven ve problem çözme becerilerinin değerlendirilmesi. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Kayseri, 22-26 Nisan 2015,61 (Poster Bildiri).
- 27-Acıbadem E, Özcan H**, Uludağ E, Kızılkaya Beji N, Kaya F. Hemşirelik eğitiminde yeni bir uygulama olan simülasyon eğitime bakış. 16. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Eskişehir, 28-29 Nisan 2016, 130 (Poster Bildiri).
- 28-Nas H, Uludağ E, Özcan H**, Kaya F, Acıbadem E. Karşılanamayan hemşirelik bakımı. 16. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Eskişehir, 28-29 Nisan 2016, 131 (Poster Bildiri).

- 29- Peşmen A, **Özcan H**, Nas H. Hemşirelik adaylarının branşlaşmaya bakışları. 16. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Eskişehir, 28-29 Nisan 2016, 132 (Poster Bildiri).
- 30- Yılmaz İ, **Özcan H**, Maz N, Peşmen A. Tele- Bakım, simülasyon ve hemşirelik. 16. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Eskişehir, 28-29 Nisan 2016, 158 (Poster Bildiri).
- 31- **Özcan H**, Uludağ E, Acıbadem E, Kaya F, Nas H. Hemşire adaylarının ahlaki etik duyarlılıkları. 16. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Eskişehir, 28-29 Nisan 2016, 081 (Sözlü Bildiri).
- 32- Maz N, **Özcan H**, Yılmaz İ. Hemşirelerin meslekte branşlaşmaya bakışları. 16. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Eskişehir, 28-29 Nisan 2016, 087 (Sözlü Bildiri).
- 33- Özcan H, Kızılkaya NB. Alt üriner sistem semptomları ve risk faktörleri. 3. Ürojinekolojide Güncel Yaklaşımlar Sempozyumu, Ankara, 03-05 Haziran 2016 (Poster Bildiri).
- 34- Özcan H, Kızılkaya NB. Alt üriner sistem semptomları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. 3. Ürojinekolojide Güncel Yaklaşımlar Sempozyumu, Ankara, 03-05 Haziran 2016 (Poster Bildiri).

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

- 1- **Özcan H**, Oskay Ü. Gebelikte TBC. 1. Uluslararası ve 5. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi., Eskişehir, 24-26 Nisan 2014, 176 (Poster Bildiri).
- 2- **Özcan H**, Oskay Ü. Gebelik ve Astım. 1. Uluslararası ve 5. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, Eskişehir, 24-26 Nisan 2014, 175 (Poster Bildiri).
- 3- **Özcan H**, Beji Kızılkaya N, Başgöl Ş, Karadağ A, Emlik K. Sexual health information conditions of university students. 21. Uluslararası Cinsel Sağlık Kongresi, Antalya, 17-20 Nisan 2014 (Sözlü Bildiri).
- 4- **Özcan H**, Rathfisch G. AE 77. Water birth (Hydrotherapy).The 9 th Congress on Women's Health&Disease, 28-30 Ağustos 2014 (Sözlü Bildiri).
- 5- **Özcan H**, Oskay Ü. EA-52. Overview of Mother's Milk Center's. The 9 th Congress on Women's Health&Disease, Antalya, 28-30 Ağustos 2014 (Sözlü Bildiri).
- 6- **Özcan H**, Rathfisch G, Elkoca A. AE 77. Home Birth. The 9 th Congress on Women's Health&Disease, Antalya, 28-30 Ağustos 2014 (Sözlü Bildiri).

- 7- Yiğitbaş Ç, **Özcan H.** AE 77. Pneumonia in Pregnancy. The 9 th Congress on Women's Health&Disease, Antalya, 28-30 Ağustos 2014 (Sözlü Bildiri).
- 8- **Özcan H**, Şahin NH, Ağçay BÇ, Hanbay D, Taş Z. Üniversite öğrencilerinin şiddet eğilimleri ve toplumsal cinsiyete bakış açıları. Küreselleşen Dünyada Kadın ve Siyaset Uluslararası Kongresi, İstanbul, 16-17 Nisan 2015 (Sözlü Bildiri).
- 9- **Özcan H**, Şahin NH, Erdoğan Y, Güven B, Gökçe T. Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağında aile içi şiddete maruziyetleri ve bakış açıları. Küreselleşen Dünyada Kadın ve Siyaset Uluslararası Kongresi, İstanbul, 16-17 Nisan 2015 (Sözlü Bildiri).
- 10- **Özcan H.** University students' attitudes toward natural birth. 3 rd World Conference On Health Sciences, İzmir, 28 - 30 April 2016, 62 (Sözlü Bildiri).
- 11- **Özcan H**, Oskay U, Bodur AF. Effects of kefir on quality of life and sleep disturbances in postmenopausal women. 3 rd World Conference On Health Sciences, İzmir, 28 - 30 April 2016, 167 (Sözlü Bildiri).
- 12- **Özcan H**, Arslan A, Kızılkaya Beji N. Çocukların sosyal beceri düzeyleri ile doğum şekli ve anne sütüyle beslenme durumlarının karşılaştırılması. 1. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi, İzmit, 14-15 Nisan 2016, 297 (Sözlü Bildiri).
- 13- **Özcan H**, Elkoca A. Adölesan gebelik. 1. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi, İzmit, 14-15 Nisan 2016, 377 (Sözlü Bildiri).

Yayınlanan Makaleler

- 1- **Özcan H**, Şahin M. Hayvan Yetiştiricilerinin Brucella Hastalığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi. Toplum Hekimliği Bülteni Dergisi. 2010; 1(5).
- 2- **Özcan H.** Hemşirelerin Empatik Eğilim Ve Empatik Becerileri Gümüşhane Örneği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 1(2): 60-68.
- 3- **Özcan H**, Şahin M. Kars Yöresinde Hayvan Yetiştiricilerinin İşletme Büyüklüğüne Göre Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 1(4): 211-225.
- 4- **Özcan H**, Şahin N. Acil Obstetrik Bakım. Acil ve Afet Dergisi. 2012; 1(2): 15-21.
- 5- **Özcan H**, Oskay Ü. Jinekolojik Onkoloji Hastalarında Cinsel İşlev Bozuklukları ve Tedavi Yaklaşımları. Maltepe Tıp Dergisi. 2012; 4(4): 9.

- 6- **Özcan H**, Aslan E. Doğum şekli ve doğum sonrası cinsel yaşam: Prospektif bir çalışma. Androloji Bülteni. 2013; 54(3): 219-221.
- 7- **Özcan H**, Oskay Ü. Menopoz Döneminde Semptom Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar. Göztepe Tıp Dergisi. 2013; 28(4): 157-163.
- 8- **Özcan H**, Kızılkaya Beji N. Menopoz döneminde cinsellik. Androloji Bülteni. 2014; 58: 209-211.
- 9- **Özcan H**, Kızılkaya Beji N. Üriner İnkontinanslı Hastaların Değerlendirilmesinde Kullanılan Önemli Bir Parametre: Yaşam Kalitesi. Göztepe Tıp Dergisi. 2014; 29(4): 236-238.
- 10- **Özcan H**. Doğum stajına çıkan öğrencilerin gözüyle; okul hastane iş birliği. SDÜ Tıp Fak Derg. 2014; 21(3): 78-83.
- 11- **Özcan H**, Oskay Ü. Gebelikte fazla görülen solunum sistem hastalıkları ve bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014; 30(3): 80-91.
- 12- **H.Özcan**, N. Kızılkaya Beji. Gümüşhane İl Merkezindeki Gebelerin Sağlık Uygulamaları. Perinataloji Dergisi. 2015; 23(1): 13-19.
- 13- **Özcan H**, Özdemir Okay, İnci E, Sözkese E. Acil servise başvuran hastaların memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2015; 2(2): 149-155.
- 14- **Özcan H**, Kızılkaya Beji N. İnfertilitede tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları. Ok Meydanı Tıp Dergisin. 2016; 38(2): 44-56.
- 15- **Özcan H**. Kızılkaya Beji N. Üniversite öğrencilerinin üreme ve cinsel sağlığa yönelik bilgi düzeyleri. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Dergisi. 2016; 7: 83-97.

Kitaplar

Engelli Sağlığı Kitabı. Engelleri Birlikte Aşarız Projesi. Gümüşhane 2013.

Afetleri Yönetmek. Editör: İsmail Gündüz. (3 Bölüm Yazarlığı)

Küreselleşen Dünyada Kadın ve Siyaset. Bölüm yazarlığı. E-ISBN: 9786054303533. Üniversite Öğrencilerinin Şiddet Eğilimleri ve Toplumsal Cinsiyete Bakış Açıları (899-915). Üniversite Öğrencilerinin Çocukluk Çağında Aile İçi Şiddete Maruziyetleri ve Bakış Açıları (915-932). Editör: Zeynep Banu Dalaman.İstanbul, 2015.