



T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

**ÜROLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN VE AŞIRI AKTİF
MESANE BULGULARI SAPTANAN HASTALARDA
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE DEPRESYON
VARLIĞININ SORGULANMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ekrem YILDIRAK
ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Sadık GÖRÜR

HATAY- 2020

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

ÜROLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN VE AŞIRI AKTİF
MESANE BULGULARI SAPTANAN HASTALARDA
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE DEPRESYON
VARLIĞININ SORGULANMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ekrem YILDIRAK
ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Sadık GÖRÜR

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

**ÜROLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN VE AŞIRI AKTİF
MESANE BULGULARI SAPTANAN HASTALARDA ÇOCUKLUK
ÇAĞI TRAVMALARI VE DEPRESYON VARLIĞININ
SORGULANMASI**

Dr.Ekrem YILDIRAK

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza)

Prof.Dr. Yusuf ÖNLEN
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza)

Prof.Dr. Sadık GÖRÜR
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

TEZ JÜRİSİ:

- 1.(İsim ve imza)
- 2.(İsim ve imza)
- 3.(İsim ve imza)

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER	iii
IV. ŞEKİL ve GRAFİK LİSTESİ	v
V. TABLO LİSTESİ	vi
VI. KISALTMA LİSTESİ	vii
VII. TEŞEKKÜR	ix
VIII. ÖZET.....	xi
IX. ABSTRACT.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1.Üriner Sistem Anatomisi.....	2
2.1.1.Mesane	2
2.1.2.Üretra.....	4
2.2.İşeme Fizyolojisi	5
2.2.1.İşeme işlevi.....	6
2.2.2.Depolama işlevi.....	7
2.2.3.İşeme Fizyolojisinde Etkin Reseptör ve Nörotransmitterler.....	7
2.3.Aşırı Aktif Mesane	10
2.3.1.Tanım	10
2.3.2.Patofizyoloji	11
2.3.3. Prevalans	13
2.3.4.Hastanın Değerlendirilmesi.....	13
2.3.5.Tedavi.....	16
2.4.Çocukluk Çağı Travmaları.....	22
2.4.1.Çocukluk Çağı İstismarları	23
2.4.2.Çocukluk Çağı İhmalleri	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1.Katılımcıların Seçimi	27
3.2.Yöntem.....	27
3.3.İstatistiksel Analiz.....	29
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA	35
6.SONUÇ	38

7. KAYNAKLAR	39
8. EKLER.....	46
9. ÖZGEÇMİŞ	58



IV. RESİM ve ŞEKİL LİSTESİ

Resim 1. Alt üriner sistem anatomisi.	3
Resim 2. Kadın ve erkek üretrası.	5
Şekil 1. Hastalara doldurtulan anket sonuçları grafiği.	34



V. TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Demografik veriler.....	32
Tablo 2. Hastaların anket skor sonuçları.....	32
Tablo 3. CTQ anlamlılık değerlendirilmesi.	34



VI. KISALTMA LİSTESİ

AAM	:Aşırı Aktif Mesane
ADH	: Anti Diüretik Hormon
ark.	: Arkadaşları
ATP	: Adenozin Trifosfat
AÜSS	: Alt Üriner Sistem Semptomları
Aδ	: A delta
BMI	: Body mass index
BTX	: Botulinum toksin
CAMP	: Siklik adenozin monofosfat
cm	: Santimetre
cmH2O	: Santimetresu
CTQ	: Childhood Trauma Questionnaire
D1	: Dopaminerjik1
DAA	: Detrüsör Aşırı Aktivitesi
EMG	: Elektromiyografi
GABA	: Gama Aminobütirik Asit
ICIQ-SF	: International Continence Inquiry Questionnaire Short Form
ICS	: International Continence Society-
IIQ-7	: Incontinence Impact Questionnaire-7
kg/m²	: Kilogram/metrekare
KRADE-8	: Kolorektal-anal Distres Envanteri-8
M2	: Muskarinik2
M3	: Muskarinik3
Maks	: Maksimum

Min	: Mininum
ml	: Mililitre
ml/ cmH2O	: mililitre/ Santimetresu
ml/sn	: mililitre/saniye
mm	: Milimetre
OAB-V8	: Overactive Bladder Questionnaire
Ort	: Ortalama
P1	: Pürinerjik1
P2	: Pürinerjik2
PAG	: perioduktal gray
PFDI-20	: Pelvic Floor Distress Inventory-20
POP	: Pelvik Organ Prolapsusu
POPDİ-6	: Pelvik Organ Prolapsus Distres Envanteri-6
PSA	: Prostat Spesifik Antijen
PVR	: Post Voiding Rezidü
S2	: Sakral 2
S4	: Sakral 4
SEAPI	: Incontinence Quality of Life Scoring
SNM	: Sakral nöromodülasyon
SPSS 21	: Statistical Package for the Social Sciences 21
SS	: Standart Sapma
UDI-6	: Üriner Distres Envanteri-6
VIP	: Vazoaktif İntetinal Polipeptid
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

VII. TEŞEKKÜR

Üroloji eğitimim boyunca teorik, klinik, cerrahi bilgi ve deneyimleriyle üzerimde büyük emekleri olan, sadece tıbbi değil, ayrıca hayata dair de çok şey öğrendiğim, mesleki etik anlayışından sürekli faydalandığım, bilgi ve tecrübelerini içtenlikle paylaşan, Üroloji Anabilim Dalı'nda sağlamış olduğu huzur ortamı içinde birlikte çalışmaktan büyük bir keyif, mutluluk ve onur duyduğum Bölüm Başkanım ve Tez Hocam Prof. Dr. Sadık GÖRÜR'e,

Mesleki bilgilerini sabır ve fedakarlıkla paylaşan, tezimin hazırlanmasında bilgisinden ve deneyimlerinden faydalandığım Dr. Öğretim Üyesi Kerem Han GÖZÜKARA'ya

Asistanlığımın son dönemlerinde aramıza katılmış olmasına rağmen tez çalışmamın olgunlaşmasında ilgi ve desteğini esirgemeyen, cerrahi tecrübelerinden de faydalandığım güler yüzü ve sempatik tavırları ile kısa süre içinde gönlümüze taht kuran abim, değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Fatih GÖKALP'e,

Yine asistanlığımın son dönemlerinde aramıza katılmasına rağmen tıbbi deneyimlerini bizden esirgemeyen ve cerrahi tecrübelerinden de faydalandığım abim, değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Ömer KORAŞ'a,

Eğitimim süresince beraber çalıştığım ve zorluları beraber göğüslediğim sevgili asistan arkadaşlarım Dr. Mesut FIRINCIOĞULLARI'na, Dr. Hakan ŞİĞVA'ya, Dr. Sefa Burak PORGALI'ya, Dr. Nezih TAMKAÇ'a, Dr. Bilal KULAK'a ve Dr. Ferhat UÇURMAK'a,

Uzun ve yorucu asistanlık sürecinde desteklerini esirgemeyen Üroloji kliniği sorumlu hemşiresi Hem. Fatma AKTAR'a, Üroloji kliniği hemşireleri Hem. Ebru MANSUROĞLU'na, Hem. Merve YURTBEKLER'e ve diğer klinik hemşirelerine, Üroloji kliniği personeli Güler hanım'a, neşesiyle servise renk katan servis sekreteri Sekr. Halil TOPAL'a, poliklinik sekreteri Sekr. Güler COŞKUN'a, ameliyathane hemşireleri Hem. Gökhan DEMİRCİ'ye, Hem. Zübeyde ULAŞLI'ya ameliyat personeli Mustafa Gürcan DENER'e,

Gösterdikleri sonsuz fedakarlıklarla beni bu günlere getiren canım anneme, babama, kardeşlerime ve hayat yolculuğunu beraber yürüttüğüm, desteğini ve sevgisini her zaman hissettiğim sevgili eşim Burçin YILDIRAK'a sonsuz teşekkürler...

Dr. Ekrem YILDIRAK



VIII. ÖZET

ÜROLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN VE AŞIRI AKTİF MESANE BULGULARI SAPTANAN HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE DEPRESYON VARLIĞININ SORGULANMASI

Giriş: Aşırı aktif mesane (AAM) insanların iş üretkenliği, cinsel sağlığı ve ruh sağlığını etkileyen önemli bir hastalıktır. AAM'nin etyoloji net olmasa da fiziksel ve cinsel travmalarda son dönemde suçlanmıştır. Bizde çalışmamızda daha geniş kapsamlı bir tanımlama olan çocukluk çağı travması ile AAM ilişkisini araştırdık.

Metod: Nisan 2020- Eylül 2020 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran ve AAM semptomları olan 40 ve de AAM semptomu bulunmayan 40 hasta çalışmaya dahil edildi. 18 yaş altındaki hastalar, üriner sistem anomalisi olan ve cerrahi öyküsü olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların AAM durumunun değerlendirilmesi validasyonu yapılmış olan Uluslararası Kontinans Sorgulama Anketi Kısa Formu (ICIQ-SF), Aşırı Aktif Mesane Anketi (OAB-V8), Pelvik Taban Distres Envanteri(PFDI-20), İnkontinans Yaşam Kalitesi Skorlaması(SEAPİ) ve Beck Depresyon anketleri hem kontrol grubuna hem de hasta grubuna kendileri tarafından doldurtuldu.

Bulgular: Yaş ortalamaları sırasıyla Grup 1 ve Grup 2'de $47,82 \pm 14$ ve $45,12 \pm 15$ ($p=0,398$), VKİ sırasıyla $29,35 \pm 6,13$ ve $27,70 \pm 5,64$ kg/m² idi ($p=0,215$). Her iki grubun yaş ve VKİ açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. SEAPİ, ICIQ-SF ve Beck depresyon skorları istatistiki anlamlı olarak Grup 1'de yüksek bulundu ($20,3 \pm 12,38$ ve $3,5 \pm 5,25$; $12,225 \pm 6,01$ ve $1,425 \pm 2,44$; $19,8 \pm 13,13$ ve $7,875 \pm 6,54$; Grup 1 ve Grup 2, sırasıyla: $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$). Çocukluk çağı travma skoru ise Grup 1'de Grup 2'ye göre bir miktar yüksek olsa da ($39,15 \pm 13,15$ ve $35,875 \pm 8,80$; sırasıyla), iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,482$).

Sonuç: Aşırı aktif mesanenin depresyonla ve hayat kalitesiyle ilişkili olduğu buna ek olarak çocukluk çağı travmasıyla ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Çocukluk çağı travmasının şiddeti ve süresinin inceleneceği ek çalışmalarla ilişkinin ayrıntılı ortaya konulabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Mesane, Çocuk travmaları, Depresyon

IX. ABSTRACT

QUESTIONING OF CHILDHOOD TRAUMA AND DEPRESSION IN PATIENTS APPLIED TO THE UROLOGY CLINIC AND WITH OVER ACTIVE BLADDER FINDINGS

Objectives: Overactive bladder (OAB) is an important disease affecting people's work productivity, sexual health and mental health. Although, the etiology of OAB is not clear, it has recently been accused of physical and sexual trauma. In our study, we aimed to investigate the relationship between childhood trauma, which is a more comprehensive definition, and OAB.

Method: Between April 2020 and September 2020, 40 patients with OAB symptoms and 40 patients without OAB symptoms, who applied to our outpatient clinic, were included in the study. Patients under 18 years of age, patients with urinary system anomalies and surgical history were excluded from the study. International Continence Inquiry Questionnaire Short Form (ICIQ-SF), Overactive Bladder Questionnaire (OAB-V8), Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20), Incontinence Quality of Life Scoring (SEAPI), and Beck Depression questionnaires, which have been validated for the evaluation, were filled by patients and control group.

Results: Mean age was 47.82 ± 14 and 45.12 ± 15 ($p = 0.398$) in Group 1 and Group 2, respectively, and mean BMI was 29.35 ± 6.13 and 27.70 ± 5.64 kg / m², in Group 1 and Group 2, respectively ($p = 0.215$). There was no statistically significant difference between the two groups in terms of age and BMI. SEAPI, ICIQ-SF and Beck depression scores were found to be significantly higher in Group 1 (20.3 ± 12.38 and 3.5 ± 5.25 ; 12.225 ± 6.01 and 1.425 ± 2.44 ; 19.8 ± 13.13 and 7.875 ± 6.54 ; Group 1 and Group 2, respectively: $p < 0.001$, $p < 0.001$, $p < 0.001$). The childhood trauma score in Group 1 was slightly higher than Group 2 (39.15 ± 13.15 and 35.875 ± 8.80 , respectively), however, there was no statistically significant difference between the two groups ($p = 0.482$).

Conclusion: It has been shown that OAB is associated with depression and quality of life, in addition to being associated with childhood trauma. We think that the

relationship can be demonstrated in detail with further studies that will examine the severity and duration of childhood trauma.

Key words: Bladder, Childhood trauma, Depression



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aşırı aktif mesane birçok insanı ekileyen, ruh sağlığı, cinsel işlev ve iş üretkenliği gibi sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde önemli etkileri olan bir hastalıktır. Birçok çalışmada psikososyal etkileri araştırılmışken son dönemde önemli çalışmalarda depresyon, anksiyete ve maddenin kötüye kullanım geçmişi dahil olmak üzere psikososyal risk faktörleri tanımlanmıştır(1). Son dönemde geçirilmiş psikolojik hastalıkların aşırı aktif mesane semptomlarına neden olabileceği gösterilmiştir. Bunlardan birinin de çocukluk çağı travmaları olabileceği düşünülmüştür. Oldukça geniş kapsamda olan çocukluk çağı travmaları göz önüne alındığında mevcut çalışmaların yetersiz kaldığı düşünülmektedir(2, 3). Bizde çalışmamızda (bilindiği kadarıyla literatürde ikinci çalışma) çocukluk çağı travmalarının aşırı aktif mesane üzerine etkilerini inceledik.

Çalışmamızda aşırı aktif mesane bulguları saptanan hastalara 28 sorudan oluşan çocukluk çağı travma ölçeği, 6 sorudan oluşan ve idrar kaçırmanızı değerlendiren ICIQ-SF formu, 15 sorudan oluşan inkontinans yaşam kalitesini ölçen SEAPI formu, 21 sorudan oluşan Beck depresyon ölçeği, 8 sorudan oluşan ve aşırı aktif mesane semptomlarını sorgulayan OAB-V8 ölçeği ve 20 sorudan oluşan pelvik taban distres envanterini ölçen POPDİ-6 formunu 18 yaşından büyük 40 tane kadın hastaya doldurtularak bunları 40 tane alt üriner sistem semptomları olmayan 18 yaşından büyük kadın kontrol grubu kişilerle istatistiksel olarak karşılaştırılması ve sonucunda aşırı aktif mesane bulgularının çocukluk çağı travmaları ile ilişkisi değerlendirilecektir. Bu çalışma sonrası özellikle çocukluk çağında fiziksel veya cinsel travmaya uğramış hastaların çalışmamızda aşırı aktif mesane ile ilişkisini yönünden incelenip bu hastaların erken tanı ve tedavi açısından farkındalık oluşturarak bu hasta grubunun ileride yaşayacakları problemlerin önüne geçmektir.

2.GENEL BİLGİLER

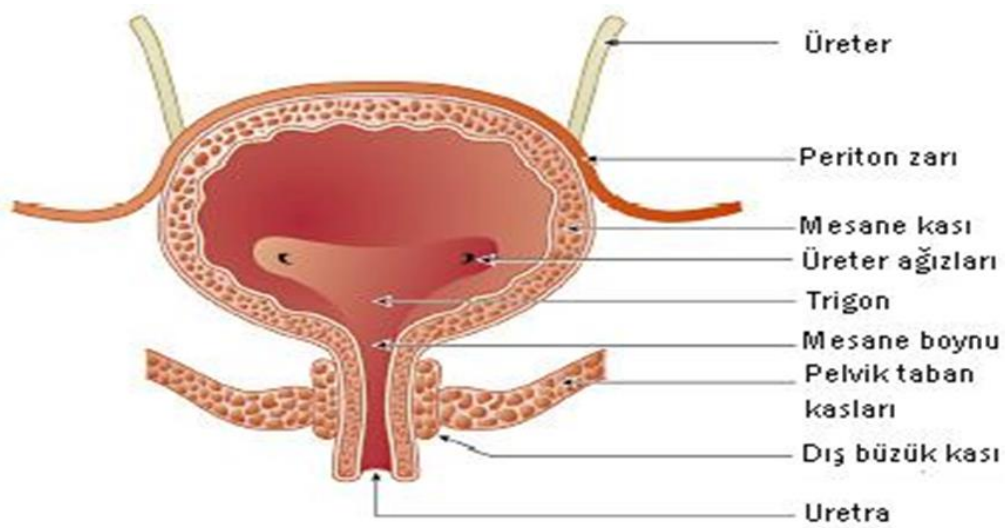
2.1.Üriner Sistem Anatomisi

Üriner sistem; üst üriner sistem ve alt üriner sistem olmak üzere iki kısma ayrılır. Bu çalışmada alt üriner sistem semptomları incelendiği için alt üriner sistem anatomisinde bahsedilecektir.

2.1.1.Mesane

Mesane, kemik pelvis içerisinde korumaya alınmış, düşük basınçla idrar depolama ve boşaltma görevi gören bir organdır. Erişkin bir insanın mesane kapasitesi ortalama 400-500 ml civarındır. İçi boş bir organ olan mesane üç tabakadan oluşur. İçten dışa doğru mukoza, submukoza, müsküler tabaka ve adventisya tabakalarından oluşmaktadır. Otonomik innervasyona sahip düz kas yapısındaki kas tabakası “Detrusor kası” olarak adlandırılır. En dışta bulunan adventisya tabakası, damar ve sinir yapıları bulunduran fibroelastik doku özelliğindedir. Mukoza epiteli çok katlı değişici hücreli epitel yapısındadır. Mesane Detrusor kas yapısı iç içe geçmiş 3 katlı düz kas liflerinden meydana gelmektedir. Dizilimleri longitudinal-sirküler-longitudinal düzendedir. Bu liflerin oluşturduğu yapının kasılması, mesane içi basıncın artmasına neden olur. Detrusorun içcikleri mesane boynuna doğru uzanım göstererek internal sfinkterioluşturur. İnternal sfinkter gerçek bir sfinkter değildir (fizyolojik sfinkter). Detrüsörün birbirlerine yaklaşan iç içe girmiş kas liflerinin oluşturduğu bir kalınlaşmadır. Dış sfinkter ise pelvik kasların bir komponentidir. İnternal sfinkterden farkı olarak istemli çizgili kas liflerinden meydana gelen gerçek bir sfinkterdir(Resim 1). Membranöz üretra seviyesinde üretrayı atnalı şeklinde sararak kontinansı sağlamak için çıkım direnci oluşturur. Her iki sfinkterin innervasyonu farklı sinirsel yapılar aracılığıyla olur. Mesanenin superior yüzü periton ile örtülüdür. Mesane posterior kısımda periton erkekte seminal veziküllere kadar uzanır ve peritonla rektumun önünde birleşip rektovezikal alanı meydana getirmektedir.

Boş mesanenin dört tane alanı(tetrahedral yapı) mevcuttur; urakusla ilişkili olan apeksin oluşturduğu süperior yüzey, iki adet inferolateral yüzey ve en alt noktasında mesane boynu ile posterinferior yüzeylerdir(4). Mesane antero-inferior ve lateralde retropubik ve perivezikal yağ ve gevşek bağ dokusu ile pelvik yan duvaralarla sınırları ayrılmaktadır. Kadın anatomisinde mesane tabanı ve üretra anterior vajinal duvara yaslanmış şekilde durmaktadır. Mesane boynu simfizis pubisin orta noktasının 3–4 cm arkasında bulunmaktadır. Anterior vajinal duvar lateralde levator ani kasına sıkıca yapışık olduğundan pelvik diyafragmanın kasılması durumunda mesane boynunu yükseltir ve öne doğru çeker. Mesane, Arterya İliaka internanın dalları olan Arterya Vezikalis inferior, media ve süperiordan kanlanır. Ayrıca A.Glutea inferior ve A. Obturatorius'tan ve kadınlarda ek olarak Arterya Uterina'dan dallar almaktadır. Geniş bir venöz ağ ile mesaneden gelen venöz kan Vena İliaca internaya dökülmektedir. Mesanenin hem sempatik hem de parasempatik uyarımı vardır. Sempatik lifler Torakal 11 ve 12. segmentlerinden gelir. Hipogastrik plexus sonrası Aortik plexusa ve Hipogastrik sinir ile mesaneye ulaşarak mesane boynu ve trigonu (internal sfinkter) uyarır. Parasempatik lifler ise Sakral 2–4 segmentlerinden gelir. Pelvik sinire dönüşüp detrüsör kasını innerve eder. Duyusal ve motor aktiviteye sahiptir. Mesanenin idrarla dolup oluşan gerilme duyusunu ve detrüsörün kasılması görevlerini üstlenir. Gerilme duyusu ve mesane dolumu hissi parasempatik sistem ile ağrı ve sıcaklık duyusu ise sempatik sistem myelinli A ve myelinsiz C lifleriyle taşınır.



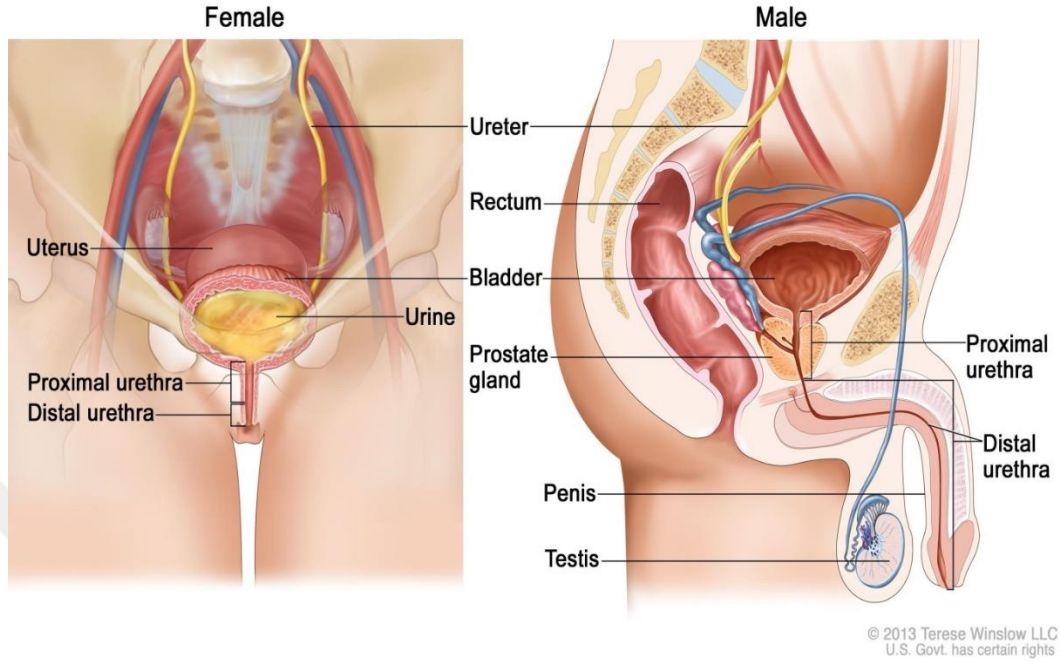
Resim 1. Alt üriner sistem anatomisi.

2.1.2.Üretra

Erkek üretrası yaklaşık 18-20 cm boyutlarında olup genito-üriner membran ile anterior ve posterior uretra şeklinde iki bölüme dönüşür. Normal bir üretranın çapı yaklaşık 8-9 mm civarındadır. Arteriyel beslenmesi internal pudental arterden gelir ve üretra, korpus spongiosum ve glans penise dallar veren bulboüretral arterler aracılığıyla olur. Venöz kan ağı ise pudental pleksustan internal pudental vene drene olur. Üretranın lenfatik drenajı internal iliak (hipogastrik) ve ana iliak lenf nodları aracılığıyla olur. Anterior uretra yaklaşık 15 cm'dir ve membranöz üretranın sonundan başlayıp eksternal meatusa kadar devam etmektedir. Anterior uretra yoğun vasküler ve elastik yapıdan oluşan korpus spongiosum ile çevrilidir. Spongios vasküler yapı bulber uretrada çok fazla bulunur. Üretra, mesane mukozasının uzantısı olan transisyonel epitelyum tarafından sarılmıştır. Prostatik ve membranöz uretra transisyonel epitelyumdan oluşmaktadır. Üretranın bulber ve penil kısmı transisyonel epitelin psödostratifiye kolumnar epitele dönüşmesiyle oluşur. Fossa navikularis üretra epiteli, non-keratinize skuamöz epitelden oluşur. Üretranın anterior segmentinde mukus sekresyonu yapan iki adet Cowper bezi (bulber uretrada bulunur), ve penil uretraya yerleşen Littre bezleri mevcuttur(5).

Kadında üretrası 4 cm uzunluğa ve 8 mm genişliğinde olup klitorisin yaklaşık 2,5 cm aşağısında vajen ön duvarında sonlanır. Kadın üretrasının distal üçte ikilik kısmının vajen ile birleşik ve aynı yapıda olmasının sebebi embriyolojik olarak aynı yapıdan köken almalarıdır. İşeme haricinde lümeni kapalı şekildedir. Erkek üretrasından farklı olarak kadın üretrasında sirküler düz kas sfinkteri yoktur fakat üretranın seyri boyunca longitudinal lifleri saran ince bir sirküler düz kas tabakası vardır.(Resim 2)

Distal and Proximal Urethra



Resim 2. Kadın ve erkek üretrası.

2.2.İşeme Fizyolojisi

İşeme döngüsü iki evreden oluşur. Mesanenin dolum ve boşaltım evreleridir. Dolum evresinde mesane iç basıncını düşük tutar, artan idrarmiktarına uyum sağlamak için detrüsrör gevşer (kompliyans) ve mesane çıkımı kapalı tutulur, ayrıca istemsiz detrüsrör kasılmaları olmaz. Boşaltım evresinde detrüsrör kasılması olur, düz ve çizgili kas sfinkteri seviyesinde bu kasılmaya eşlik eden gevşeme olur, normal bir boşaltım için mesane çıkımında anatomik veya işlevseltıkanıklık bulunmamalıdır. Bu olayların santralkontrolü ise serebral korteks, pons, medulla spinalis ve sakral işeme merkezi ile oluşmaktadır. Serebral korteks işemenin başlayıp durmasını ve kasılma şiddetinin belirlenmesini; pons, detrüsrör ile dış sfinkter uyumunun düzenlemesini sağlar. İşemesi sırasında sakral merkez detrüsrörün kasılmasını, üretral düz kasların gevşemesini sağlar (4).

2.2.1.İşeme işlevi

Normal işeme periferik ve santral kontrol altındadır. İşeme refleksi serebral korteks kontrolü altında bulbospinal ve sakral işeme reflekslerinin etkileşimi ile gerçekleşir. Hipotalamus ve prefrontal korteks tarafından santral inhibisyonun kalkması ile işeme olayı başlar, perioduktal gray (PAG) ve pontin işeme merkezi kontrolünde beyin sapı ve spinal kord arasındaki refleks ark yoluyla ortaya çıkar. Detrusor ve sfinkter kaslarının koordinasyonu pontin merkezce düzenlenir. Pontin işeme alanı dorsolateral ponsun medial bölümünde bulunur ve M bölge-Barrington çekirdek şeklinde isimlendirilir. İdrar kesesinin parasempatik uyarısı Sakral 2-4 bölümlerinin, intermediolateral gri maddesinde yerleşik detrüör çekirdeği seviyesinde başlar. Preganglionik lifler pelvik sinirler içinde seyredip, mesane kas liflerinin hemen yakınında ya da içinde yerleşen ganglionlarda sinaps yapar. Kısa postganglionik lifler düz kas kolinerjik muskarinik reseptörlerine ulaşır ve detrüörü aktive eder. Sempatik lifler torakal 10 ile lomber 2 segmentleri arasında, intermediolateral gri maddede yerleşik otonom çekirdek seviyesinde başlar. Kısa preganglionik lifler lomber paravertebral ganglionlarda son bulur. Uzun postganglionik lifler hipogastrik plexus içinde uzanarak mesane ve üretradaki alfa ve sempatik beta adrenerjik reseptörlere kadar uyarı getirir, detrüörü gevşetir, kompliansı artırır ve mesane boynu ve iç sfinkteri kasarak idrarın mesane içinde depolanmasını sağlar. İdrarın depolanması ile beraber pelvik efferent liflerle taşınan, gerilime bağlı frekansı artmış uyarılar prefrontal kortekste işemeyi inhibe eden merkezleri inhibe eder ve işeme başlar. İşemenin başlangıcında hassas mesane afferentleri spinal koruma reflekslerini baskılayan pontin işeme merkezini aktifler(6). Mesane boynunda sfinkterik EMG'de elektriksel sessizlik şeklindetespit edilebilen çizgili sfinkterik kasın aniden ve tam gevşemesi gerçekleşir. Ardından mesane ve proksimal üretrada basınç eşitlenmesi sonrası, detrüör basınç artışı ve bununla beraber üretral basınç düşüşü gerçekleşir. Mesane boynu ve üretra genişleyerek işeme gerçekleşir. Akımın istemli sonlandırılması, refleks mekanizmayla detrusor kasılmasını baskılayan ani çizgili periüretral kas kasılması ile gerçekleşir(7).

2.2.2.Depolama işlevi

İdrarın depolanmasının normal şekilde olabilmesi için mesane çıkışının sempatik ve somatik yollarını aktive eden spinal refleks mekanizmanın ve mesanenin parasempatik eksitator uyarısını baskılayan beyindeki tonik inhibitör sistemin çalışmasına bağlıdır. Mesane içinde biriken idrar neticesinde oluşan basınç, mesane duvarının gerilmesi mesane çıkımı düz kasının sempatik stimülasyonuna ve eksternal üretral sfinkterin pudendal uyarımına sebep olur. Sempatik uyarı, mesane detrusör kasılmasını ve mesane parasempatik gangliyonlardaki uyarımı baskılar. Bunlar, spinal refleks yolla ortaya çıkar ve idrarı tutma mekanizmasını sağlamak için gereken koruyucu reflekslerdir. Santral inhibitör yolların hasar görmesi ya da periferik afferent terminallerin aşırı uyarısı, ilkel işeme refleksini maskeleyebilir ve aşırı aktif mesane tablosuna neden olabilir(8). Beyin korteksinin işeme üzerine net etkisi işemenin inhibisyonu şeklindedir. Cingulat gyrus ve prefrontal korteksinden yolları işeme eşiğini yükseltir. Mesanenin dolumuyla mukozasından kaynaklanan “düşük frekanslı” gerilme uyarıları bu supraspinal merkezlerde inhibe edilir.İstemli dış sfinkter tonusunu giderek arttırarak istemli şekilde idrarını tutabilme olayı gerçekleşir. Merkezi sinir sisteminde GABA ve Glisin işemeyi baskılar, Glutamat ise işemeyi tetikleyecek etki yapan nörotransmitterlerdir. Beyinciğin ise pelvik taban kas tonusunun korunması, periüretral çizgili kasların gevşemesi ile mesanenin boşaltılmasının koordinasyonunda rol oynar.

2.2.3.İşeme Fizyolojisinde Etkin Reseptör ve Nörotransmitterler

Alt üriner sistem üzerindeki otonom ve somatik sinir sisteminin etkileri nörotransmitterler ve reseptörler aracılığıyla oluşur. Kolinergik ve adrenerjik reseptörlerin mesane, mesane boynu ve proksimal üretradaki dağılımları birbirinden çok farklıdır. Asetil kolin Parasempatik sistemin pregangliyonik nikotinik ve postgangliyonik muskarinik reseptörlerinin nörotransmitteridir. Ayrıca sempatik sistemin de pregangliyonik nikotinik reseptörlerinin nörotransmitteri asetil kolindir. Sempatik postgangliyonik nörotransmitterler adrenalin ve noradrenalin'den oluşur. Adrenalin ve noradrenalin etkilerini adrenerjik (alfa ve beta) reseptör üzerinden yapar. Ayrıca

işemeye Nitrik Oksit, ATP, Serotonin, Glutamat, GABA, ve Dopamin gibi nörotransmitterler de etki eder(9).

2.2.3.1.Kolinerjik Reseptörler

Parasempatik sistemin muskarinik reseptörler üzerindeki etkisi sayesinde detrusör kasının kasılması ile mesane boşalır. Üriner sistem epitelinde muskarinik reseptörler bulunur. Vücudun değişik organlarında toplamda 5 adet muskarinik reseptör vardır. Mesanede M2 reseptör sayısı M3'ten 4 kat daha fazla bulunur. Bununla beraber M3 reseptörler daha çok kasılma fonksiyonunu, M2 reseptörler ise kasılmanın regülasyonunu düzenler(10).

2.2.3.2.Adrenerjik Reseptörler

Alfa ve Beta reseptör denilen iki grup reseptörlerden meydana gelir. Mesane ve proksimal üretra düz kasında yoğun şekilde bulunur. α 1a ve α 1d adrenoseptörlerin aktive edildiğinde mesane detrusör kasında kontraksiyonlar meydana gelir(9). Beta reseptörle 3'e ayrılır, mesanede gevşeme beta3 reseptör aracılığıyla oluşmaktadır. Noradrenalin salınımı CAMP yolu üzerinden protein kinaz A'yı artırarak detrusör kasında gevşemeyi sağlar(11). Yakın dönemde kolinerjik ve adrenerjik sistemine ek olarak nöromodülatör ve nörotransmitter işlevi gören ATP, VIP, GABA, Glutamin ve prostoglandinlerin alt üriner sistemin nörofizyolojisinde rol sahibi oldukları ortaya çıkmıştır. Pürinerjik sistem de P1 ve P2 reseptörler aracılığıyla ve ATP üzerinden detrusör kasının kasılması ve işemenin başlatılmasında ek olarak etki yapmaktadır. Ayrıca üriner sistem epiteli de mesane gerilmesinden etkilenen nörotransmitterler salgıladığı tespit edilmiştir. Serotonin kendi reseptörleri üzerinden mesanenin kasılmasında dolaylı etki gösterirken, santralde genel inhibitör olan GABA ise GABA-A ve GABA-B reseptörleri üzerinden supraspinal ve spinal seviyede işemeyi inhibe etmektedir. Santral Dopaminerjik yollar D1 reseptörleri ile işemeyi inhibe ederken; D2 reseptörleri aracılığıyla da işemeyi uyarmaktadır. Parkinson gibi Bazal ganglion işlev bozukluklarında üst merkezlerin inhibisyon görevi etkilendiğinden, nörojenik olarak detrusörün aşırı aktivitesi ortaya çıkar.

Fizyolojik işeme duyusal bilgi ile mesanenin dolduğu bilgisi aktarılınca, fiziksel ve sosyal ortamın en uygun olduğu anda istemli olarak gerçekleşir. Depolama ve boşaltım olmak üzere işeme iki gruba ayrılır. Dolma / Depolama yaşamın yüzde doksan dokuzunu oluşturur. Bu evrede sempatik sistem aktif, parasempatik sistem ise baskılanır. Boşaltma evresi günde 4 veya 6 kez olur ve bir işeme fazı yaklaşık 2 dakika sürer. Bu evrede parasempatik sistem aktif, sempatik sistem ise pasiftir.

Depolama süreci sırasında artan sempatik uyarı ve deprese olan parasempatik uyarı döngüsü sayesinde mesane iç basıncı düşük seviyelerde kalır. Eksternal üretral sfinkter EMG aktivitesi giderek artar. Mesanenin normal basıncı 0-6 cmH₂O civarındadır, maksimum tolere edeceği basınç ise 15 ml/ cmH₂O'dur. Mesane duvarının volümün basınca bölünmesi ile ortaya çıkan değere mesane kompliyansı denir. Bu değer 10 ml/ cmH₂O'ya ulaştığında dolum için yeterlidir. Sıkışma hissi 200- 300 ml'de ortaya çıkar. Bu da detrüsörü gevşeten, sfinkteri kasan refleks yolları aktive eder. Normal mesanede kapasite 400-700ml civarındadır. 150-200 ml'de ilk his oluşur. Mesane hacmi 300-400 ml'ye ulaşınca doluluk hissi ortaya çıkar. Urgency denilen acil boşaltma isteği ve ağrılı sıkışma hissi 400-500 ml'de olur. Mesanenin depolanması esnasında detrüsörün inhibisyonu; düşük mesane içi basınçlarda hipogastrik-pudendal (sempatik) sinirler, yüksek mesane içi basınçlarda pelvik-pudendal sinirler yardımıyla gerçekleşir. Sakral sinirlerin arka boynuzuna gelen afferent uyarılar, ara nöronlar tarafından baskılanabilir. Kalın somatik duyusal lifler ile ince mesane afferentleri olan A δ ve C lifleri arasındaki inhibitör etkileşime kapı-kontrol sistemi denir ve bu olaya katkı sağlar. Sakral korddan pelvik sinirler yoluyla uyarılar Mezansefalonda bulunan ve kontrol merkezi olan PAG alanına gelir. PAG aktivitesi mesane dolduğunda artar(12).

Hipotalamus ve prefrontal korteks işlemeyi başlatan merkezlerdir. Dorsolateral pontaki M-bölgedeki premotor internöronların PAG bölgesindeki nöronlar tarafından aktifleşmesi işlemeyi başlatır. Eksternal üretral sfinkter EMG aktivitesi ortadan kalkar ve sfinkter basıncı düşer. Sfinkter mekanizmasının sakral işeme merkezinde yaptığı refleks inhibisyon biter, sempatik aktivite baskılanır ve parasempatik yollar tetiklenir bunların neticesinde detrüsör kası kontrakte olur mesane boynu gevşeyerek açık hale gelir. Detrüör basınçları kadında 30 cm H₂O'dan düşük, erkekte 30-50 cm H₂O arasındadır. Normal işemede karın içi basıncı artışı olmaz. İşemede maksimum akım

hızı 15-25 ml/sn arasındadır. Yaştan bağımsız şekilde bu değer 10ml/sn altında ise anormal kabul edilir. Normal bir işemede rezidüel idrar (PVR) kalmaz. Aktif bir şikayeti olmayan yaşlılarda 100 ml 'ye kadar rezidü idrar normal kabul edilir.

2.3.Aşırı Aktif Mesane

Mesane, idrarı düşük basınçta depolamayı ve depolanan idrarı isteğe bağlı olarak kontrollü bir şekilde boşaltmayı sağlar. Bu işlemlerin etkin bir şekilde yapılabilmesi santral sinir sistemi ve periferik sinir sisteminin mesane ile sorunsuz şekilde etkileşimine bağlıdır. Dış sfinkter çizgili kas yapısındadır ve görevi idrarı mesanede tutmaktır. Depolama sırasında dış sfinkter kasılıp üretranın kapanmasını sağlarken, mesane detrüsör kası da gevşeyerek mesane içi basıncını düşük tutar. Mesane, mesane boynu, dış sfinkter ve bu kasları uyaran sinir sisteminin son derece karmaşık ve düzgün uyumu sayesinde idrarı depolama ve boşaltma görevlerini yapabilmektedir. Depolama evresinde sinir liflerigerekli mesajları mesaneden beyine; beyinden gelen, mesanenin gevşemesi ve dış sfinkterin kasılması emirlerini, mesaneye iletir. Boşaltım evresinde aynı sinir lifleri beyinden gelen, çizgili sfinkterin gevşemesini ve uyumlu bir şekilde mesane kasının kasılmasını sağlayan iletileri mesaneye ulaştırır.

2.3.1.Tanım

Uluslararası kontinans topluluğu (International Continence Society-ICS) standardizasyon komitesi tarafından, altta yatan bir enfeksiyon veya başka bir patoloji varlığının olmadığı sık idrara çıkma ve noktürinin eşlik ettiği, sıkışma tipi idrar kaçırmanın da bazen eşlik ettiği ani sıkışma hissi şeklindeki semptomlar topluluğu şeklinde tanımlanmıştır(13). AAM idarın depolama işlevinin bozulduğu insanların sosyal hayatını önemli derecede olumsuz etkileyen halk sağlığı sorunudur. AAM tanısı için, ani sıkışma hissinin (urgency) olması şarttır. AAM, semptomatik bir tanıdır. Ürodinamik tetkiler sırasında oluşan mesane dolumu sırasında spontan veya uyarılarak oluşan istenmeyen detrüsör kasılması şeklinde tariflenen detrüsör aşırı aktivitesinden farklıdır.

2.3.2.Patofizyoloji

AAM semptomlarının iki nedenle ortaya çıktığı düşünülmektedir. İlki, mesane ya da üretradan gelen afferent uyarıların normalden fazla olması; ikincisi ise santral sinir sisteminde afferent uyarıları değerlendirmenin yetersiz olmasıdır. Ani sıkışma hissi gibi subjektif semptomların hayvan modelleri oluşturarak değerlendirmek kolay değildir. Bu yüzden AAM patofizyolojisi net olarak anlaşılamamıştır. Bu konunun patofizyolojisinin anlaşılması için farklı hipotezler ortaya atılmıştır.

2.3.2.1 Detrüsör Aşırı Aktivitesi Hipotezi

En çok kabul gören hipotez budur. Bu hipoteze göre patofizyoloji nörojenik bozukluğa bağlıdır. Bu hipoteze göre afferent sinirlerin aşırı sensitize olması, inhibitör mekanizmaların baskılanması ve ilkel işeme reflekslerine benzer kontraksiyonlarla ortaya çıkan detrüsör aşırı aktivitesidir (DAA) patofizyolojiyi açıklar. Bu duruma neden olabilecek birden fazla mekanizma vardır. Birincisi, suprapontin inhibisyonunun ortadan kalkmasıyla sonuçlanan beyin hasarları, detrüsör aşırı aktivitesine neden olabilir. İkincisi, spinal kordda aksonal yollardaki hasarlanmalar ilkel mesane reflekslerini tetikler. Üçüncüsü sinaptik plastisite denilen sakral aktivitenin yeniden şekillenmesiyle mesane afferent C-lifleri ile uyarılan yeni refleksler ortaya çıkarır. Sonuncusu ise, mesanedeki periferik afferent sinir uçlarındaki aşırı hassasiyet DAA'yı tetikleyebilir(14).

2.3.2.2 Myojenik Hipotez

Bu hipotez, mesane duvarında spontan uyarıların oluşması ve bu aktivitenin hücreler arası bağlantılar yardımıyla mesaneye yayılarak eş zamanlı kasılmaların ortaya çıkması temeline dayanır.

2.3.2.3. Aşırı Aktif Mesane ve Detrüsör Aşırı Aktivitesinde Afferent Sinirsel Mekanizmalar

Mesane duvarının epitelyumun altındaki destek dokusunda afferent sinir uçları yoğun şekilde bulunur. Mesanenin gerilmesini afferent sinir uçları fizyolojik olarak algılar. Bazen bu fizyolojik duyarlılık uyarılara karşı aşırı hassasiyet kazanarak afferent aşırı duyarlılık tablosu oluşturur. Bu şekilde yüksek mesane hacimlerinde görülen işeme uyarıları düşük mesane hacimlerinde görülmeye başlar. Normalde detrüsör kasılmasına aracılık eden ve yüksek mesane hacimlerinde salınımı olan nörotransmitterler, düşük mesane hacimlerde de artış gösterir ve patolojik tablonun oluşmasına ek katkı yapar.

2.3.2.4 Tamamlayıcı Hipotez

Tamamlayıcı hipotezin amacı AAM ve DAA'de işeme sikluslarına katkıda bulunan faktörleri daha iyi anlamaktır. Üç farklı hipotezden oluşur.

Birincisi, mesane içi basınçta değişiklik olmadan normal veya artmış dolum hissi oluşması, mesane kası basıncında değişiklik olmadan normal veya aşırı işeme isteğinin ortaya çıkmasıdır. Bu duruma lokalize kasılmalar neden olabilir. Mesane duvarında belli alanlarda ortaya çıkan lokal kasılmalar mesane basıncında artışa neden olmaz(15). Mesanede idrar depolanmaya başladığında afferent sinirler tarafından algılanan küçük değişiklikler ortaya çıkmaya başlar. Bu kasılmalara 'micromotions' denilir.

İkinci hipotez, temelde myojenik hipotezin açıklamasıdır. Lokal kasılmalar, kas hücreleri arasındaki bağlantılar aracılığı ile yayılır ve senkronize kasılmalar ortaya çıkar. Tamamlayıcı hipotez yayılım yollarını interstisyel hücre ağları, sinirsel uyarılma ve ürotelyum olarak genişletmektedir. Bundan etkilenen hastalarda AAM, DAA veya her ikisinin gelişip gelişmeyeceğini belirleyen durum lokal değişikliklerin düzeyi ve yaygınlığının boyutlarıdır.

Üçüncü hipotez yani tam mesane boşaltımı; mesanenin tam boşaltılması detrüsör kasının yeterli düzeyde kasılması ile olur. Miyovezikal pleksusun detrüsör kasılmalarını düzenlemesiyle oluşan kasılmalardır. Kasılmanın yeterli düzeyde devam etmesini sağlayan olay mesane afferent sinirlerinden myovezikal pleksusa olduğu varsayılan

geribildirim mekanizmasıdır, bu geribildirim mekanizmasının bozulması postmiksiyonel rezidü idrar miktarında artışa neden olabilir. Tamamlayıcı hipotezde iki faktör çok önemlidir; uyarılma seviyesi ve bu uyarının myovezikal pleksustaki yayılma düzeyidir. Mesane dolumu sırasında bu iki faktör minimal düzeydedir. Sadece yayılma düzeyinin artması semptomsuz DAA'ya neden olurken, her iki faktörün aynı anda artması semptomatik DAA' neden olur(16).

2.3.3. Prevalans

Yapılan çalışmalarda AAM prevalansı %7 ila %26 arasında değişkenlik göstermekte ortalama olarak yaklaşık %17 olarak kabul edilebilir. Kadın ve erkek oranlarına bakıldığında; farklı çalışmalarda erkeklerde %7-%27, kadınlarda %9-%43 arasında değişen oranlar görülmektedir(17). Ülkemizde bu konudaki topluma dayalı olarak yapılan en kapsamlı çalışmayı Zümrütbaş ve ark. Yapmıştır. Bu çalışmada oran toplamda %29.3 (erkeklerde %20, kadınlarda %35.7) olarak bildirilmiştir.

2.3.4.Hastanın Değerlendirilmesi

AAM'de ayrıntılı anamnez ve fizik muayene, hasta değerlendirmesinin temelini teşkil eder. Semptomların değerlendirilmesi ve şiddetinin belirlenmesini sağlayan sorular, temel tedavi yaklaşımları ve tedaviye yanıtın takibi için değerli bilgileri bize verir. Hastaların idrar kaçırma tipinin hangisi olduğu, işeme davranış tipini, AAM semptomlarının olup olmadığı, varsa ortaya çıkış zamanı, ciddiyeti ve sosyal hayatı üzerine etkileri sorgulanmalı, diğer bir alt üriner sistem semptomu varlığı araştırılmalıdır. Bunların dışında, idrar yaparken yanma, idrarda kan varlığı, günlük ne kadar ve hangi aralıklarda sıvı tükettiği, nörolojik bir hastalığının olup olmadığı, kaç doğum yaptığı, yaptığı doğumların şekli ve diğer patolojik bütün durumlar sorgulanmalıdır. Hastayı tarafsız biçimde değerlendirmek için, sorgulama formları da kullanılır. Bu amaçla Türkçeye uyarlanmış SEAPI-15, OAB-8, IIQ-7 ve UDI-6 gibi formlar kullanılabilir(18).

Temel nörolojik muayene ile birlikte hastalara karın ve pelvis muayenesi de kesinlikle yapılmalıdır . Karın muayenesi, skar, kitle, fıtık ve hassasiyet açısından detaylı bir şekilde incelenmeli ayrıca bacaklardaki varis ve ödem muayenesi de yapılmalıdır. Anal bölge ve genitoüriner sistem, pelvik taban bozukluklarının (pelvik taban kas spastisiyesini, ağrı, POP'u) olmadığına kanıtlamak için muayene edilmelidir. Menapoz dönemindeki kadınlar, atrofik vajinit açısından sorgulanmalıdır. Genital bölge cilt hastalıkları açısından değerlendirilmelidir Perineal duyarlılık, anal sfinkter tonusu ve anal sfinkter kasma derecesine, pelvik taban tonusuna ve pelvik taban egzersizlerini gerçekleştirebilmesini belirlemek için değerlendirilmelidir. Hastaların davranış tedavilerini yapıp yapamayacağı ve/veya antikolinerjik tedaviyle bilişsel fonksiyonun dahada kötüye gidip gitmeyeceği belirlenmelidir. Aşırı aktif mesanenin ciddiyeti ve seviyesini belirlemenin en iyi yöntemi bu konu için geliştirilmiş anketleri hastalara doldurtmaktır. AAM ile birlikte başka komorbiditeleri olan hastalar komplike AAM hastalar grubuna girer. Nörolojik hastalıklar (strok, multipl skleroz, spinal kord yaralanması), hareket kısıtlılığı, medikal olarak kontrolsüz diyabet, fekal motilite bozuklukları (fekal inkontinans, kabızlık), kronik pelvik ağrı, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyon varlığı, makroskopik hematüri, geçirilmiş pelvik/ vajinal cerrahiler (inkontinans/prolapsus cerrahileri), pelvik kanser (mesane, kolon, serviks, uterus) ve pelvik radyasyon bu komorbiditelerdendir. Bu tip komorbid durumlara sahip hastalara ürodinami tetkiki yapılmalıdır.Çalışmamıza dahil ettiğimiz hastalarda bu tip komorbid durumlar olmadığı için ürodinami tetkiki yapılmamıştır.

2.3.4.1.İdrar analizi

AAM semptomları ile başvuran hastalara tanı koyabilmek için ilk yapılması gereken tetkik tam idrar tahlilidir. İdrar tetkikine bakılarak üriner sistem enfeksiyonu,üriner sistem taşları,alt ve üst üriner sistem tümörleri gibi hastalıkların AAM den ayırıcı tanısı yapılabilir.İdrar tahlilinde enfeksiyon varlığında enfeksiyon tedavisi sonrası hasta değerlendirilmesi yapılmalıdır. Enfeksiyondan bağımsız hematüri varlığında hasta bu yönde ayrıntılı şekilde değerlendirilmelidir.

2.3.4.2.Rezidü idrar ölçümü

İleri derecede obtrüksiyon durumunda,nörojen mesane ve sistoselde rezidüel idrar fazla görülebilir.Antikolinerjik tedavi başlamadan önce hastalarda post voiding rezidü ölçülmelidir.Çünkü üriner retansiyon riski taşıyan komplike hastalarda,obstrüktif semptomu olanlarda,inkontinans öyküsü ve nörolojik hastalığı bulunanlarda akut üriner retansiyon riski bulunan antikolinerjiklerin başlanması ciddi yan etkilere neden olabilmektedir. Antikolinerjik tedavi başlanabilmesi için rezidü idrar miktarı 200 ml'nin altında olmalıdır.Çünkü bu değerin üzerindeki rezidü idrar miktarında akut üriner retansiyon riski artmaktadır.Bu hastalarda fonksiyonel mesane kapasitesinin düşük olması da enfeksiyona yatkınlık yaratmaktadır(19).

2.3.4.3.İşeme günlüğü

Subjektif bir durum olan hastaların sık idrara çıkma öyküsü hastalığın tanısında çok güvenilir değildir. İşeme günlüğü sayesinde hastaların değerlendirilmesi objektif hale gelir. En basit ürodinami yöntemi mesane hacmi ve mesane fonksiyonu hakkında bilgi veren işeme günlüğüdür(20). İşeme günlüğünde, hasta aldığı sıvı ve çıkardığı idrar miktarını, eşlik edebilen idrar kaçırmasını ve hangi durumlarda idrar kaçırdığını saatleriyle dökümante eder. İşeme günlüğüne bakılarak yaşam tarzı değişiklikleri ve sıvı alımı düzenlenmesi yapılabilir. İşeme günlüğü, hem hasta için hem de hekim için önemli bilgiler sağlar. Davranış terapisi için hekimin tedaviyi uygun bir planda yapmasına büyük katkı sağlar. Hastanın işeme zamanlarının kayıt edilmesi, mesane eğitim programlarında işeme periyotlarını belirlemek için bilgi sağlar. Tedavi süresince, farklı tedavi modalitelerinin etkinliğini gözlemlemek ve müdahalelere yol göstermesi için kullanılabilir. Hastanın bu günlüğü tutması kendisinin işeme alışkanlıklarının farkına varmasına, bunları düzenlemesine ve idrar kaçırmayı tetikleyen durumu anlamasına yardımcı olur.

2.3.5.Tedavi

Hasta için tedavi gerekli mi değil mi ve hastanın tedaviyi isteyip istemediği, eğer istiyorsa ne tür bir tedavi istediği belirlenmelidir. Tanı alan AAM hastalarının %76'sı uzun dönemde tedavisiz kalmaktadır. Hastaların tedaviye uyumunu sağlamak için doğru değerlendirilmesi, hastaya zaman ayrılması ve hastanın bilgilendirilmesi gerekmektedir (21).

2.3.5.1.Birinci Basmak Tedaviler

Birinci basamak tedaviler; konservatif tedaviler,zamanlı işeme, urge inhibisyon,pelvik taban kas eğitimi ve rehabilitasyonu ve pelvik taban kas elektriksel stimülasyonu olarak beş farklı grupta incelenebilir.

Konservatif tedavilerde hastanın alışkanlıklarını veya çevresini değiştirmeyi amaçlar, bu şekilde AAM semptomlarını düzeltmeye çalışan bir tedavi şeklidir. Bu davranış tedavi programlarının efektif olabilmesi için, farklı faktörleri içermesi ve hastaya özgü ihtiyaçlara ve özel yaşam durumlarına göre kişiselleştirilmesi gerekir. Bu davranış tedavisinde iki yaklaşım mevcuttur. Birincisi, mesane eğitimi ve ertelenmiş işeme gibi işeme davranışlarını değiştirerek mesane fonksiyonunu rehabilite etmeye çalışır. ikincisi, mesane eğitimi olarak isimlendirilir ve ani işeme hissini baskılamak için pelvik taban kas eğitimi ve güçlendirmesini hedefler.

Davranış tedavisinin özgün basamakları; self-monitoring (mesane günlüğü), planlı işeme, geciktirilmiş işeme, double voiding, pelvik taban kas eğitimi ve egzersizi (pelvik taban relaksasyonunu içeren) urge kontrol teknikleri, normal işeme teknikleri, biofeedback, elektrik stimülasyon, sıvı düzenlemesi, kafeinin az tüketilmesi, beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi (mesane için uyarıcı ajanlardan kaçınılması), zayıflama ve diğer yaşam tarzı değişikliklerinden oluşmaktadır.

Sıvının aşırı derecede kısıtlanmasına bağlı olarak yetersiz sıvı alımı, idrar ozmolaritesinin yükselmesine ve mesanede mukozal tabakada uyarılma neticesinde sıkışma hissine ve sık idrara çıkmaya neden olabilir. Sıvı alımının günlük 1500 ml'den

fazla olması gerekir, hastaların yeterli ve düzenli sıvı almaları konusunda uyarılması gerekmektedir(22). Kadınlarda AAM ve idrar kaçırmasını obezite tetikler. Zayıflama bu hastaların tedavilerinin temelini oluşturmaktadır. Vücuttaki % 5'lik kilo kaybı idrar kaçırmasını tedavi ettiği gözlemlenmiştir(23).

Kabızlığı ve defekasyon problemleri ile AÜSS arasında pozitif bir ilişkinin varlığı mevcuttur. Bu iki durumun birlikte görülmesinin sebebi pelvik tabanda konstipasyonla indüklenen progresif nöropatiye bağlanmıştır. Bu yüzden, kabızlığın tedavisinin AAM konservatif tedavisinde mutlaka göz önünde bulundurulması gerektiği ve multimodal tedavilere gereksinim olduğu açıktır(24).

Zamanlı işemeprogramlanmış işeme ve alışkanlık eğitimi içeren işeme programlarını içerir. Bu işeme programlarının her biri, işeme sırasında aile fertlerine veya profesyonel bakım hizmeti verenlere ihtiyaç duymaktadır.Hastaların işeme günlüklerine göre, sabit zaman aralıklarıyla ani sıkışma hissi ve idrar kaçırması olmadan işemesine dayanmaktadır. Alışkanlık eğitimi kişinin, uyanık olduğu saatlerde işeme isteğinden bağımsız şekilde, daha önceden belirlenmiş bir programa göre işlemeyi gerçekleştirmesidir(25).

Urge inhibisyon, hastanın işeme eylemini öğrenmesi ve bunu rehabilite etmesini sağlayan eğitim programıdır. Buradaki temel amaç, ani sıkışma hissini kontrol edip, günlük işeme sayısını azaltarak AAM'yi azaltmak, mesane hacmini artırmak ve inkontinansı ortadan kaldırmaktır(26). Ani işeme hissinde kişinin tuvalete koşma cevabını ortadan kaldırmak bu tedavinin en önemli basamağıdır. Ani sıkışma hissi geçene kadar durmak mümkünse oturmak ve pelvik kas kasılmalarını kullanmak konusunda hastalara eğitim vermek gerekir. Ani sıkışma hissini ortadan kaldıran yada ertelemeyi öğrenen hastalar kendi tedavilerini kendileri yapmış olurlar.

Pelvik taban kas eğitimi ve rehabilitasyonu; pelvik kas egzersizlerini ilk kez levatör ani kası ile ilgili yaptığı bir kasılma programı sonucunda Kegel tanımlamıştır. Bu egzersizlerin gayesi, extrenal ürtaral sfinkteri ve detrusör kasının desteğini arttırarak inkontinansa engel olmaktır(27). Tekrarlayan egzersizlerle birlikte kas gücünde artış ve cevap süresinde kısaltmalar oluşacak, böylece hızlı ve daha güçlü bir şekilde mesane hacminde artış meydana gelecektir. Pelvik taban kas eğitim programı; 8 ile 12 set

arasında maksimale yakın kontraksiyonlar, her kontraksiyon dinlenmeyle eşit olacak şekilde 6-8 saniye, her setin ardından 5-10 adet hızlı kontraksiyonlar şeklindedir. Bu egzersizlerin günde 5 kez ve her gün uygulanması gerekmektedir.

Pelvik taban kas elektriksel stimölasyonu,AAM’de acil işeme istişini ve noktüri semptomlarını ortadan kaldırmayı sağılayan kontraksiyonu stimüle etmek için düşük dereceli bir elektriksel uyarının pelvik taban kaslarına uygulanmasıdır(28). Vajinal veya anal bölgelere yerleştirilen elektrodlar sayesinde yüksek frekanslı stimölasyon yapılabilmektedir. Pelvik taban kaslarını ve üretral kasların direk stimölasyonu, kontraksiyon oluşmasını sağılar.

2.3.5.2.İkinci Basmak Tedaviler

İkinci basamak tedavilerin temelini medikal tedaviler oluşturur. Bu tedavilerin amacı; detrüsör kasılmalarını azaltmak, istemsiz kasılmaların önüne geçmek, mesane kompiyans ve kapasitesini yükseltmektir(29). Bu tedavilerin hedefi, mesane düz kası (detrüsör), efferent (motor) sinirler, afferent (duysal) sinirler ve santral sinir sistemidir. Medikal tedavide antimuskarinik ajanlar, iyon kanallarına yönelik tedaviler, karışık etkili ilaçlar, alfa ve beta reseptör blokerleri, prostaglandin sentetaz inhibitörleri, fosfodiesteraz inhibitörleri, anti depresan ajanlar ile desmopressin analogları bulunur(30).

2.3.5.2.1. Antimuskarinik ajanlar

AAM tedavisinde antimuskarinikler altın standart olarak kullanılmaktadır. Muskarinik ve nikotinik reseptörlerin uyarıcı nörotransmitteri asetilkolindir. Antimuskarinik ajanlar, muskarinik reseptörler için seçici blökerlerdir. Antimuskarinik ajanlar AAM tedavisinin temelini oluştururlar(31).

Aktive edilen kolinerjik (parasempatik) sinirlerden salgılanan asetilkolin tarafından uyarılan ve detrusor kası üzerinde bulunan muskarinik reseptörlerin uyarılması mesanede kasılmalara neden olur. Antimuskarinikler bu reseptörleri bloke ederek tedavide etkin olurlar. Böylelikle mesanenin kasılması inhibe olur(32).

Antimuskarinikler, üçüncül veya dördüncül aminler grubunda bulunur. Üçüncül bileşikler, genelde dördüncül bileşiklere oranla daha fazla lipofiliktir. Üçüncül ve dördüncül aminler yük bakımından da farklılık gösterirler . Atropin, darifenasin, fosoterodin, oksibutinin, propiverin, solifenasin ve tolterodin üçüncül aminler grubunda yer alır. Bu moleküllerin yüksek lipofiliteye sahip olmaları, küçük moleküler boyutları ve elektriksel yüklülük oranlarının düşük olması, kan beyin bariyerlerini geçme ihtimallerini yükseltir, ancak bu moleküllerden bazılarının merkezi sinir sistemine taşınmaları için P glikoproteinine ihtiyaç duymaları bu duruma engel olur. Propantelin ve trospiyum gibi dördüncül aminlerin emilimleri iyi değildir, bir kısmı merkezi sinir sistemine geçmesine rağmen merkezi sinir sistemi yan etkileri çok sık görülmez.

Klinikte yaygın kullanılmasına rağmen ilk kullanılması ideal olan spesifik bir antimuskarinik yoktur. Uygun olan tedavinin kişiye göre düzenlenmesidir. Tedavide antimuskarinik başlanacak bir hastanın bütün hastalıkları ve kullandığı ilaçlar öğrenilmeli ve antimuskarinik seçimi buna göre yapılmalıdır(33).

Antikolinerjiklerin kullanılmaması gereken durumlar; dar açılı glokom, idrar retansiyonu ya da detrüsr yetmezliği, intestinal obstruksiyon, Myastenia gravis ve kalp aritmileridir. Antikolinerjiklerin en sık görüldüğü yan etkileri ağız kuruluğu, kabızlık, baş ağrısı ve bulanık görmedir.

2.3.5.2.2.Membran kanallarına etkili ajanlar

AAM'de kalsiyum antagonistlerin tedavide yeri olmasına rağmen etkinlikleri ile ilgili kanıt yoktur.

2.3.5.2.3.Antidepresanlar

Trisiklik anti depresanlardan imipraminin mesane kasılmalarını regüle edip ayrıca çıkış direncini arttırarak idrarın depolanmasını sağlar. Merkezi sinir sisteminde, muskarinik alfa adrenerjik ve histamin 1 reseptörlerini inhibe eder. ADH salınımını arttırır, nonselektif bir şekilde noradrenalin ve serotonin geri alımını baskılar.

2.3.5.2.4.Beta 3 Agonistler

Detrüsör düz kas hücrelerinde baskın olan beta reseptör türü, beta 3 adreno reseptörlerdir. Beta 3 reseptörlerinin uyarılması detrüsör kasında gevşemeye neden olur. Beta 3 reseptör agonisti olan Mirabegron, yakın dönemde bulunmuş ve tedavide kullanılmış ilk beta 3 reseptör agonistidir(34). Bu molekülün en sık yan etkileri hipertansiyon, baş ağrısı ve nasofarenjitir. Mirabegron, ciddi kontrolsüz hipertansiyonda (sistolik basıncın 180'den veya diastolik basıncın 110'dan fazla olması) kullanılamaz. Tedaviden önce kan basıncı ölçülmeli ve tedavi boyunca yakın takipte tutulmalıdır. Bu molekülün ağız kuruluğu ve kabızlık gibi yan etkileri, antikolinergiklere göre çok daha az görülmektedir.

2.3.5.3.Üçüncü Basamak Tedaviler

2.3.5.3.1. İntravezikal vanilloid tedavisi

Miyelinsiz C tip afferent sinir liflerini vanilloid reseptöre bağlanarak önce aktive sonra inhibe ederler. Kapsaisin ve Resiniferatoksin gibi ajanlar AAM tedavisinde deneysel amaçla kullanılan moleküllerdir(35).

2.3.5.3.2.İntradetrüsör botulinum toksini

Botulinum toksin(BTX), Clostridium Botulinum'un bakterisinin oluşturduğu bir proteindir. Birinci ve ikinci basamak tedavilere dirençli klinisyenler tarafından yeterli şekilde bilgilendirilmiş hastalara 3. basamak tedavi seçeneği olarak intradetrüsör botulinum toksin enjeksiyonu yapılabilir. Bu tedavide hasta uyumu önemlidir. Hastalar, PVR ölçümü için hastaneye gelebilecek olmalı ve tedavi için istekli olmalıdır. Gerektiğinde hastanın kendi üretral kateterizasyon işlemini kendisi yapabilmelidir.Botulinum toksininlokal enjeksiyonu sinir hücrelerinin aktivitesinde geçici kimyasal denervasyona ve aktivasyonunda azalma veya tamamen ortadan kalkmasına neden olur. Mesane içi uygulanan botulinum toksini BTX tip A'dır.Botulinum toksini mesanedeki düz kasların gevşemesine neden olacak

nöromusküler sinir sinyallerinin geçici olarak ortadan kaldırarak AAM'yi tedavi eder.BTX enjeksiyonunun etkisiyle nöromusküler bileşkede asetilkolin azalmasına yol açacak olan presinaptik vezikülleri inhibe etmesinin yanı sıra nöropeptid substance P gibi nörotransmitterlerin de azalması sonucunda; pürinerjik reseptörlerde ve ürotelyum ile subürotelyumun sinir uçlarında afferent desensitizasyona katılan capsaisin reseptörlerinde down regülasyona yol açtığı bilinmektedir. BTX 100-300 U mesane duvarının 10 ile 30 farklı bölgesine enjekte edilmelidir. BTX enjeksiyonlarında rapor edilen major bir komplikasyon yoktur. En sık görülen yan etki kendi kendine kateterizasyon yapmayı gerektiren ve bazen idrar yolu enfeksiyonuna yol açan işeme sonrası yüksek miktarda rezidü idrardır. AAM tedavisinde önerilen doz 100 ünitedir(36).

2.3.5.3.3.Posterior Tibia Nöron Stimülasyonu

Posterior tibial sinirin elektriksel uyarılmasıyla sakral işeme merkezi olan S2-S4 sakral sinir pleksusu yoluyla uyarılır. Posterior tibial sinir stimülasyonu medial malleola yerleştirilen 34-Gauge iğne aracılığıyla sinirin uyarılmasıdır. Genellikle her seans 30 dakika sürer ve 12 hafta boyunca haftada bir gün şeklinde uygulanır. İdrar kaçırmalarında antimuskarinik tedavilerden fayda görmeyen hastalarda etkin olduğu bildirilmiştir. Ancak etkisinin Tolterodin'den yüksek olmadığı bildirilmektedir(37).

2.3.5.3.4.Sakral Nöromodülasyon

Sakral nöromodülasyonun (SNM) amacı mesaneyi, üretral sfinkteri ve pelvik taban kaslarını innerve eden sakral sinirleri stimüle ederek AAM'de semptomları düzeltmektir. Bu işlemde sakrumdan içeriye S3 sinirini uyaraacak seviyede stimülasyon elektrotları yerleştirilir ve buna bağlı olan stimülatörün yerleştirilmesi sağlanır. SNM'nin etki mekanizması tam olarak anlaşılmamıştır. Periferik ve santral sinir sisteminde, mesanedeki sinir iletimlerinde bazı seviyelerde nöronal aksı etkileyerek eksitator ve inhibitör etkilenmeye yol açtığı ayrıca beyin kökünde işeme merkezinde

mesane somatosensörlerini aktive ederek ve hipogastrik sempatik sinirleri aktive ederek etkinlik gösterdiği tahmin edilmektedir(38).

2.3.5.4.Dördüncü Basamak Tedaviler(Cerrahi Tedaviler)

AAM tedavisinde minimal invaziv yöntemlerin ve morbiditesi düşük uygulamaların geliştirilmesi ve yaygınlaşmasıyla, cerrahi tedavi seçenekleri giderek azalmaktadır. AAM'nin cerrahi tedavisinde bazı uygulamalar artık uygulanmayan tarihsel yöntemlerdir. Cerrahi tedavi seçenekleri arasında günümüzde de uygulanan yöntemler bulunmaktadır. Bu tedavi yöntemleri ilk 3 basamak tedavilerden fayda görmeyen hastalarda uygulanabilir.

Sistolizis: Mesane çevresine fenol enjeksiyonu ile yapılan sistolizis artık tarihsel yeri olan bir tedavi şeklidir. Bu tedaviden, etkinliğinin olmaması ve komplikasyonlarının sık olması nedeniyle vazgeçilmiştir.

Denervasyon cerrahileri: Ingelman-Sundberg tekniğinde ilk olarak vajenden mesane tabanına doğru başta %0.25'lik bupivakain solüsyonu uygulanır ve hastanın 24 saatlik süre içerisinde şikayetlerinin düzelmesine gözlemlenir. Eğer hastanın şikayetleri düzelmişse hastaya vajinal girişimle inferior hipogastrik sinir blokajı yapılır. Uzun dönemde kalıcılığı düşük olduğu için günümüzde terk edilmiş bir yöntemdir.

Mesane büyütme cerrahileri: Bu tip cerrahilerdeki amaç idrar tutma mekanizmasına zarar vermeden mesanenin aktivitesini azaltmak, kasılmaların önüne geçmek, mesane içi basıncı düşürmek, mesane hacmini arttırarak da üst üriner sistemi güvence almaktır.

Üriner diversiyon cerrahileri: AAM tedavisinde en son düşünülecek tedavi yöntemidir. Bütün tedavilerin başarısız olduğu durumlarda cerrahi tedaviler son seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır(39).

2.4.Çocukluk Çağı Travmaları

Anlamlandırma, bağlantı kurma ve denetleme yetilerimizi bozan, normal savunma mekanizmaları ve baş etme yollarıyla baş edilemeyecek kadar ağır olan, sarsıcı ve yıpratıcı yaşantılara ruhsal travma denir(39). Travmaya maruz kalmak her yaşta

psikiyatrik sıkıntılara neden olabilirken bu risk travma ile baş edebilecek gücün zayıf olduğu çocuklarda daha yüksektir. Çocukluk çağı travmaları istismar ve ihmal olmak üzere iki gruba ayrılır. Bu iki grubun en önemli farkı; istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir süreci kapsamasıdır(40). Yani istismar; çocuğa karşı bilerek yapılan, fiziksel, cinsel, ruhsal veya sosyal açıdan çocuğa zarar veren aktif bir davranış iken, ihmal; çocuğun bakımından sorumlu kişi veya kişiler tarafından çocuğun bakım ve korunmasının yeterince sağlanamaması sonucu fiziksel ve ruhsal sağlık bakımından zarara uğradığı pasif bir süreçtir.

2.4.1.Çocukluk Çağı İstismarları

İstismar, bir kişinin başka bir kişiyi bilerek ve isteyerek, o kişinin aleyhine ve zararına olacak şekilde kullanmasıdır. İstismar eylemi kültürlere ve geleneklere göre farklılık göstermesine rağmen bazı ortak özellikleri içerir. Bu ortak özellikler; kasıtlı olması, tekrarlama ihtimalinin yüksek olması, çocuğun fiziksel ve zihinsel sağlığını bozmasının yanında psikososyal gelişimini de olumsuz yönde etkilemesidir(41). Çocuk istismarı; eylemin türü, sebepleri ve çocuk üzerindeki etkileri yönünden farklılıklar teşkil eder. İstismarlar: fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismarlar şeklinde bölünebilir.

2.4.1.1.Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre; kasten yapılan fiziksel güç kullanımı sonucunda çocuğun sağlığı, gelişimi ve onuru açısından zarar görmesi durumunu ifade eder. Kişinin kendisinden en az beş yaş büyük bir kişi ya da kendisinden iki yaş büyük aile bireyi tarafından, 18 yaşından önce, vücudunda 48 saatten uzun süre sebat eden fiziksel bir iz bırakacak şekilde şiddete maruz kalmasıdır(42). Şiddet davranışları; çocuğu hırpalama, tokat atma, yumruk atma, tekmeleme, sarsma, boğma, yakma, dövme, itip kakma, yaralama hatta bağlama ve kapalı bir yere kilitleme gibi farklı davranışları içermektedir(43). Fiziksel istismar sıklığı, %0,45-64 gibi farklı oranlarda görülmektedir(44). Her yıl Amerika Birleşik Devletleri'nde'de 1200-1500 çocuğun kendisine bakım verenler tarafından istismar

edilmesi sonucu öldüğü, bu ölümlerin %52'sine fiziksel şiddetin neden olduğu rapor edilmiştir. Ergenlik çağında yaşanan fiziksel istismarlar neredeyse bebeklik dönemindeki kadar sık görülür. Çocuklar, bebeklik döneminde daha çok anneleri tarafından şiddete maruz kalırken ergenlik döneminde daha çok babaları tarafından fiziksel istismara uğrar(45). Fiziksel istismara maruz kalan çocuklar, yüksek anksiyeteye, düşük dürtü kontrolüne, kendine zarar verici davranışlar sergilemesine, saldırganlığa, suçluluk duygusuna, gelişim geriliklerine, içe çekilmeye ve depresyona meyilli olurlar(45).

2.4.1.2.Cinsel İstismar

Cinsel istismar; daha psikolojik ve sosyal gelişimini tamamlamamış çocuğun, kendisinden en az altı yaş büyük biri tarafından cinsel arzu ve ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla tehdit etme, güç kullanma veya kandırma şeklinde kullanılması olayıdır(46). Gerçekleşen eylemin cinsel istismar olması için penetrasyon olayının olması şart değildir. Giysilerin altından veya giysilerini üzerinden bedene veya cinsel organa dokunmak, dokundurtmak, cinsel içerikli konuşma ve önerilerde bulunma, teşhircilik, röntgencilik, başkalarının cinsel aktivitesini seyretmeye maruz bırakmak cinsel istismardır(47). Cinsel istismar gizli şekilde yapılır ve duygusal anlamda yıkımı çok yoğun olduğu için belirlenmesi zaman alabilir. Çocuk istismarları içinde en zor tespit edileni cinsel istismardır. Genelde tespit edilemez(48). Cinsel istismar olaylarının sadece %15'inin bildirildiği düşünülmektedir(49). Mağdurun istismarcının olası tehditlerinden korkması, istismarcıyı koruma isteği, olay nedeniyle utanç duyması, kendisine inanılmayacağı düşüncesi cinsel istismarların ortaya çıkmasındaki ne büyük engellerdir. Çocukluk çağı cinsel istismarın en çok yaşandığı dönem ergenlik dönemidir. Ergenlik döneminde kadına yapılan cinsel istismarlar, erkeklere yapılan cinsel istismarlardan en az üç kat daha yüksektir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada psikiyatri polikliniğine gelen 125 kadın hasta değerlendirilmiş ve bu kadınların çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalma oranı %18,5 olarak bulunmuştur. Cinsel istismar, olay sırasında ve sonrasında birçok ruhsal sorunu tetikleyebilir. Cinsel istismar neticesinde anksiyete, dissosiyasyon, cinsel işlev bozukluğu, uyku bozuklukları, öfke,

madde kötüye kullanımı, düşük özsaygı, intihar eğilimi, obsesyonlar ve somatizasyon bozuklukları oluşabilir(50).

2.4.1.3. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocuğun ruhsal sağlığında ciddi bozulmalara neden olacak seviyede alay edilme, aşağılanma, küçük düşürücü yorumlarda bulunma veya ağır sözel tehdit alma şeklinde tanımlanmıştır. Çocuğa bağırılması, çocuğa kötü muamelede bulunulması, hakaret ve küfür edilmesi, kişiliğiyle ilgili olumsuz ve ağır eleştirilerde bulunulması, yalnız bırakılması, korkutulması, yaşının üstünde sorumluluk verilmesi, suçlanması, yok sayılması, alay edilmesi, lakap takılması, küçük düşürülmesi, aşağılanması, tehdit edilmesi, yeteneklerinin yetersiz görülmesi, aile içi şiddete tanıklık etmesi, sosyal olmayan aktivitelerde bulunması için teşvik edilmesi, aile içinde ayrıma uğraması, davranışlarıyla uyumsuz ve ağır cezalar verilmesi, aile içi anlaşmazlıklarda taraf tutulmasına zorlanması, çocuk üzerinde aşırı baskı ve otorite kurulması ve aşırı koruyucu davranılması gibi davranışlar duygusal istismar örnekleridir(51). Yapılan çalışmalarda psikiyatri polikliniğine başvuran kadın hastaların %36,3 oranında çocukluk çağında duygusal istismara uğradığı tespit edilmiş ve bu oranın diğer istismar türlerinden çok daha fazla olduğu görülmüştür. Duygusal istismar ruhsal gelişimde duraklamalara, kimlikte zedelenmeye ve davranışsal sorunlarının ortaya çıkmasına sebebiyet verebilir. Bu durumda çocuklarda pasif kişilik özellikleri, antisosyal davranışlar, değersizlik duyguları, uyum sorunları gibi problemlerin ortaya çıkmasını sağlar(52). Çoğu fiziksel istismar olgusuna eşlik eden duygusal istismar, fiziksel belirtiler iyileştikten çok sonra, hatta hayat boyu etkisini devam ettirir. Çocuğun bağlanma sürecini ve duygusal gelişimini negatif şekilde etkiler. Çocuğun ilerleyen süreçte uygun duygusal tepkiler geliştirme kapasitesini zedeler.

2.4.2.Çocukluk Çağı İhmalleri

İhmal: ailenin, gelişimi sürecinde ihtiyaç duyduğu maddi, manevi bakımdan çocuğu yoksun bırakması ve çocuğu tehlikelere karşı korumaması olarak bilinir ve Dünya Sağlık Örgütü, çocukluk çağı fiziksel ihmali; 18 yaş altı bireyin yetersiz beslenme, giyinme ve bakım alma sonucunda zarar görmesi şeklinde tanımlar(53). Çocukluk Çağı İhmalleri, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal şeklinde iki farklı grupta incelenmektedir.

2.4.2.1.Duygusal İhmal

Çocuğun psikolojik ihtiyaçlarını ve duygusal gereksinimlerini karşılamama, sosyal kuralları öğretmeme ve çocuğun sosyal gelişimini sağlayacak destekleyici ilgiyi göstermeme şeklindeki davranışlara duygusal ihmal denir(54). Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapılan bir çalışma neticesinde çocukluk çağında duygusal ihmal yaşamış olma oranının %81,6 civarlarında olduğu bulunmuştur(55).

2.4.2.2.Fiziksel İhmal

Çocuğun ihtiyacı olduğunda gerekli sağlık hizmetinin verilmemesi,ona yiyecek ve giyeceğin sağlanmaması,tehlikelerden korumamak ve ondan dolayı gözetim ve kontrol etmemek gibi davranışların tümüne fiziksel ihmal denir. Fiziksel ihmal davranış tiplerine çocuğun yalnız bırakılması, dışlanması,aşılarının yaptırılmaması, evden kovulması, uygun barınma ortamının sağlanmaması, yıkanmaması, temiz elbise giydirilmemesi, hastalık ve yaralanmalarının tedavi ettirilmemesi örnektir(56).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Katılımcıların Seçimi

Bu çalışma protokolüne Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığının 02.04.2020 tarih ve 05 numaralı kararı ile araştırma onayı alınarak başlandı. Çalışmaya dahil olan kişilere tüm işlemlerin ve çalışmanın detayları hakkında bilgi verildi ve yazılı onamları alındı. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi Üroloji polikliniğine Aşırı Aktif Mesane (AAM) bulguları ile başvuran hastalar taranarak idiyopatik aşırı aktif mesaneye sahip 40 kadın hasta ve AAM semptomları olmayan üroloji polikliniğine farklı sebeplerle başvuran 40 kadın kontrol grubu olarak çalışmaya alındı.

Dahil Edilme Kriterleri

Çalışmamıza 18 yaşından büyük, AAM tanısı olan ve bunun dışında herhangi bir alt ve üst üriner sistem patolojisi olmayan bayan olgular alındı. AAM'ye bağlı medikal ve/veya cerrahi tedavi alan veya almayan kişiler çalışma grubunu oluşturdu.

Dışlama Kriterleri

Onsekiz yaşından küçük olgular, nörolojik hastalığı olan olgular, üriner ve/veya pelvik cerrahi öyküsü olan olgular, mesane çıkış obstrüksiyon bulguları olan olgular, Diabetes Mellitus ve metabolik sendrom tanılı olgular çalışmaya alınmadı. Mevcut üriner sistem veya vajinal enfeksiyonu olan olgular, mesane malignitesi veya yüksek dereceli displazi varlığı öyküsü olan olgular da çalışma dışı bırakıldı.

3.2.Yöntem

Hastaların AAM durumunun değerlendirilmesi için Türkçe validasyonu yapılmış olan Uluslararası Kontinans Sorgulama Anketi Kısa Formu (ICIQ-SF), Aşırı Aktif

Mesane Anketi (OAB-V8), Pelvik Taban Distres Envanteri (PFDI-20) ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Skorlaması (SEAPİ) anketleri hem kontrol grubuna hem de hasta grubuna kendileri tarafından doldurtuldu. Ayrıca hastaların mevcut depresyon durumunu değerlendirmek için Beck Depresyon Ölçeği ayrıca hastaların ve kontrol grubundaki kişilerin çocukluk çağı travma geçmişlerini, değerlendirmek için Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ) doldurtuldu.

ICIQ-SF; inkontinans belirtilerinin yaşam kalitesi ve tedavi sonucu üzerindeki etkisini değerlendirmek için hızlı ve güvenilir bir ölçüm sağlar. Bu formda 0-21 arası puanlama ile yapılır. Skorun yükselmesi şikayetlerin çok olduğunu gösterir(57).

OAB-V8; AAM semptomları olan hastaları belirlemeyi amaçlar. Skor 8 veya üzerinde ise, aşırı aktif mesane tanısı düşünülür(58).(PFDI-20); Ölçekte toplam 20 soru bulunmakta ve bu sorular 3 alt faktörden (Pelvek Organ Prolapsus Distres Envanteri-6 (POPDI-6), Üriner Distres Envanteri-6 (ÜDI-6) ve Kolorektal-anal Distres Envanteri-8 (KRADE-8) oluşmaktadır. Sorulan 20 soruya bireyler şikayetin kendilerinde bulunup bulunmamasına göre hayır(0) ya da evet olarak cevaplar, eğer cevapları evet ise şikayetin kişiyi ne kadar rahatsız ettiğini işaretlerler. Önemsiz (1), az (2), orta (3), çok (4) şeklinde derecelendirmektedir. Ölçeğin toplam puanı 0-80 arasındadır. Her alt faktör için en iyi puan 0, en kötü puan POPDI-6 için 24, KRADE-8 için 32 ve ÜDE-6 için 24'tür. Anketin tamamından alınabilecek en iyi puan 0, en kötü puan 80'dir. Bu anket sonucunda elde edilen skor ne kadar büyükse pelvik taban fonksiyon bozukluğunun şikayet derecesinin o kadar fazla olduğu anlamına gelmektedir.

SEAPİ; inkontinans yaşam kalitesi sorgulama formu yaşamın tüm alanlarında idrar kaçırmanın neden olduğu rahatsızlıkları 15 soruda değerlendirmektedir. Türkçe validasyonu vardır. Her bir soru 0,1,2 ve 3 şeklinde puanlanmaktadır. En az 0 en çok 45 puan alınabilir. Alınan puan ne kadar yüksekse inkontinansın yaşam kalitesini o denli kötü etkilediğini gösterir(59).

Beck Depresyon Ölçeği; Depresyonda görülen duygusal, bedensel, bilişsel, motivasyonel belirtileri ölçme amacıyla geliştirilmiştir. Toplamda 21 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Her maddede hafiften ağıra doğru 0 ile 3 puan arasında sıralanan depresyona özgü davranışsal örüntüyü belirleyen kendini değerlendirme cümlelerini içermektedir. Sorular kişinin son yedi günündeki duyguduruma göre cevaplanmalıdır.

Ölçek puanları 0-63 arasında olup 0-13 puan arası ‘depresyon yok’, 14-24 puan arası ‘orta düzeyde depresyon’, 25 puan ve üzeri ise ‘şiddetli depresyon’ şeklinde değerlendirilir(60). Ölçeğin Türkçe validasyonu Hisli ve ark. tarafından 1988 yılında yapılmıştır.

CTQ; Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (Childhood Trauma Questionnaire - CTQ); Bernstein ve arkadaşları tarafından, 20 yaş öncesindeki ihmal ve istismar yaşantılarını geçmişe yönelik ve niceliksel olarak belirlemek için geliştirilmiştir. Ölçek Türkçe’ye Şar ve arkadaşları tarafından uyarlanmıştır. CTQ; 5 alt ölçek ve 28 maddeden oluşan, 5’li likert (1=Hiçbir zaman, 2=Nadiren, 3=Zaman zaman, 4=Sıklıkla, 5=Çok sık) tipte bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek çocukluk çağı travmalarına yönelik olarak; fiziksel ihmal, fiziksel istismar, duygusal ihmal, duygusal istismar ve cinsel istismar olmak üzere 5 alt grubu inceler. 2, 5, 7, 13, 19, 26 ve 28 numaralı maddeler ters çevrilerek hesaplanır. 1, 2, 4, 6, 26 numaralı maddeler fiziksel ihmale; 9, 11, 12, 15, 17 numaralı maddeler fiziksel istismara; 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddeler duygusal ihmale; 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddeler duygusal istismara ve 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddeler de cinsel istismara yöneliktir. Travmanın inkarını ölçen 10, 16 ve 22 numaralı maddelerin her birinden alınan sadece en yüksek puan (5 puan) yanıtları dikkate alınmakta ve 1 puan olarak hesaplanmaktadır. Bu puanların toplanması ile 0-3 puan arasında bir minimizasyon puanı oluşur. Minimizasyon puanı sonucu etkilememektedir. Ölçeğin her bir alt grubundan en düşük 5, en yüksek 25 puan, toplamda ise en düşük 25, en yüksek 125 puan alınabilmektedir. Ölçeğin kesme puanı; fiziksel ve cinsel istismar alt boyutu için 5, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7, duygusal ihmal için 12, toplamda ise 36 puan olarak önerilmektedir(61).

3.3.İstatistiksel Analiz

Çalışmamızdaki verileri, % 95 güvenle çalışan SPSS 21 programını kullanarak analiz ettik. Tanımlayıcı istatistiklerin ifadesinde sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler; kategorik değişkenlerde sayı ve yüzde değerleri kullanıldı. Normallik değerlendirmesi Shapiro-Wilk testi ile yapıldıktan sonra Student-t ve Mann Whiney U testleri uygulandı. Kategorik verilerin

ilişkisinin analizinde Likelihood Ratio ve Pearson ki-kare testleri kullanıldı. Tüm testler için anlamlılık sınırı 0,05 olarak belirlendi.



4. BULGULAR

Çalışmaya AAM bulguları olan ve AAM bulguları olmayan 80 hasta dahil edildi. Hastalar, AAM semptomlarının varlığına göre 2 gruba ayrıldı. AAM semptomları olan 40 hasta Grup 1, AAM semptomları olmayan 40 hasta Grup 2 olarak isimlendirildi.. Grup 1 ve Grup 2 yaş ortalamaları sırasıyla $47,82 \pm 14$ ve $45,12 \pm 15$ ($p=0,398$), VKİ sırasıyla $29,35 \pm 6,13$ ve $27,70 \pm 5,64$ kg/m^2 idi ($p=0,215$). Her iki grubun yaş ve VKİ açısından arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Çalışmaya alınan hastaların tamamı kadındı. Çalışmaya alınan tüm hastalar okur yazardı.

Çalışmaya alınan hastalar mesleki açıdan değerlendirildiğinde Grup 1 ve Grup 2 de sırasıyla; memurlar 8 (%38,1) ve 13 (%61,9), işçiler 1 (%33,3) ve 2 (%66,7), ev hanımları ise 31 (%55,4) ve 25 (%44,6) idi. Mesleki açıdan gruplar arasında istatistiksel fark saptanmadı. ($p=0,335$). Hastaların medeni durumu Grup 1 ve Grup 2 için; evli 32(%53,3) ve 28(%46,7), bekar 5(%45,5) ve 6(%54,5), dul 3(%33,3) ve 6(%66,7) idi. Hastaların doğum şekli Grup 1 ve Grup 2 için; normal doğum 22(%50,0) ve 22(%50,0), sezeryan 11(%57,9) ve 8(%42,1), doğum yapmamış 7(%41,2) ve 10(%58,8) idi. Çalışmaya dahil edilen ve Aşırı Aktif Mesane bulguları olan 40 hastadan 21'i (%52,5) Antikolinerjik ilaç tedavisi alıyor, 19'u (%47,5) ise herhangi bir tedavi almıyordu. Grup 2 diye adlandırılan 40 kişi ise Aşırı Aktif Mesane bulgularına yönelik ilaç almıyordu. Çalışmaya alınan tüm olguların demografik verileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (Tablo 1).

Tablo 1. Demografik veriler.

Antropometrik Ölçümler		Hasta	Kontrol	P
		Ort ± SS		
	Yas	47,82 ± 14	45,12 ± 15	0,398
	BMI	29,35 ± 6,13	27,70 ± 5,64	0,215
Demografik Bilgiler		n (%)		
Meslek	Beyaz Yaka	8 (38,1)	13 (61,9)	0,335
	Mavi Yaka	1 (33,3)	2 (66,7)	
	Ev Hanımı	31 (55,4)	25 (44,6)	
Medeni durum	Evli	32 (53,3)	28 (46,7)	0,502
	Bekar	5 (45,5))	6 (54,5)	
	Dul	3 (33,3)	6 (66,7)	
Doğum şekli	Normal Doğum	22 (50,0)	22 (50,0))	0,606
	Sezeryan	11 (57,9)	8 (42,1)	
	Doğum	7 (41,2)	10 (58,8)	
İlaç kullanımı	Yapmamış			***
	Kullanıyor	21 (52,5)	0 (0,0)	
	Kullanmıyor	19 (47,5)	40 (100,0)	

***: Kontrol grubunda veri olmadığı için kıyas yapılmadı.

Tablo 2. Hastaların anket skor sonuçları.

	Hasta		Kontrol		P
	Ortalama+SS	Min - Maks	Ortalama+SS	Min-Maks	
POPDİ-6	6,125± 4,69	0 - 20	1,95± 2,27	0-9	<0,001
KRADE-8	5,575± 4,99	0-20	2,175± 2,67	0-10	<0,001
ÜDE-8	11,45± 4,10	2-21	3,4± 3,57	0-13	<0,001
SEAPİ	20,3± 12,38	0-42	3,5± 5,25	0-19	<0,001
OAB-V8	24,7± 4,72	18-34	6,625± 4,49	0-15	<0,001
ICIQ-SF	12,225± 6,01	0-21	1,425± 2,44	0-8	<0,001
Beck depresyon	19,8± 13,13	0-57	7,875± 6,54	0-26	<0,001
CTQ	39,15± 13,15	25-81	35,875± 8,80	25-66	0,482

POPDİ-6 anketi sonuçları Grup 1 ve Grup 2 için sırasıyla 6,125± 4,69 ve 1,95± 2,27 şeklinde bulundu. Gruplar arasındaki p değeri ise <0,001'di. İki grup arasında anlamlı fark mevcuttu.

KRADE-8 anketi sonuçları Grup 1 ve Grup 2 için sırasıyla 5,575± 4,99 ve 2,175± 2,67 şeklinde bulundu. Gruplar arasındaki p değeri ise <0,001'di. İki grup arasında anlamlı fark mevcuttu.

ÜDE-8 anketi sonuçları Grup 1 ve Grup 2 için sırasıyla $11,45 \pm 4,10$ ve $3,4 \pm 3,57$ şeklinde bulundu. Gruplar arasındaki p değeri ise $<0,001$ 'di. İki grup arasında anlamlı fark mevcuttu.

SEAPI anketi sonuçları Grup 1 ve Grup 2 için sırasıyla $20,3 \pm 12,38$ ve $3,5 \pm 5,25$ şeklinde bulundu. Gruplar arasındaki p değeri ise $<0,001$ 'di. İki grup arasında anlamlı fark mevcuttu.

OAB-V8 anketi sonuçları Grup 1 ve Grup 2 için sırasıyla $24,7 \pm 4,72$ ve $6,625 \pm 4,49$ şeklinde bulundu. Gruplar arasındaki p değeri ise $<0,001$ 'di. İki grup arasında anlamlı fark mevcuttu.

ICIQ-SF anketi sonuçları Grup 1 ve Grup 2 için sırasıyla $12,225 \pm 6,01$ ve $1,425 \pm 2,44$ şeklinde bulundu. Gruplar arasındaki p değeri ise $<0,001$ 'di. İki grup arasında anlamlı fark mevcuttu.

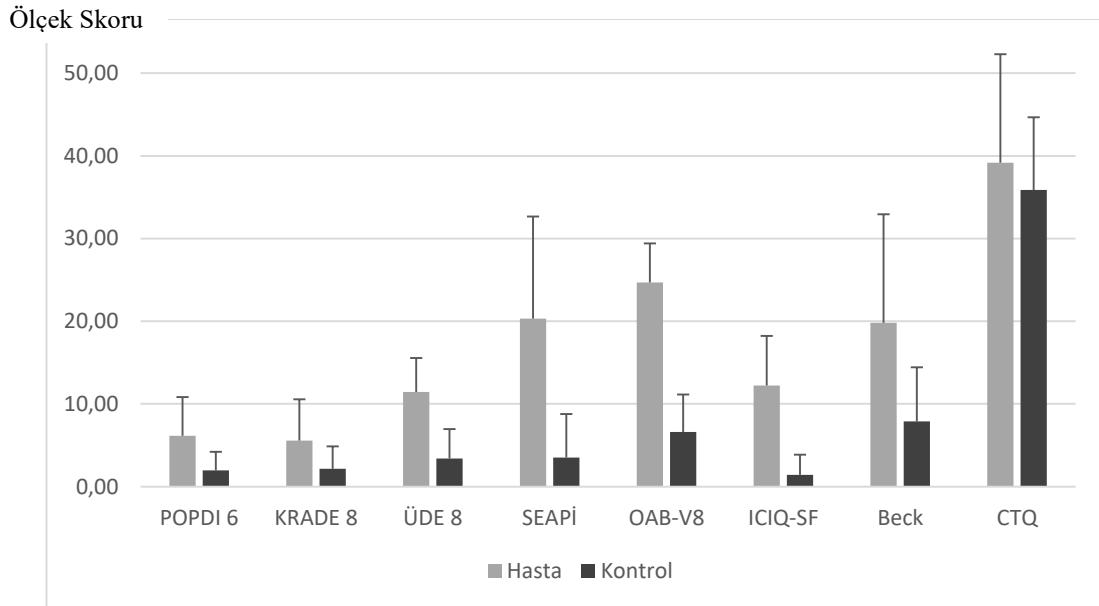
Beck Depresyon anketi sonuçları Grup 1 ve Grup 2 için sırasıyla $19,8 \pm 13,13$ ve $7,875 \pm 6,54$ şeklinde bulundu. Gruplar arasındaki p değeri ise $<0,001$ 'di. İki grup arasında anlamlı fark mevcuttu.

CTQ anketi sonuçları Grup 1 ve Grup 2 için sırasıyla $39,15 \pm 13,15$ ve $35,875 \pm 8,80$ şeklinde bulundu. Gruplar arasındaki p değeri ise $0,482$ idi. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Tablo 3. CTQ anlamlılık değeriendirilmesi.

		Hasta	Kontrol	Toplam	P
CTQ-ANLAMI	Sayı	20	16	36	0,369
	% Gruplar arası oran	50,0%	40,0%	45,0%	
	Sayı	20	24	44	
	% Gruplar arası oran	50,0%	60,0%	55,0%	
Toplam		40	40	80	

CTQ anketi puanlaması 37 puan ve üzerinde olanlar CTQ anketi için anlamlı kabul edildi, daha düşük puan alanlar için ise anlamsız kabul edildi. Grup 1 için olguların 20'si (%50,0) anlamlı ve 20'si (%50,0) anlamsız çıktı. Grup 2 için olguların 16'sı (%40,0) anlamlı ve 24'ü (%60,0) anlamsız çıktı. İki grup arasındaki p değeri ise 0,369 çıktı. Hasta ve kontrol grubu arasında CTQ anketi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu.



Şekil 1. Hastalara doldurtulan anket sonuçları grafiği.

5. TARTIŞMA

AAM dünya genelinde birçok insanı ekileyen, cinsel işlev, akıl sağlığı ve iş üretkenliği gibi sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde önemli etkileri olan bir hastalıktır. Birçok çalışmada psikososyal etkileri araştırılmışken ve son dönemde önemli çalışmalarda depresyon, anksiyete, alkol alımı, ve kötüye kullanım geçmişi dahil olmak üzere psikososyal risk faktörleri tanımlanmıştır(1). Bizde çalışmamızda çocukluk çağı travmalarının AAM üzerine etkilerini inceledik. Birçok çalışma AAM ile fiziksel ve cinsel istismarın ilişkisini göstermiştir(2, 3). Ancak oldukça geniş kapsamda olan çocukluk çağı travmaları göz önüne alındığında bu çalışmaların yetersiz kaldığı düşünülmektedir. Bu hastalıkların AAM kliniğinin ortaya çıkmasını nasıl tetiklediği belirsizliğini korumaktadır(62).

Literatürde yapılan çalışmalarda fiziksel ve cinsel saldırılarla AAM ilişkisi gösterilmiş ancak yine de mevcut çalışmalar AAM üzerindeki etkisinin nasıl olduğunu net belirtememiştir(2). Abhishek ve ark.nın yaptığı, 119 olgunun dahil edildiği ve bu olgular içerisinde 30 (% 25) kişinin cinsel istismara maruz kaldığı bir çalışmada; cinsel istismar öyküsü olan veya olmayan kişilerin karşılaştırılması sonucunda, ortalama gündüz işeme sıklığı ve noktirik epizodlar istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuş ayrıca işeme hacmi de istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur. Cinsel istismar öyküsü olan olguların fizik muayenesinde; suprapubik bölgede, vulvada, posterior vajinal duvarda, servikal harekette, levator kaslarında ve rektumda hassasiyet daha fazla saptanmıştır. Yaş, semptomların süresi, pelvik ağrı, aciliyet sıklığı, interstisyel sistit semptom indeksi, interstisyel sistit problem indeksi ve hidrodistsiyon hacimleri benzer bulunmuştur(63). Bu konuyla ilgili Lai ve arkadaşlarının 81 hastada (51 AAM li ve 30 kontrol) yaptığı çalışmada, çocukluk çağı travması skoru, AAM semptomları gösteren hastalarda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuş ve yazarlar çocukluk çağı cinsel travmasını, AAM hastalarında kontrol grubuna göre daha yaygın olduğunu göstermişlerdir. AAM hastalarının yaklaşık % 30'u çocuklukta cinsel travma öyküsü bildirmişlerdir. Çocukluk çağı travma öyküsü olan ve olmayan

olguların AAM semptom şiddeti arasında bir fark saptanmamış ve sonuç olarak mesane ağrı şiddeti, nörojenik olmayan ağrı şiddeti, daha kötü duygu durum ve anksiyetenin öngörüsünde önemli bir faktör olduğunu vurgulamışlardır(62). Biz de çalışmamızda çocukluk çağı skorunu AAM semptomu olan grupta daha yüksek saptadık, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bunun öncelikle nedeninin her iki gruptaki örneklem sayısının yetersiz olması ve bu nedenle istatistiksel olarak anlamlı sayıya ulaşmaması olarak düşündük. Bir diğer önemli neden ise çocukluk çağı travma ölçeğinin alt gruplarının her iki grupta da hesaplanmadan toplam skorun değerlendirmeye alınmasından kaynakladığı düşünmekteyiz. Lai ve arkadaşları çalışmalarında özellikle cinsel istismar ve duygusal ihmal alt gruplarında anlamlı fark bulmuşlar, fakat diğer alt gruplar olan fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal istismar kollarında istatistiksel anlamlı fark bulamamışlardır(62).

Melotti ve arkadaşlarının yaptığı AAM semptomları gösteren 274 kadın olgunun dahil edildiği ve AAM semptom skorlarına göre gruplandırıldığı başka bir çalışmada, AAM semptom skoru yüksek olan olgularda yaş daha ileri ve anksiyete ve depresyon seviyeleri daha yüksek saptanmış(64). Yapılan başka bir çalışmada ise, 167 yaşlı kadın olgu çalışmaya dahil edilmiş ve sonuç olarak AAM ve anksiyete oranları benzer şekilde bulunmuştur (65). Bizde çalışmamızda Beck Depresyon skorunun AAM semptomları olan Grup 1’de istatistiksel olarak anlamlı olarak AAM semptomları olmayan Grup 2’ye göre yüksek bulduk. Literatürde benzer şekilde yine Lai ve arkadaşlarının yaptığı 81 katılımcıyla yapılan 30’nun kontrol grubu olduğu çalışmada ise AAM olan olgularda ileri depresyon skoruyla bizim çalışmamıza benzer şekilde pozitif bir korelasyon saptamıştır(66). Biz çalışmamız sonucunda AAM semptomları ortaya çıktıktan sonra depresyon geliştiğini düşünmekteyiz. Ancak halen AAM semptomlarının mı depresyonu tetiklediğini yoksa depresyon varlığının mı AAM semptomlarına yol açtığını net ortaya koyan çalışmalar yoktur.

AAM semptomlarının yaşam kalitesini oldukça düşürdüğü yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Groenendijk ve ark.nın 103 katılımcıyla (52 hasta, 51 kontrol) yaptığı çalışmada yaşam kalitesi ölçeği AAM semptomları olan grupta istatistiksel olarak anlamlı düşük çıkmıştır(67). Biz de çalışmamızda literatürle benzer şekilde AAM olan

grupta yaşam kalitesini anlamlı derecede düşük bulduk. Bu sonuç, AAM'nin yaşam kalitesi üzerine olan olumsuz etkisini desteklemektedir.



6.SONUÇ

Çalışmamızda literatürdeki çalışmalara benzer olarak AAM semptomları olan olguların depresyon bulgularının belirgin şekilde arttığı ve yaşam kalitesinde düşme olduğunu saptadık. Ek olarak, çalışmamızın ana fikrini oluşturan çocukluk çağı travma ölçeği skorlarının AAM semptomları olan olgularda daha yüksek olduğunu gösterdik. Ancak, AAM semptomları olan ve olmayan olguların çocukluk çağı travmaları ölçeği skorlaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmedik. Daha geniş kapsamlı olgu serilerinin dahil edildiği çalışmaların konuya açıklık getireceğini düşünmekteyiz.

7. KAYNAKLAR

1. Ikeda Y, Nakagawa H, Ohmori-Matsuda K, Hozawa A, Masamune Y, Nishino Y, et al. Risk factors for overactive bladder in the elderly population: a community-based study with face-to-face interview. *International journal of urology : official journal of the Japanese Urological Association*. 2011;18(3):212-8.
2. Bradley CS, Nygaard IE, Hillis SL, Torner JC, Sadler AG. Longitudinal associations between mental health conditions and overactive bladder in women veterans. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2017;217(4):430.e1-.e8.
3. Link CL, Lutfey KE, Steers WD, McKinlay JB. Is abuse causally related to urologic symptoms? Results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *European urology*. 2007;52(2):397-406.
4. campbell-Walsh. campbell-Walsh urlogy. 10 ed. Wein AJ, editor. Elsevier: Elsevier; 2014. 64 p.
5. del Pozo-Jiménez G, Jara Rascón J, Aragón Chamizo J, Blaha I, Hernández Fernández C, Lledó García E. [Anatomy and vascularization on the male urethra and penis]. *Archivos espanoles de urologia*. 2014;67(1):5-11.
6. Fowler CJ, Griffiths D, de Groat WC. The neural control of micturition. *Nature reviews Neuroscience*. 2008;9(6):453-66.
7. Raza-Khan F, Graziano S, Kenton K, Shott S, Brubaker L. Peripartum urinary incontinence in a racially diverse obstetrical population. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*. 2006;17(5):525-30.
8. Vaughan CW, Satchell PM. Urine storage mechanisms. *Progress in neurobiology*. 1995;46(2-3):215-37.
9. Anderson KE. Pharmacology of lower urinary tract smooth muscles and penile erectile tissues. *Pharmacological reviews*. 1993;45(3):253-308.
10. Eglen RM, Hegde SS, Watson N. Muscarinic receptor subtypes and smooth muscle function. *Pharmacological reviews*. 1996;48(4):531-65.
11. Restorick JM, Mundy AR. The density of cholinergic and alpha and beta adrenergic receptors in the normal and hyper-reflexic human detrusor. *British journal of urology*. 1989;63(1):32-5.
12. van Kerrebroeck P, Abrams P, Chaikin D, Donovan J, Fonda D, Jackson S, et al. The standardisation of terminology in nocturia: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and urodynamics*. 2002;21(2):179-83.

13. Abrams P, Artibani W, Cardozo L, Dmochowski R, van Kerrebroeck P, Sand P. Reviewing the ICS 2002 terminology report: the ongoing debate. *Neurourology and urodynamics*. 2009;28(4):287.
14. Nieminen K, Hiltunen KM, Laitinen J, Oksala J, Heinonen PK. Transanal or vaginal approach to rectocele repair: a prospective, randomized pilot study. *Diseases of the colon and rectum*. 2004;47(10):1636-42.
15. Brading AF, Turner WH. The unstable bladder: towards a common mechanism. *British journal of urology*. 1994;73(1):3-8.
16. Drake MJ, Harvey IJ, Gillespie JJ, Van Duyl WA. Localized contractions in the normal human bladder and in urinary urgency. *BJU international*. 2005;95(7):1002-5.
17. Chen LC, Kuo HC. Pathophysiology of refractory overactive bladder. 2019;11(4):177-81.
18. Coyne K, Revicki D, Hunt T, Corey R, Stewart W, Bentkover J, et al. Psychometric validation of an overactive bladder symptom and health-related quality of life questionnaire: the OAB-q. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2002;11(6):563-74.
19. Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, Chai TC, Clemens JQ, Culkin DJ, et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline. *The Journal of urology*. 2012;188(6 Suppl):2455-63.
20. Faltin DL. [Epidemiology and definition of female urinary incontinence]. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*. 2009;38(8 Suppl):S146-52.
21. Honjo H, Kawauchi A, Nakao M, Ukimura O, Kitakoji H, Miki T. Impact of convenience void in a bladder diary with urinary perception grade to assess overactive bladder symptoms: a community-based study. *Neurourology and urodynamics*. 2010;29(7):1286-9.
22. Renganathan A, Robinson D, Cardozo L, Srikrishna S, Cartwright R. Do women with overactive bladder have realistic expectations for therapy? *International urogynecology journal*. 2010;21(4):409-14.
23. Ganz ML, Smalarz AM, Krupski TL, Anger JT, Hu JC, Wittrup-Jensen KU, et al. Economic costs of overactive bladder in the United States. *Urology*. 2010;75(3):526-32, 32.e1-18.
24. Bump RC, Sugerman HJ, Fantl JA, McClish DK. Obesity and lower urinary tract function in women: effect of surgically induced weight loss. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1992;167(2):392-7; discussion 7-9.

25. Kaplan SA, Dmochowski R, Cash BD, Kopp ZS, Berriman SJ, Khullar V. Systematic review of the relationship between bladder and bowel function: implications for patient management. *International journal of clinical practice*. 2013;67(3):205-16.
26. Smith AL. Understanding overactive bladder and urgency incontinence: what does the brain have to do with it? *F1000Research*. 2018;7.
27. Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, Harkins SW, Elswick RK, Taylor JR, et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *Jama*. 1991;265(5):609-13.
28. Laurienzo CE, Magnabosco WJ, Jabur F, Faria EF, Gameiro MO, Sarri AJ, et al. Pelvic floor muscle training and electrical stimulation as rehabilitation after radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *Journal of physical therapy science*. 2018;30(6):825-31.
29. Allahdin S, Oo N. An overview of treatment of overactive bladder syndrome in women. *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*. 2012;32(3):217-21.
30. Arnold J, McLeod N, Thani-Gasalam R, Rashid P. Overactive bladder syndrome - management and treatment options. *Australian family physician*. 2012;41(11):878-83.
31. Yamada S, Ito Y, Nishijima S, Kadekawa K, Sugaya K. Basic and clinical aspects of antimuscarinic agents used to treat overactive bladder. *Pharmacology & therapeutics*. 2018;189:130-48.
32. Pannek J. [Erratum to: Overactive bladder-which treatment when?]. *Der Urologe Ausg A*. 2018;57(3):299.
33. Kato D, Uno S, Van Schyndle J, Fan A, Kimura T. Persistence and adherence to overactive bladder medications in Japan: A large nationwide real-world analysis. *International journal of urology : official journal of the Japanese Urological Association*. 2017;24(10):757-64.
34. Deeks ED. Mirabegron: A Review in Overactive Bladder Syndrome. *Drugs*. 2018;78(8):833-44.
35. Szallasi A, Fowler CJ. After a decade of intravesical vanilloid therapy: still more questions than answers. *The Lancet Neurology*. 2002;1(3):167-72.
36. Joussain C, Phé V, Even A, Chartier-Kastler E, Denys P. Intradetrusor injection of botulinum toxin A and sacral neuromodulation for neurogenic detrusor overactivity. *European journal of physical and rehabilitation medicine*. 2017;53(6):991-7.

37. Garcia MBS, Pereira JS. Electrostimulation of the posterior tibial nerve in individuals with overactive bladder: a literature review. *Journal of physical therapy science*. 2018;30(10):1333-40.
38. Siegel S, Noblett K, Mangel J, Bennett J, Griebeling TL, Sutherland SE, et al. Five-Year Followup Results of a Prospective, Multicenter Study of Patients with Overactive Bladder Treated with Sacral Neuromodulation. *The Journal of urology*. 2018;199(1):229-36.
39. Pannek J. [Overactive bladder-which treatment when?]. *Der Urologe Ausg A*. 2017;56(12):1532-8.
40. Bethell C, Gombojav N, Solloway M, Wissow L. Adverse Childhood Experiences, Resilience and Mindfulness-Based Approaches: Common Denominator Issues for Children with Emotional, Mental, or Behavioral Problems. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2016;25(2):139-56.
41. Pomeranz ES. Child Abuse and Conditions That Mimic It. *Pediatric clinics of North America*. 2018;65(6):1135-50.
42. Cappelleri JC, Eckenrode J, Powers JL. The epidemiology of child abuse: findings from the Second National Incidence and Prevalence Study of Child Abuse and Neglect. *American journal of public health*. 1993;83(11):1622-4.
43. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G, et al. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child abuse & neglect*. 2001;25(2):279-90.
44. Ewert JN, Seifert D. [Child Abuse - Interdisciplinary Collaboration and Child Protection]. *Anesthesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie : AINS*. 2019;54(11-12):685-703.
45. Schilling S, Christian CW. Child physical abuse and neglect. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2014;23(2):309-19, ix.
46. Lormeau B, Rey-Salmon C. [Practical approach to a suspicion of child sexual abuse]. *La Revue du praticien*. 2019;69(4):407-10.
47. Smith WG, Metcalfe M, Cormode EJ, Holder N. Approach to evaluation of sexual assault in children. Experience of a secondary-level regional pediatric sexual assault clinic. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*. 2005;51(10):1347-51.
48. Paradise JE. The medical evaluation of the sexually abused child. *Pediatric clinics of North America*. 1990;37(4):839-62.
49. Vrolijk-Bosschaart TF, Brilleslijper-Kater SN, Benninga MA, Lindauer RJL, Teeuw AH. Clinical practice: recognizing child sexual abuse-what makes it so difficult? *European journal of pediatrics*. 2018;177(9):1343-50.

50. Baytunca MB, Ata E, Ozbaran B, Kaya A, Kose S, Aktas EO, et al. Childhood sexual abuse and supportive factors. *Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society*. 2017;59(1):10-5.
51. Daigre C, Rodríguez-Cintas L, Tarifa N, Rodríguez-Martos L, Grau-López L, Berenguer M, et al. History of sexual, emotional or physical abuse and psychiatric comorbidity in substance-dependent patients. *Psychiatry research*. 2015;229(3):743-9.
52. Wallace JD. Woman with incontinence and a history of childhood sexual abuse. *Urologic nursing*. 2007;27(1):38-9.
53. Zeanah CH, Humphreys KL. Child Abuse and Neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2018;57(9):637-44.
54. Meyer S, Poryo M, Clasen O, Schlote J, Schmidt P, Schöndorf D, et al. [Child abuse from a pediatric perspective]. *Der Radiologe*. 2016;56(5):406-13.
55. Naughton AM, Maguire SA, Mann MK, Lumb RC, Tempest V, Gracias S, et al. Emotional, behavioral, and developmental features indicative of neglect or emotional abuse in preschool children: a systematic review. *JAMA pediatrics*. 2013;167(8):769-75.
56. Hoft M, Haddad L. Screening Children for Abuse and Neglect: A Review of the Literature. *Journal of forensic nursing*. 2017;13(1):26-34.
57. Diokno AC, Newman DK, Low LK, Griebing TL, Maddens ME, Goode PS, et al. Effect of Group-Administered Behavioral Treatment on Urinary Incontinence in Older Women: A Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*. 2018;178(10):1333-41.
58. Acquadro C, Kopp Z, Coyne KS, Corcos J, Tubaro A, Choo MS, et al. Translating overactive bladder questionnaires in 14 languages. *Urology*. 2006;67(3):536-40.
59. Stothers L. Reliability, validity, and gender differences in the quality of life index of the SEAPI-QMM incontinence classification system. *Neurourology and urodynamics*. 2004;23(3):223-8.
60. Richter P, Werner J, Heerlein A, Kraus A, Sauer H. On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. *Psychopathology*. 1998;31(3):160-8.
61. Liebschutz JM, Buchanan-Howland K, Chen CA, Frank DA, Richardson MA, Heeren TC, et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) correlations with prospective violence assessment in a longitudinal cohort. *Psychological assessment*. 2018;30(6):841-5.
62. Lai HH, Morgan CD, Vetter J, Andriole GL. Impact of childhood and recent traumatic events on the clinical presentation of overactive bladder. *Neurourology and urodynamics*. 2016;35(8):1017-23.

63. Seth A, Teichman JM. Differences in the clinical presentation of interstitial cystitis/painful bladder syndrome in patients with or without sexual abuse history. *The Journal of urology*. 2008;180(5):2029-33.
64. Melotti IGR, Juliato CRT. Severe depression and anxiety in women with overactive bladder. 2018;37(1):223-8.
65. Alves AT, Jácomo RH, Gomide LB, Garcia PA, Bontempo AP, Karnikoskwi MG. Relationship between anxiety and overactive bladder syndrome in older women. *Revista brasileira de ginecologia e obstetricia : revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*. 2014;36(7):310-4.
66. Lai HH, Shen B, Rawal A, Vetter J. The relationship between depression and overactive bladder/urinary incontinence symptoms in the clinical OAB population. *BMC urology*. 2016;16(1):60.
67. Groenendijk IM, Scheepe JR, Noordhoff TC, Blok BFM. The validation of the Dutch OAB-q SF: An overactive bladder symptom bother and health-related quality of life short-form questionnaire. *Neurourology and urodynamics*. 2019;38(6):1775-82.



8. EKLER

HMKÜ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL

KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 05	Tarih: 02/04/2020
	KARAR 05- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Üroloji Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Sadık GÖRÜR'ün "Üroloji polikliniğine başvuran ve aşırı aktif mesane bulguları saptanan çocukluk çağı travmaları ve depresyon varlığının sorgulanması" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL ÜYELERİ		
Çalışma Esası:	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
Etik Kurul Başkanı	Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ	

ETİK KURUL ÜYELERİ							
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki		Katılım	
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ Başkan	Veteriner	HMKÜ Veteriner Fakültesi	E	☐	H✓	E✓	H ☐
Prof.Dr.Hülya YALÇIN Başkan Yrd.	Nükleer Tıp	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	☐	H✓	E✓	H ☐
Doç.Dr. A.Güler OKYAY Başkan Yrd.	Kadın Hast. Ve Doğum	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	☐	H✓	E ☐	H ✓
Doç.Dr.Alper ASLAN Üye	Beden Eğitimi	HMKÜ BESYO	E	☐	H✓	E✓	H ☐
Prof.Dr.Tümay ÖZGÜR Üye	Patoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	☐	H✓	E✓	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi .Cengiz ARLI Üye	Kulak Burun Boğaz	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	☐	H✓	E✓	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi Fatma DUMAN Üye	Anatomi	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	☐	H✓	E✓	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi F. B. ZORTUK Üye	Diş Hekimi	HMKÜ Diş Hekimliği Fakültesi	K	☐	H✓	E✓	H ☐
Doç.Dr. Oğuzhan ÖZCAN Üye	Tıbbi Biyokimya	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	☐	H✓	E ☐	H ✓
Dr.Öğr.Üyesi Oğuz AKKUŞ Üye	Kardiyoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	☐	H✓	E ☐	H ✓
Doç.Dr.Sibel SEVİNÇ Üye	Hemşirelik	HMKÜ Sağlık Hiz. YO.	K	☐	H✓	E ☐	H ✓

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ *

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda yada ilk gençliğimde...					
1. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
2. Ailedekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
3. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” yada “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
6. Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7. Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12. Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13. Ailedekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5

14. Ailedekiler bana kırıcı yada saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
16. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17. Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövülüyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissedilerdi.	1	2	3	4	5
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25. Duygusal olarak kötüye kullanılmış gibiyim.	1	2	3	4	5
26. Gerekğinde beni doktora götüren birisi vardı.	1	2	3	4	5
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

*** İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Klinik Psikoterapi Birimi
CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ-28)**

Copyright : İngilizce özgün biçimi 1995 yılında David P. Bernstein tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek yazarından izin alınarak 1996 yılında Prof. Dr. Vedat Şar tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Klinik içi araştırmalarda kullanılmak üzere çoğaltılmıştır. Her hakkı mahfuzdur. Çoğaltılamaz, basılamaz, satılamaz. Ancak kaynak gösterilerek bilimsel araştırmalarda kullanılabilir.

AŞIRI AKTİF MESANE DEĞERLENDİRME FORMU (OAB- V8)

Aşağıdakiler sizi ne ölçüde rahatsız etmektedir?	Hiç	Çok az	Biraz	Epey	Çok	Çok fazla
Gündüz sık idrara çıkma	0	1	2	3	4	5
Rahatsız edici bir idrar sıkışması	0	1	2	3	4	5
Ani, beklenmedik bir idrar sıkışması	0	1	2	3	4	5
Kazara az miktarda idrar kaçırma	0	1	2	3	4	5
Gece idrara gitme	0	1	2	3	4	5
Gece idrar yapma ihtiyacı ile uyanma	0	1	2	3	4	5
Kontrol edilemez bir idrar sıkışması	0	1	2	3	4	5
Aşırı idrar yapma isteği ile birlikte idrar kaçırma	0	1	2	3	4	5
	TOPLAM PUAN					
Eğer cinsiyetiniz ERKEK ise toplam puana 2 puan daha ekleyiniz	AAM SKORU.....					

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyoruşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilğim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğini düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

Bugünün tarihi (GÜN/AY/YIL)

(/ /)

ICIQ-SF (TÜRKÇE VERSİYON)

GİZLİ

Birçok kişi bazı zamanlarda idrar kaçıırır. Kaç kişinin idrar kaçırdığını ve bunun onları ne kadar rahatsız ettiğini öğrenmeye çalışıyoruz. Aşağıdaki soruları SON DÖRT HAFTA BOYUNCA ortalama olarak nasıl olduğunuzu düşünerek yanıtlayabilerseniz minnettar oluruz.

1) **Lütfen doğum tarihinizi yazınız:** GÜN/AY/YIL (...../...../.....)

2) **Cinsiyet** Kadın Erkek

3) **Ne sıklıkla idrar kaçıyorsunuz?** (Bir kutuyu işaretleyin) Hiçbir zaman 0
Haftada bir veya daha seyrek gibi 1
Haftada iki veya üç kez 2
Günde bir kez gibi 3
Günde birkaç kez 4
Her zaman 5

4) **Size göre ne kadar idrar kaçıyorsunuz bilmek istiyoruz?**

Genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz? (ped (koruyucu bez) kullanın veya kullanmayın)

(Bir kutuyu işaretleyin)

Hiç 0
Az miktarda 2
Orta derecede 4
Çok miktarda 6

5) **Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor?**

Lütfen 0 (hiçbir şekilde) ile 10 (çok fazla) arasındaki bir sayıyı yuvarlak içine alınız

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hiçbir şekilde çok fazla

ICI-Q skoru: toplam skor 3+4+5.....

6) **Hangi durumlarda idrar kaçıyorsunuz? (Lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz)**

Hiçbir zaman – idrar kaçırmıyorum....
Tuvalete yetişmeden idrar kaçıyorum....
Öksürürken veya hapşırırken kaçıyorum....
Uyurken kaçıyorum....
Hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçıyorum....
İşemeyi bitirip giyinirken idrar kaçıyorum....
Belirgin bir neden olmadan kaçıyorum....
Her zaman kaçıyorum....

Bu soruları yanıtladığınız için çok teşekkür ederiz.

[Hasta tarafından doldurulacak]

SEAPI İnkontinans Yaşam Kalitesi Skorlaması

1. İdrar kaçırması sizin günlük işlerinizi ne derecede etkiliyor?
0 = Hiç etkilemiyor: günlük işlerimi yapabiliyorum.
1 = Az miktarda etkiliyor: günlük işlerimin çoğunu yapabiliyorum.
2 = Orta derecede etkiliyor: günlük işlerimin bazılarının yapamıyorum.
3 = Ciddi derecede etkiliyor: günlük işlerimin çoğunu yapamıyorum.
2. İdrar kaçırmamız fiziksel aktivitenizi ne derecede etkiliyor (spor, dans,...)?
0 = Hiç etkilemiyor: yapmak istediğim tüm aktiviteleri yapabiliyorum.
1 = Az miktarda etkiliyor: yapmak istediğim aktivitelerin çoğunu yapabiliyorum.
2 = Orta derecede etkiliyor: yapmak istediğim aktivitelerin bazılarının yapamıyorum.
3 = Ciddi derecede etkiliyor: yapmak istediğim aktivitelerin çoğunu yapamıyorum.
3. İdrar kaçırmamız zevkle yaptığınız aktiviteleri ne ederecede etkiliyor (sinemaya gitme, dışarıda akşam yemeğine çıkma, ...)?
0 = Hiç etkilemiyor: yapmak istediğim tüm aktiviteleri yapabiliyorum.
1 = Az miktarda etkiliyor: yapmak istediğim aktivitelerin çoğunu yapabiliyorum.
2 = Orta derecede etkiliyor: yapmak istediğim aktivitelerin bazılarının yapamıyorum.
3 = Ciddi derecede etkiliyor: yapmak istediğim aktivitelerin çoğunu yapamıyorum.
4. İdrar kaçırmamız arkadaşlarınızla olan ilişkilerinizi ne ederecede etkiliyor ?
0 = Hiç etkilemiyor: arkadaşlaımla olan ilişkilerimde değişiklik yok.
1 = Az miktarda etkiliyor: idrar kaçırmam olmasa idi, ilişkilerim biraz daha iyi olurdu.
2 = Orta derecede etkiliyor: idrar kaçırmam olmasa idi, ilişkilerim daha iyi olurdu.
3 = Ciddi derecede etkiliyor: idrar kaçırmam olmasa idi, ilişkilerim çok iyi olurdu.
5. İdrar kaçırmamız eşiniz ile olan ilişkinizi etkiliyor mu?
(Eşiniz var ise cevaplayınız.)
0 = Hiç etkilemiyor: ilişkilerimde değişiklik yok.
1 = Az miktarda etkiliyor: idrar kaçırmam olmasa idi, ilişkilerim biraz daha iyi olurdu.
2 = Orta derecede etkiliyor: idrar kaçırmam olmasa idi, ilişkilerim daha iyi olurdu.
3 = Ciddi derecede etkiliyor: idrar kaçırmam olmasa idi, ilişkilerim çok iyi olurdu.
6. İdrar kaçırmamız cinsel yaşamınızı ne derecede etkiliyor?
(Düzenli cinsel yaşamınız var ise cevaplayınız.)
0 = Hiç etkilemiyor: cinsel yaşamımda değişiklik yok.
1 = Az miktarda etkiliyor: idrar kaçırmam olmasa idi, biraz daha iyi olurdu.
2 = Orta derecede etkiliyor: idrar kaçırmam olmasa idi, daha iyi olurdu.
3 = Ciddi derecede etkiliyor: idrar kaçırmam olmasa idi, çok iyi olurdu.
7. İdrar kaçırmamız çevreniz ile yeni ilişkiler kurmanızı zorlaştırıyor mu (arkadaşlık, iş çevresi,...) ?
0 = Hiç zorlaştırmıyor.
1 = Az miktarda zorlaştırmıyor.
2 = Orta derecede zorlaştırmıyor.
3 = Ciddi derecede zorlaştırmıyor.
8. İdrar kaçırmamız ekonomik durumunuzu ne derecede etkiliyor?
0 = Hiç etkilemiyor: ekstra masrafım olmuyor.
1 = Az miktarda etkiliyor: pet ve giysi için az miktarda ekstra masraf yapmaktayım.
2 = Orta derecede etkiliyor: belirgin miktarda masraf yapmaktayım ve/veya idrar kaçırmamız nedeni ile işimi tam yapamıyorum.
3 = Ciddi derecede etkiliyor: aşırı miktarda masrafım olmakta ve diğer zorunlu ihtiyaçlarımı karşılayamıyorum ve/veya idrar kaçırmam yüzünden işimden ayrıldım.

9. İdrar kaçırmanız sağlığını nasıl etkiliyor?
- 0 = Hiç etkilemiyor.
 - 1 = Az miktarda etkiliyor: geçici cilt tahrişi gibi küçük problemlere yol açıyor.
 - 2 = Orta derecede etkiliyor: iltihabi durumlar ve kalıcı ciltte kalıcı yaralar gibi problemlere yol açıyor.
 - 3 = Ciddi derecede etkiliyor: cilt ülseri ya da iltihabi hastalıklarla seyreden ciddi rahatsızlıklara neden oluyor.
10. İdrar kaçırmanız psikolojik durumunuzu etkiliyor mu?
- 0 = Hiç etkilemiyor.
 - 1 = Az miktarda etkiliyor: hafif derecede sinirli ve gergin olmaktayım.
 - 2 = Orta derecede sinirli ve gergin olmaktayım.
 - 3 = Ciddi derecede sinirli ve gergin olmaktayım.
11. İdrar kaçırmanız enerjinizi ne derecede etkiliyor?
- 0 = Hiç etkilemiyor.
 - 1 = Az miktarda etkiliyor.
 - 2 = Orta derecede etkiliyor.
 - 3 = Ciddi derecede etkiliyor.
12. İdrar kaçırmanız kendinizi değersiz hissetmenize neden oluyor mu?
- 0 = Hayır olmuyor.
 - 1 = İdrar kaçırmam olmasa idi, biraz daha faydalı olabilirdim.
 - 2 = İdrar kaçırmam olmasa idi, daha faydalı olabilirdim.
 - 3 = İdrar kaçırmam olmasa idi, çok daha faydalı olabilirdim.
13. Yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
- 0 = Çok iyi.
 - 1 = Oldukça iyi.
 - 2 = Orta derecede iyi.
 - 3 = Çoğu insanın yaşam kalitesinden daha kötü.
14. Eğer idrar kaçırmanız olmasa idi, yaşam kaliteniz nasıl olurdu?
- 0 = Şimdikinden farklı olmazdı.
 - 1 = Yaşam kalitem az miktarda artmış olurdu.
 - 2 = Yaşam kalitem daha iyi olurdu.
 - 3 = Yaşam kalitem şimdikinden çok daha iyi olurdu.
15. İdrar kaçırmanız günlük yaşantınızda beklentilerinizi ne derecede etkiliyor?
- 0 = Hiç etkilemiyor.
 - 1 = Az miktarda etkiliyor.
 - 2 = Orta derecede etkiliyor.
 - 3 = Ciddi derecede etkiliyor.

PELVİK TABAN DİSTRES ENVANTERİ- 20

Pelvik Organ Prolaps Distres Envanteri 6 (POPDI-6)

1. Karnınızın alt bölgesinde sıklıkla baskı hissediyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Önemsiz	Az	Orta	Çok

2. Kasık bölgesi ve aşağısında sıklıkla ağırlık veya baskı hissediyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Önemsiz	Az	Orta	Çok

3. Vajinal bölgenizde sıklıkla bir şişkinlik veya dışarı çıkan bir şey görüyor veya hissediyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Önemsiz	Az	Orta	Çok

4. Büyük tuvaletinizi başlatmak veya tamamlamak için vajina veya makat çevresine itme yapmak zorunda kalıyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Önemsiz	Az	Orta	Çok

5. İdrarınızı yaptıktan sonra tamamlanmadığı hissini sıklıkla yaşıyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Önemsiz	Az	Orta	Çok

6. İdrar yapmanızı başlatmak veya tamamlamak için parmaklarınızla vajinal bölgedeki şişkinliğinize itme yapmak zorunda kalıyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐1

☐2

☐3

☐4

Önemsiz

Az

Orta

Çok

Kolorektal-Anal Distres Envanteri 8 (KRADE-8)

7. Büyük tuvaletinizi yapmak için fazla ıkınma ihtiyacı hissediyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐1

☐2

☐3

☐4

Önemsiz

Az

Orta

Çok

8. Büyük tuvaletiniz bittiğinde barsaklarınızın tamamen boşaltmadığını hissediyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐1

☐2

☐3

☐4

Önemsiz

Az

Orta

Çok

9. Büyük tuvaletiniz normal iken, kontrolünüz dışında sıklıkla dışkıınızı kaçırıyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐1

☐2

☐3

☐4

Önemsiz

Az

Orta

Çok

10. Büyük tuvaletiniz yumuşak veya sıvı iken, kontrolünüz dışında sıklıkla dışkıınızı kaçırıyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐1

☐2

☐3

☐4

Önemsiz

Az

Orta

Çok

11. Kontrolünüz dışında sıklıkla barsaktan gaz kaçırıyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0 **Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?**

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Önemsiz	Az	Orta	Çok

12. Büyük tuvaletinizi yaparken sıklıkla ağrınız oluyor mu?

☐Hayır; ☐Evet

0 **Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?**

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Önemsiz	Az	Orta	Çok

13. Kuvvetli sıkışma hissi yaşıyor ve büyük tuvaletinizi yapmak için banyoya koşturmak zorunda kalıyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0 **Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?**

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Önemsiz	Az	Orta	Çok

14. Büyük tuvaletinizi yapma süresince veya sonrasında barsağınızın bir parçası makattan dışarı doğru çıktı veya şişkinleşti mi?

☐Hayır; ☐Evet

0 **Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?**

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Önemsiz	Az	Orta	Çok

Üriner Distres Envanteri 6 (ÜDE-6)

15. Sık sık idrara çıkmayı sıklıkla yaşıyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0 **Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?**

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Önemsiz	Az	Orta	Çok

16. Sıkıştığınızda sıklıkla idrar kaçırıyor musunuz diğer bir deyişle acil banyoya gitme ihtiyacınız oluyor mu?

☐Hayır; ☐Evet

0 **Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?**

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Önemsiz	Az	Orta	Çok

17.Öksürme, hapşıрма veya gülme ile birlikte sıklıkla idrar kaçırmanız oluyor mu?
☐Hayır; ☐Evet

0 **Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?**

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Önemsiz	Az	Orta	Çok

18.Az miktarda (damlalar tarzında) idrar kaçırmanız sıklıkla oluyor mu?
☐Hayır; ☐Evet

0 **Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?**

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Önemsiz	Az	Orta	Çok

19.İdrar torbanızı boşaltmada zorluk sıklıkla oluyor mu?
☐Hayır; ☐Evet

0 **Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?**

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Önemsiz	Az	Orta	Çok

20.Alt karın veya cinsel bölgenizde ağrı veya rahatsızlık sıklıkla oluyor mu?
☐Hayır; ☐Evet

0 **Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?**

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Önemsiz	Az	Orta	Çok

9. ÖZGEÇMİŞ

■■■■■■■■■■ ilçesinde doğdum. İlkokul eğitimimi Gözpınar 75. Yıl İMKB Yatılı Bölge Okulu'nda okudum. Lise eğitimimi 2005-2009 yılları arasında Batman Anadolu Lisesi'nde tamamladım. 2009 yılında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni kazandım ve 2015 yılında mezun oldum. 2015-2016 yılları arasında Siirt'in Baykan ilçesinde Baykan Devlet Hastanesi'nde acil hekimliği yaptım. 2016 yılında 2015 yılında Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak uzmanlık eğitimine başladım. Halen aynı görevde çalışmaya devam ediyorum.