

İntertisiyel Sistit/Ağrılı Mesane Sendromunda Semptom Yönetimi ve Hemşirenin Rolü*

Symptom Management and Nurses' Role in Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome

Ayfer ÖZBAŞ**, Gülay ALTUN UĞRAŞ***

İletişim/ Correspondence: Gülay ALTUN UĞRAŞ Adres/ Adress: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Abide-i Hürriyet Cad. 34381 Şişli/ İstanbul Tel: 0212 440 00 00 (27036) Faks: 0212 224 49 50 E-mail: gulaltun@istanbul.edu.tr

ÖZ

İntertisiyel sistit ya da ağrılı mesane sendromu, kronik pelvik ağrı, idrar sıklığı ve sıkışmanın görüldüğü alt üriner sistemin kronik ve ilerleyici bir hastalığıdır. Hastanın yaşam kalitesini, cinsel ve mental durumunu olumsuz yönde etkileyen ve günlük aktivitelerini yerine getirmesini önleyen bu hastalıkta, uygun tedavi yöntemlerinin kullanılması ve gelişen semptomlar ile etkin şekilde baş edilebilmesi önemlidir. Bu derlemenin amacı, hemşirelere interstiyel sistit/ağrılı mesane sendromu ile ilgili güncel bilgileri aktarmak ve hastaların yaşamını olumsuz yönde etkileyen hastalığın semptomlarının kontrolünde kullanılan yöntemleri ve hemşirenin rolünü ortaya koymaktır.

Anahtar Kelimeler: İntertisiyel sistit, ağrılı mesane sendromu, semptom yönetimi, hemşire.

Abstract

Interstitial cystitis or painful bladder syndrome is a chronic and progressive disease of the lower urinary tract, characterized by chronic pelvic pain, urinary frequency and urgency. The selection of appropriate treatment methods and effective management of the symptoms are of great importance in this syndrome which has a negative effect on patients' quality of life, sexual and mental well-being and which interferes with daily activities of the individual. The purpose of this review is to provide nurses with updated information on interstitial cystitis/painful bladder syndrome and to elucidate the nurses' role and the methods used in the management of the symptoms which negatively affect patients' lives.

Key Words: Interstitial cystitis, painful bladder syndrome, symptom management, nurse.

GİRİŞ

İntertisiyel sistit (İS) ya da ağrılı mesane sendromu (AMS), ilk kez 1887 yılında Alexander Skene tarafından kompleks boşaltım semptomları olarak tanımlanmıştır. "Hunner ülseri" olarak da bilinen İS/AMS,

kronik pelvik ağrı (>6 ay), idrar sıklığı ve sıkışmanın görüldüğü alt üriner sistemin kronik ve ilerleyici hastalığıdır (Dell 2007; Hanno ve ark. 2010; Heck 2007; IICPN Foundation 2004; International Painful Bladder Foundation 2009; Leyley ve Henderson 2000; Ottem, Carr, Perks, Lee ve Teichman 2007; Shorter, Lesser,

* 19. Ulusal Üroloji Kongresi'nde (Uluslar Arası Katılımlı) sözel bildiri olarak sunulmuştur (10-15 Haziran 2006, Antalya), ** Yard. Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, ***Araş. Gör. Dr. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Yazının gönderilme tarihi: 01.08.2011

Yazının basım için kabul tarihi: 11.06.2012

Moldwin ve Kushner 2007; Temml ve ark. 2007; Yoon ve Yoon 2010; Warren 2006).

Literatürde İS/AMS'nin prevalans oranı çeşitlilik göstermektedir. Amerika'daki yetişkin kadınlarda görülme sıklığı 60/100.000 olarak öngörülürken, son çalışmalarda bu oranın daha yüksek olduğu/olacağı bildirilmektedir (Warren 2006). Temml ve ark. (2007) Viyana'da gerçekleştirdiği prevalans çalışmasında, oranı 306/100.000 olarak bulmuş, bu oranın orta yaşlı kadınlarda (40-59 yaş) daha yüksek değerde (464/100.000) olduğu sonucuna varmıştır. İS/AMS, kadın ve erkek her iki cinsiyette de görülmesine karşın kadınları daha fazla oranda etkilemektedir (tanı konulan hastaların, %90'ı kadındır). Özellikle 40-60 yaş arasındaki kadınlarda çok yaygın olarak görülmektedir (Atuğ ve Canoruç 2005; Heck 2007; IICPN Foundation 2004; International Painful Bladder Foundation 2009; Leyley ve Henderson 2000; Warren 2006; Winkelman 2006).

İS/AMS'nin Semptomlarının Hastaların Yaşamı Üzerine Etkileri

İS/AMS, semptomların alevlendiği ve hafiflediği dönemlerle karakterize bir hastalıktır (Heck 2007). Sık idrara çıkma, sıkışma, idrar kaçırma, mesane bölgesinde ağrı, gece idrara çıkma İS/AMS'nin başlıca semptomları olarak görülmektedir (Atuğ ve Canoruç 2005; Heck 2007; IICPN Foundation 2004; International Painful Bladder Foundation 2009; Leyley ve Henderson 2000; Ottem ve ark. 2007; Shorter ve ark. 2007; Temml ve ark. 2007; Warren 2006; Winkelman 2006).

Ağrı, sürekli ya da aralıklarla gelişebilir, tüm pelvik tabana ve sırtın alt bölümlerine yayılabilir. Yaygın olarak suprapubik bölgede hissedilen ağrı, kadınlarda üretra, vajina ya da diğer pelvik bölümlerde, erkekler de ise, peniste, tetislerde, skrotumda ve perinede olabilir. Ağrı, mesanede yanma hissi, mesane ya da çevresinde spazm veya batıcı tarzda bir vaginal ağrı şeklinde olabileceği gibi mesanede basınç şeklinde de hissedilebilir (Atuğ ve Canoruç 2005; Hanno ve ark. 2011; Heck 2007; IICPN Foundation 2004; Interna-

tional Painful Bladder Foundation 2009; Leyley ve Henderson 2000; Ottem ve ark. 2007; Shorter ve ark. 2007; Temml ve ark. 2007; Warren 2006; Warren ve ark. 2008; Winkelman 2006). İS/AMS'li hastalarla gerçekleştirilen bir çalışmada, hastaların %63'ünün ağrısı olduğu bildirilmiştir (Tincello ve Walker 2005). Ağrı, mesane volümündeki değişiklikler ile ilgili olabilir. Mesane doldukça ağrı artarken, idrara çıkma genellikle ağrıyı azaltmakta ve rahatlık hissi vermektedir (Hanno ve ark. 2011; Heck 2007; Warren ve ark. 2008). Koziol (1994) çalışmasında, hastaların büyük çoğunluğu (%73), idrara çıkma ile birlikte ağrının azaldığı ya da hafiflediğini bildirmiştir.

Literatürde, belirli yiyecek ya da içeceklerle birlikte ağrının kötüleştiği bildirilmektedir (Atuğ ve Canoruç 2005; Forrest ve Dell 2007; Hanno ve ark. 2011; Heck 2007; IICPN Foundation 2004; International Painful Bladder Foundation 2009; Koziol 1994; Leyley ve Henderson 2000; Ottem ve ark. 2007; Shorter ve ark. 2007; Temml ve ark. 2007; Warren 2006; Winkelman 2006). Shorter ve ark. (2007) çalışmalarında, hastaların (%90,2) semptomlarını en az bir içecek ya da yiyeceğin kötüleştiğini saptamış, bazı ilaçların da (antibiyotikler, aspirin, ibuprofen, dekonjestan vb.) semptomların şiddetlenmesine neden olduğunu bildirmiştir. Warren ve ark. (2008), 2004-2006 yılları arasında İS/AMS ile ilgili yapılan vaka kontrol çalışmalarını incelemiş, hastaların %97'sinde bazı yiyecek ya da içeceklerle ve/veya mesanenin dolmasıyla ağrının kötüleştiği, idrara çıkma ile birlikte ağrının azaldığı sonucuna ulaşmışlardır.

İS/AMS'li hastalar da cinsel aktivitenin de ağrıya neden olabileceğinden söz edilmektedir (Atuğ ve Canoruç 2005; Forrest ve Dell 2007; Heck 2007; IICPN Foundation 2004; International Painful Bladder Foundation 2009; Leyley ve Henderson 2000; Ottem ve ark. 2007; Shorter ve ark. 2007; Temml ve ark. 2007; Warren 2006; Winkelman 2006; Yoon ve Yoon 2010). İS/AMS'li kadınların cinsel yaşamı üzerinde, bu hastalığın etkilerini inceleyen çalışmalarda, cinsel sorunların yaygın biçimde yaşandığı, kadınların sıklıkla disparoni (cinsel birleşme sırasında ya da sonrasında şid-

detli ağrı), cinsel birleşme sonrası semptomlarda artış (pelvik ağrı gibi), cinsel istekte, uyarım ve orgazm sıklığında azalma gibi semptomları deneyimledikleri bulunmuştur (Bogart, Suttorp, Elliott, Clemens ve Berry 2011; International Painful Bladder Foundation 2009; Nickel ve ark. 2009; Ottem ve ark. 2007; Tincello ve Walker 2005; Yoon ve Yoon 2010).

Sık idrara çıkma ve sıkışma, hastalarda yaygın olarak görülen diğer semptomlardır (Hanno ve ark. 2011). Tincello ve Walker (2005) çalışmasında, hastaların %92'sinin sık idrara çıktığını, %84'ünün ise sıkışma deneyimlediğini bildirmişlerdir. Sürekli idrara çıkma isteğinin, çalışma, gezi, arkadaş ziyareti veya basit bir alışverişe gitmeyi engellediği belirtilmiştir (International Painful Bladder Foundation 2009). Sık idrara çıkma isteği nedeniyle hasta geceleri de idrar yapmak için kalkmak zorunda kalmaktadır. İS/AMS'li kadınların günde 60 kez, gecede her 20-30 dakikada bir idrar yaptığı kaydedilmektedir (IICPN Foundation 2004; International Painful Bladder Foundation 2009; Leyley ve Henderson 2000; Warren 2006; Winkelman 2006). İS/AMS'li kadınlarda uyku kalitesini inceleyen bir çalışmada, hastalar arasında yaygın olarak uyku kalitesinin kötü olduğu (%81) ve gece saatlerinde idrara çıkmanın bu sonuç üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir (Tsai, Ouyang, Tsai, Hong ve Lin 2010).

Ağrı, sık idrara çıkma, sıkışma, cinsel fonksiyon bozukluğu gibi hastalığın semptomları ile yaşamının, İS/AMS'li hastalarda, yaşam kalitesinin düşmesine neden olduğu bildirilmektedir (Atuğ ve Canoruç 2005; Bogart ve ark. 2011; Heck 2007; Koziol 1994; Nickel ve ark. 2009; Temml ve ark. 2007; Warren 2006; Yoon ve Yoon 2010).

İS/AMS'nin Tanısı

İS/AMS'li hastalarda tanı koymanın oldukça zor olduğu belirtilmekte ve henüz bu hastalığa özgü kesin bir tanı testi bulunmamaktadır. Hastaların doğru tanı için, ortalama 4-5 yıl geçirdikleri ve tanı koyulmadan önce birden fazla hekime başvurdıkları ifade edilmektedir (Atuğ ve Canoruç 2005; Dell 2007; Heck 2007; Leyley ve Henderson 2000; Warren 2006).

Dikkatli bir öykü, fizik muayene ve laboratuvar değerlendirmeleri yapılarak, semptomlar ve belirtiler kaydedilmeli ve İS/AMS'nin diğer hastalıklardan ayrımı yapılmalı, diğer hastalıklar kapsam dışı bırakılmalıdır (Dell 2007; Hanno ve ark. 2010; Hanno ve ark. 2011; Heck 2007; Forrest ve Dell 2007).

İS/AMS'nin Tedavisi

Literatürde İS/AMS hastalığının henüz kesin bir tedavisinin bulunmadığı belirtilmekte, bu bağlamda bireye özgü planlanan tedavide amacın semptomları hafifletmek/azaltmak olduğu bildirilmektedir (International Painful Bladder Foundation 2009; Warren 2006).

İS/AMS'nin başlangıç tedavisini, hastanın eğitimi, diyet uygulaması, analjezikler ve pelvik taban gevşeme tekniklerinin uygulanması oluşturmaktadır. Hastaya ilk önerilen tedavi, diyet uygulamasıdır. Ağrı kontrolü amacıyla, narkotik ve antikonvülsan ilaçlar kullanılmaktadır. Pelvik taban fonksiyon bozukluğuna yönelik fizik tedavi yöntemlerinden yararlanılmaktadır. Bu yöntemlerle, tedavi sağlanamaz ya da semptomlar şiddetlenirse, hastaya oral ilaçlar ya da intravezikal tedavi önerilmektedir (Atuğ ve Canoruç 2005; Dell 2007; Forrest ve Dell 2007; Hanno ve ark. 2010; Heck 2007; IICPN Foundation 2004; International Painful Bladder Foundation 2009; Leyley ve Henderson 2000; Warren 2006). Bu tedavi yöntemleri yeterli olmadığına, anestezi altında sitotaskopi ile mesane distansiyonu yapılabileceği belirtilmektedir. Distansiyonun, hastaların üçte birinde birkaç aya kadar semptomların hafifletilmesi/azaltılmasında yararlı olabileceğinden söz edilmektedir (Atuğ ve Canoruç 2005; Hanno ve ark. 2010; Hanno ve ark. 2011; IICPN Foundation 2004; International Painful Bladder Foundation 2009; Leyley ve Henderson 2000; Warren 2006).

İnatçı İS/AMS'de ise, hekim tarafından sakral sinire uyaran implante edilerek nöroelektrik stimülasyon uygulanabilir (Atuğ ve Canoruç 2005; Forrest ve Dell 2007; Hanno ve ark. 2010; IICPN Foundation 2004; International Painful Bladder Foundation 2009; Leyley ve Henderson 2000; Warren 2006). Diğer tedavilerle hastaların yaşam kalitesi ve semptom kontrolü

yeterince sağlanamadığında, siklosporin A, botulinum toksin A gibi ajanlar da kullanılabilir (Hanno ve ark. 2010; Hanno ve ark. 2011).

Hastalığın tedavisinde en son yöntem olarak, hastaların çok küçük bir oranına, sistektomiyi de içeren farklı cerrahi tekniklerin (üriner diversiyon, mesaneyi genişletme vb.) uygulanacağı vurgulanmaktadır. Cerrahi tedavideki amaç, fonksiyonel mesane kapasitesini arttırmak ya da üriner akışı değiştirmektir (Atuğ ve Canoruç 2005; Forrest ve Dell 2007; Hanno ve ark. 2010; Hanno ve ark. 2011; IICPN Foundation 2004; International Painful Bladder Foundation 2009; Leyley ve Henderson 2000; Warren 2006).

İS/AMS'de Semptom Yönetimi ve Hemşirenin Rolü

İS/AMS, hastanın yaşam kalitesini, cinsel ve mental durumunu olumsuz yönde etkileyen ve günlük aktivitelerini yerine getirmesini önleyen bir hastalık olduğu bilinmektedir (Warren 2006). Hemşireler, İS/AMS'li hastalara bakım veren ekibin önemli bir üyesi olarak, İS/AMS'nin başarılı biçimde yönetimi için gerekli bireysel bakımın verilmesinde yaşamsal rol oynarlar. Hemşireler, bu hastalığın, tanı ve tedavi aşamalarında gerçekleştirilen girişimler sırasında ve hastaların semptom yönetiminde aktif rol üstlenebilirler. İS/AMS'li hastaların diyetine uyumu ve mesane eğitimi gibi yaşam tarzında gerçekleştirdikleri değişiklikler ile ağrı kontrolüne yönelik uygulamalara uyum sağlamaları için desteklenmesi ve eğitim verilmesi, hemşirelerin önemli sorumluluklarıdır (Forrest ve Dell 2007).

Hasta eğitimi tüm kronik hastalıklarda önemli rol oynamaktadır (International Painful Bladder Foundation 2009). Hasta, İS/AMS ile ilgili bildikleri (doğru/yanlış/hatalı) ve bilmedikleri, uygun tedavi seçenekleri, yararları ve riskleri, semptom kontrolü için yöntemler hakkında eğitilmelidir (Hanno ve ark. 2011). Yanı sıra hasta destek grupları hakkında bilgilendirilmelidir, böylece hastalığını kabullenmesi ve kendisini yalnız hissetmesi engellenebilecektir (International Painful Bladder Foundation 2009). Etkili bir semptom yönetiminin, haftalar hatta aylarca sürebileceği konusunda

bilgilendirilmelidir. Düzenli izlem ziyaretleri planlanmalı, bu ziyaretlerde semptomlar yeniden değerlendirilmeli ve semptomların azaltılması için hastayla açık hedefler saptanmalıdır. Hastanın tedaviye uyumu, hastalığın tedavi ve semptomlarının kontrolünde çok önemlidir (Dell 2007).

Semptom yönetiminde hastalara verilecek eğitim kapsamında:

Diyet düzenlemesi: Ağrıyı daha da arttıracığından hastaların; çikolata, kahve, çay, alkollü içecekler, asitli içecekler, elma/elma suyu, turuncgiller (limon, misket limonu, greyfurt, portakal ve diğerleri)/turuncgil suyu, çilek, şeftali, ananas, avokado, muz, yaban mersini, üzüm/üzüm suyu, kuru üzüm, erik (taze/kuru), fındık, badem, yer ve çam fıstığı, mercimek, soğan, domates, baharatlı yiyecekler, mayonez, peynir, yoğurt, sığır eti, tavuk ciğeri, çavdar ekmeği, soya sosu, sirke gibi besinleri mümkün olduğunca az tüketmesi önerilmektedir. Aspartam, sakarin gibi suni tatlandırıcı içeren besinler ya da içeceklerin alımından sonra bazı hastaların semptomları kötüleşmektedir. Bu nedenle mümkün olduğunca suni tatlandırıcı içeren besinler ve içecekler tercih edilmemelidir. Sigaranın semptomları daha da kötüleştirdiği bildirilmekte bu nedenle bırakılması önerilmektedir (Dell 2007; Fall ve ark. 2007; Hanno ve ark. 2011; International Painful Bladder Foundation 2009; Koziol 1994; Shorter ve ark. 2007; Warren 2006; Winkelman 2006). Yanı sıra İS/AMS'li hastaların daha lifli, daha az kalorili, daha az yağlı, az kahve ve daha fazla bitki çayı tüketmesi önerilmektedir (Temml ve ark. 2007). Hastalığın semptomlarının şiddetlenmesine neden olan yüksek asitli gıdalar, baharatlar ya da potasyum gibi besinlerin azaltılması yönünde hastalar eğitilmelidir (Dell 2007; Forrest ve Dell 2007; Heck 2007; International Painful Bladder Foundation 2009).

Ağrı kontrolü: Hafif esneme egzersizleri, mesane üzerine soğuk ya da sıcak uygulama, ılık duş alma, semptomları azaltmaya yardım etmektedir (Dell 2007; Hanno ve ark. 2011; Winkelman 2006). Bu teknikler daha çok mesane dolduğunda ortaya çıkan hafif ağrısı olan

hastalar için uygundur. Ayrıca fizik tedavi ve geribildirim, spazmı olan hastalarda pelvik taban kaslarının gevşemesinde kullanılabilir (Dell 2007; Heck 2007; International Painful Bladder Foundation 2009). Hastalar, pelvik kas güçlendirme egzersizlerinden kaçınması gerektiği yönünde bilgilendirilmelidir (Kegel egzersizleri gibi) (Hanno ve ark. 2011; Heck 2007).

Mesane eğitimi: Bu yöntem ile sık idrara çıkma ve sıkışma hissi azaltılabilir. Bu eğitimin çeşitli şekilleri olmasına karşın, temelinde bireyin kendine özgü bir program belirlemesine dayanmaktadır. Hasta mesanesini boşaltacağı zamana karar vermeli ve bunu yaparken dikkati dağıtma ve gevşeme tekniklerini kullanmalıdır. Hasta program arasındaki zaman dilimini gittikçe uzatmaya çalışmalıdır. Süreci izlemek için genellikle günlük kayıt tutulmalıdır (Fall ve ark. 2007; Hanno ve ark. 2011; Heck 2007; International Painful Bladder Foundation 2009; Winkelman 2006).

Stres yönetimi: İS/AMS'li hastada sıkışma, sık idrara çıkma, ağrı ve gece idrara çıkma psikososyal strese neden olmaktadır (International Painful Bladder Foundation 2009; Temml ve ark. 2007). Strese bağlı artan semptomları kontrol etmesi ve stresle baş etme yöntemlerini uygulaması için hasta cesaretlendirilmelidir (Dell 2007; Hanno ve ark. 2011; International Painful Bladder Foundation 2009). Stresi azaltmada, yoga, meditasyon, solunum egzersizleri, düzenli egzersiz, yürüyüş, yüzme, ılık banyo, hayal kurma gibi gevşeme yöntemleri kullanılabilir (International Painful Bladder Foundation 2009).

Sağlıklı bağırsak alışkanlığının sürdürülmesi: İS/AMS'li hastanın ağrı kontrolünde kullanılan bazı ilaçların (opioidler, antidepresanlar gibi) yan etkisi olarak konstipasyon gelişebilmektedir. Konstipasyon pelvik tabana baskı yapacağından, hastaların bu durumdan kaçınması gerekmektedir. Bu amaçla, yeterli sıvı alımı ve egzersiz yapmaları hastalara önerilmelidir (International Painful Bladder Foundation 2009).

Kıyafetler ve hijyen: İS/AMS'li hastalar, daha rahat hissedebilecekleri geniş kıyafetler giymeleri, pamuklu çamaşırları tercih etmeleri ve sentetik iç çamaşırı kullanmamaları

konusunda bilgilendirilmelidir. Parfüm içeren yumuşatıcı ve yıkama ürünlerinin iritasyona neden olabileceği ve bu nedenle iç çamaşırların yıkamasında kullanılan ajanlara dikkat etmeleri konusunda bilgi verilmelidir. Ürogenital bölgenin yakınına parfüm, sabun ya da banyo köpüğü kullanmaması gerektiği anlatılmalıdır (International Painful Bladder Foundation 2009).

Sonuç olarak, görülme oranı giderek artan ve çoğunlukla kadınları etkileyen İS/AMS kronik bir hastalık olarak kabul edilmekte, ancak henüz kesin tanı ve tedavi yöntemlerinin olmadığı belirtilmektedir. Bu nedenle, hastanın yaşam kalitesini, cinsel ve mental durumunu olumsuz yönde etkileyen ve günlük aktivitelerini yerine getirmesini önleyen bu hastalıkta, semptom yönetimi önem kazanmaktadır. Semptom yönetiminde, sağlık ekibinin önemli bir üyesi olarak hemşire, hastanın diyetine uyumu ve mesane eğitimi gibi yaşam şeklindeki değişiklikler ile ağrı kontrolüne yönelik uygulamalara ilişkin desteklenmesi ve eğitilmesi konusunda sorumluluk alarak, hastalıkla başedebilmelerine yardımcı olur.

KAYNAKLAR

- Atuğ, F., Canoruç, N. (2005). İnteristiyel sistit: Kronik pelvik ağrı sendromu. *Dicle Tıp Dergisi*, 32(4): 204-210.
- Bogart, L. M., Suttorp, M. J., Elliott, M. N., Clemens, J. Q., Berry, S. H. (2011). Prevalence and correlates of sexual dysfunction among women with bladder pain syndrome/interstitial cystitis. *Urology*, 77: 576-580.
- Dell, J. R. (2007). Interstitial cystitis/painful bladder syndrome: Appropriate diagnosis and management. *Journal of Women's Health*, 16(8): 1181-1187.
- Fall, M. ve ark. (2007). Kronik pelvik ağrı kılavuzu. European Association of Urology, <http://www.uroturk.org.tr/files/choronic.pdf> (01.06.2011).
- Forrest, J. B., Dell, J. R. (2007). Successful management of interstitial cystitis in clinical practice. *Urology (Suppl 4A)*: 82-86.
- Hanno, P. ve ark. (2010). Bladder pain syndrome international consultation on incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 29: 191-198.
- Hanno, P. M. ve ark. (2011). AUA guideline for the diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *The Journal of Urology*, 185: 2162-2170.

- Heck, B. N. (2007). Interstitial cystitis: Enhancing early identification in primary care settings. *The Journal for Nurse Practitioners*, 509-519.
- IICPN Foundation. (2004). İnterstiyel sistit, ağrılı mesane sendromu, www.iicpn-foundation.org (04.06.2006).
- International Painful Bladder Foundation (2009). Interstitial cystitis (IC) (painful bladder syndrome, bladder pain syndrome, hypersensitive bladder syndrome), <http://www.painfulbladder.org/pdf/IPBF%20Publ%2004%20UK.pdf> (15.06.2011).
- Kozioł, J. A. (1994). Epidemiology of interstitial cystitis. *Urol Clin North Am.*, 21: 7–20.
- Leyley, J., Henderson, R. N. (2000). Evidence is conflicting regarding whether interstitial cystitis is an autoimmune disorder in diagnosis, treatment and lifestyle changes of interstitial cystitis. *AORN Journals*, 71(3): 525-538.
- Nickel, J. C. ve ark. (2007). Sexual function is a determinant of poor quality of life for women with treatment refractory interstitial cystitis. *The Journal of Urology*, 177: 1832-1836.
- Ottum, D. P., Carr, L. K., Perks, A. E., Lee, P., Teichman, J. M. H. (2007). Interstitial cystitis and female sexual dysfunction. *Urology*, 69: 608–610.
- Shorter, B., Lesser, M., Moldwin, R. M., Kushner, L. (2007). Effect of comestibles on symptoms of interstitial cystitis. *J Urol.*, 178: 145–152.
- Temml, C. ve ark. (2007). Prevalence and correlates for interstitial cystitis symptoms in women participating in a health screening project. *European Urology*, 51: 803–809.
- Tincello, D. G., Walker, A. C. (2005). Interstitial cystitis in the UK: Results of a questionnaire survey of members of the interstitial cystitis support group. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 118(1): 91-5.
- Tsai, C. F., Ouyang, W. C., Tsai, S. J., Hong, C. J., Lin, T. L. (2010). Risk factors for poor sleep quality among patients with interstitial cystitis in Taiwan. *Neurourology and Urodynamics*, 29: 568–572.
- Yoon, H. S., Yoon, H. (2010). Correlations of interstitial cystitis/painful bladder syndrome with female sexual activity. *Korean J Urol.*, 51: 45-49.
- Warren, J. (2006). Interstitial cystitis/painful bladder syndrome: An update for clinicians, <http://www.medscape.org/viewarticle/535821> (06.06.2011).
- Warren, J. W. ve ark. (2008). Evidence-based criteria for pain of interstitial cystitis/painful bladder syndrome in women. *Urology*, 71: 444-448.
- Winkelman, C. (2006). Interventions for clients with urinary problems. Ignatavicius, D. D., Workman, M. L. (Eds.). *Medical Surgical Nursing, Critical Thinking for Collaborative Care*. 5. baskı, Elsevier Saunders, St. Louis, Volume 2, 1678-1684.