

# **Pelvik Taban Fonksiyon Bozuklukları ve Yaşam Kalitesi\***

## ***The Pelvic Floor Function Disorders and Quality of Life***

Dilek BİLGİÇ ÇELİK\*\*, Nezihe KIZILKAYA BEJİ\*\*\*

İletişim/Correspondence: Dilek BİLGİÇ ÇELİK Adres/Adress: İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Abide-I Hürriyet cad. 34381 Şişli / İstanbul Tel: 0212 4400000/ 27072 Fax: 0212 2244990 E-mail: dbilgic@mynet.com, bilgicdilek@gmail.com

### **ÖZ**

*Pelvik taban bozuklukları dünyada milyonlarca kadını etkiler. Yaşla birlikte pelvik taban bozukluklarının prevalansı artış gösterir. Pelvik taban bozuklukları (üriner inkontinans, fekal inkontinans, pelvik organ sarkması, kronik pelvik ağrı) kadınları, ailelerini, yaşlı ise bakıcıları ve toplumu etkiler. Pelvik taban bozuklukları maliyetlidir ve kadınların yaşam kalitelerini dramatik olarak etkiler. İdrar / barsak kontrolünün kaybı tüm yaş grubu kadınların psikolojisini, fiziksel durumlarını, sosyal yaşamlarını, aile yaşantılarını, mesleki ve cinsel yaşamlarını bozar. İnkontinansı hastalık olarak algılayan kadınların yaşam kaliteleri daha fazla etkilenmekle birlikte tıbbi yardım arama davranışı daha fazladır. Pelvik taban bozuklukları semptomlarının ya da tedavisinin yaşam kalitesine ve cinsel sağlık üzerine etkisini değerlendirmek için birçok soru formu geliştirilmiştir. Bu alanda uzmanlaşmış hemşireler pelvik taban bozukluğu olan kadınların bakımında önemli rollere sahiptirler.*

**Anahtar Kelimeler:** *Pelvik taban bozuklukları, yaşam kalitesi, cinsel disfonksiyon, depresyon.*

### **ABSTRACT**

*Pelvic floor disorders affect millions of women throughout the world. The prevalence of pelvic floor disorders increases with age, pelvic floor disorders affect women, their families and caregivers and society. Pelvic floor disorders are costly and dramatically affect women's QoL. Loss of urinary / bowel control affects the social, psychological, domestic, occupational, physical, and sexual lives of women of all ages. Women who perceive incontinence as a disease and those with a higher degree of quality-of-life impact are more likely to seek medical help. Women who perceive their symptoms as being moderate or severe have a significantly lower quality of life. The impact of pelvic floor disorders on quality of life and sexual health can be evaluated through the use of validated. Questionnaires have been developed to measure the impact of pelvic floor disorders symptoms or treatment on quality of life and sexual health. Specialised nurses play an important roles in the care for patients with pelvic floor disorders.*

**Key Words:** *Pelvic floor disorders, quality of life, sexual dysfunction, depression.*

### **GİRİŞ**

Pelvik taban disfonksiyonu (PTD) geniş bir klinik yelpazedir. Pelvik taban disfonksiyonu kadınlarda en sıklıkla görülen ve çoğu kadını etkileyen idrar kaçırma (Üriner inkontinans-Üİ), dışkı kaçırma (Fekal

inkontinans-Fİ) ve pelvik organ prolapsusunu (POP) içerir. Literatürde kronik pelvik ağrının da (KPA) bu klinik yelpaze kapsamına girdiği belirtilmektedir (Koyuncu 2009). PTD'ü her yaşta görülür ancak özellikle yetişkinlerde ve yaşlı popülasyon da daha yaygındır (Debeau 2006; Norton ve Brubaker 2006). Dünya

\*10. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur (03-06 Mart 2011, Bursa), \*\*MSc. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, \*\*\*Prof. Dr. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Yazının gönderilme tarihi: 15.06.2011

Yazının basım için kabul tarihi: 25.01.2012

genelinde pelvik taban disfonksiyonu kadınların %41-65'ini etkilemektedir (Pauls ve ark. 2007; Rogers ve ark. 2006). İdrar kaçırma prevalansının dünya popülasyonunda ortalama %17 ile %69 oranında olduğu tahmin edilmektedir (Biri ve ark. 2006; MacLennah, Taylor, Wilson ve Wilson 2000; Norton ve Brubaker 2006; Schimpf, O'Sullivan, LaSala ve Tulikangas 2007; Vander Vaart, Lamers ve Heintz 2007a). Türkiye'de idrar kaçırma prevalansı %25.8 ile %68.8 arasında değişmektedir (Kocak, Okyay, Dundar, Erol ve Beşer 2005; Oskay, Beji ve Yalcin 2005; Özerdoğan, Beji ve Yalcin 2004). POP prevalansı yapılan birçok çalışmada ortalama %41 dir. Bu oranın %34 ünü sistosel, %19 unu rektosel ve %14 ünü ise uterine prolapsusu içermektedir (Jelovsek, Maher ve Barber 2007; Schimpf ve ark. 2007, Vander Vaart ve ark. 2007a.). POP olan kadınların %20-90'ında idrar kaçırma, idrar kaçırması olanların % 30-70'inde POP görülebilmektedir (Stoutjesdijk, Vierhout, Spruijt ve Massolt 2006). Dışkı kaçırma prevalansının genel popülasyonda %0.4 ile %18 arasında olduğu (Chatoor, Taylor, Cohen ve Emmanuel 2007), bakım evlerindeki yaşlılarda bu oranın %30-63 gibi yüksek bir orana çıktığı tahmin edilmektedir (Weber 2007). Kronik pelvik ağrının sıklığına ilişkin bilgi sınırlı olsa toplumda sık görülen bir sorundur. Toplum temelli yapılmış çalışmalarda KPA prevalansı %14.7 ile %24 arasında bildirilmiştir (Bayrak 2008). Kadında PTD tedavisi temelde pelvik taban egzersizlerini, davranışsal tedaviyi, ilaç tedavisini ve cerrahi tedaviyi kapsar. Cerrahi tedavi ya tek başına ya da kombine uygulanabilir (Chancellor, Anderson ve Boone 2006; McKerty 2008).

Genel olarak pelvik taban bozukluklarını kabullenme, normal olarak değerlendirme ve tedaviye başvurmama kabul edilen yaygın bir düşüncedir. Çoğu kadın idrar kaçırmanın doğum yapmanın ya da yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak düşündükleri için sağlık kuruluşuna başvurmazlar. Önemli derecede klinik semptom yaşayan kadınların sağlık kuruluşuna başvurma davranışlarının %20 den daha az olduğu belirtilmektedir (Weber 2007). Yapılan çalışmalar sağlık kuruluşuna başvurma davranışlarının düşük oranda olmasının nedenlerinin

utanma, tedaviler hakkında bilgi eksikliği, nereye başvurulacağını bilememe, kolay elde edilebilen absorbe ürünlerin kullanılması, tedavinin yararlı olabileceğine inanmama, cerrahi tedaviden korkma ve hekimin ilgili yerlere yönlendirmemesi olduğunu göstermiştir (Bush, Castellucci ve Phillips 2001; Shaw, Tansey, Jackson, Hyde ve Allan 2001). Dolayısıyla idrar kaçırmanın yeterince saptanamaması ve tedavi edilmemesi, kadınların en uygun bakımı almamalarının önünde ciddi engeller oluşturmaya devam etmektedir. Dışkı kaçırma prevalansına yönelik çalışmalar, hastaların dışkı kaçırdıklarını gizlediklerini ve sağlık bakım profesyonelleri tarafından değerlendirilmediğini göstermiştir (Rockwood ve ark.1999; Rothbarth ve ark. 2001). Ancak semptomların rahatsız edici olarak algılanmaması ve kadınların yaşam kalitelerini etkilememesi de olası sebepler arasında sayılabilir (Moller, Lose ve Jorgensen 2000).

Perry ve ark. (2000), 40 yaş üstü üçte bir oranında kadının klinik olarak önemli derecede üriner semptom yaşadıklarını bildirmelerine rağmen sadece %3'ünün sosyal olarak semptomlardan rahatsız olduklarını saptamıştır. Wong ve ark. (2006)'nın yaptığı çalışmada idrar kaçırmanın %16'sında yaşam kalitesinde bozulma, % 15.2'sinde sinirlilik ve kaygı problemleri belirlenmiştir. Üstelik kadınların %78.3'ü stres inkontinansı bir hastalık olarak algılamayıp, %60.6'sı idrar kaçırmanın normal bir durum olarak düşünmüştür. Valerius (1997)'un çalışmasında kadınların %71'i semptomların başlangıcını takiben ilk 2 yıl içinde tedavi için başvurmuştur ancak %23'ü semptomlar geliştikten sonraki 5 ya da daha fazla yıl tedavilerini geciktirmişlerdir. Karan ve ark. (2000) yaptıkları çalışmada Türkiye'de idrar kaçırmanın / prolapsuslu kadınların doktora başvurana kadar ortalama 9 yıl gibi uzun bir süre beklediklerini saptamıştır. Bir Japon çalışmasında da kadınların tedaviye başvurma düşüncelerinin idrar kaçırma tipine ve süresine göre değişkenlik gösterdiği saptanmıştır. Tedaviye istekli grup da sıkışma tip idrar kaçırması olan kadınların stres ve mikst tip idrar kaçırması olan kadınlara göre idrar kaçırma süreleri daha kısadır. Genel olarak ise tedaviye istekli olan kadınların

idrar kaçırma süreleri daha uzundur (Ushiroyama, Ikeda ve Ueki 1999). Şiddetli düzeyde idrar kaçıran kadınların orta düzeyde idrar kaçıranlardan daha fazla tedavi arayışı söz konusudur (Yip ve Cardoza 2007).

PTD nedeniyle yaşanan sıkıntı ve sorunlar yaşamın birçok alanında kendini gösterir. İdrar, dışkı kontrolünün kaybı, prolapsus ve kronik pelvik ağrı tüm yaş grubu kadınların sosyal, psikolojik, cinsel, fiziksel, mesleki ve aile yaşantılarını etkileyerek kadınların psikososyal iyiliğini ve yaşam kalitesini önemli derecede bozar (Addis 2008; Yu, Wong, Chen ve Chie 2003).

Bu derlemede pelvik taban fonksiyon bozukluklarının yaşam kalitesi üzerine etkileri literatür doğrultusunda incelenmiştir. Hemşireler pelvik taban fonksiyon bozukluğu yaşayan kadınların tedavi ve bakımında, yaşam kalitelerinin, cinsel fonksiyonlarının ve psikososyal yönlerinin etkilenme durumlarını da göz önünde bulundurmalıdırlar.

## **PSİKO - SOSYAL DEĞİŞİMLER VE YAŞAM KALİTESİ**

İdrar kaçırmanın kadınlar üzerinde yarattığı en önemli etki yaşam kalitesinde ki bozulmadır. İdrar kaçırma sosyal yaşantıyı, aile içi ilişkileri, fiziksel aktiviteleri, mesleki yaşantıyı, eğlence yaşamını etkileyebilmektedir. İdrar kaçırmanın gerçekleşmesi ya da kaçırma korkusu hastanın ev içi aktivitelerini, alışveriş yapma, yolculuk yapma, tatile çıkma, spor yapma gibi aktivitelerini, eğlence yaşamını, ev dışı aktivitelerini ve hobilerini bırakmasına ya da sınırlandırmasına, dini inançlarını yerine getirmede zorluk (namaz vb) yaşamasına yol açabilmektedir (Weber 2007).

Çoğu kadın idrar kaçırma sorununu gizlemek için detaylı hazırlık ya da ön hazırlık (evden çıkmadan önce tuvalete gitme, pet kullanma, yedek giysi taşıma vb) yapmaktadır. Çoğu kadın bu nedenle de yaşam stiline bazı kısıtlayıcı (sıvı alımının kısıtlanması, tuvalet olmayan yerlere gitmeme, fiziksel aktivitelerden kaçınma vb) değişiklikler yapmak zorunda kalmaktadır. Bazı İdrar kaçıran kişiler sosyal aktivitelerini ve ilişkilerini sınırlandırdıkları için giderek ciddi anlamda

izolasyon yaşamaya başlarlar. Sosyal ilişkilerinde ve özellikle aile üyeleriyle olan ilişkilerinde belirgin düzeyde azalma olduğu belirtilmektedir. Buda idrar kaçırmanın sosyal bir damgalanma oluşturduğunu göstermektedir (Yip ve Cardoza 2007).

İdrar kaçırmanın bazı tipleri diğerlerine oranla daha olumsuz sosyal etkiye sahiptir (Kulseng-Hanssen ve Berild 2002). Çalışmaların çoğunda, sıkışma tip idrar kaçırma oranla stres tip ve miks tip idrar kaçırmanın daha fazla oranda görüldüğü gösterilmiştir (Fultz ve ark. 2003; Hunskaar, Lose, Sykes ve Voss 2004). Sıkışma tip idrar kaçırma stres tip idrar kaçırma oranla daha fazla yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir (Coyne ve ark. 2004; Robinson ve ark. 1998). Sıkışma tip idrar kaçıran kadınlar ev dışında tuvalet olmayan yerlerde, endişe ve kaygı yaşamakta, flört ilişkilerinde ve cinsel aktivitelerinde sorun yaşamaktadır (Addis 2008). Sıkışma tip idrar kaçırma stres tip idrar kaçırma oranla daha fazla kişinin yaşam şeklini değiştirmesine neden olur, çünkü overaktif mesaneyi önceden tahmin etmek güçtür, uyku kalitesini ya da yaşam aktivitelerini etkilemesi daha olasıdır ve bu tip de daha fazla miktarda idrar kaçağı (50 ml ya da daha fazla) olmaktadır (Farage, Miller, Berardesca ve Maibach 2008). İdrar kaçırma bir hastalık olarak algılayan kadınların yaşam kaliteleri daha fazla etkilenmekle birlikte tıbbi yardım arama davranışlarını daha fazla gösterebilmektedirler (Ushiroyama ve ark. 1999).

İdrar kaçırma algılama derecesi de yaşam kalitesini etkiler. Oh ve ark. (2005) yaptığı çalışmada idrar kaçırma semptomlarını orta ya da şiddetli olarak algılayan kadınların yaşam kalitelerinin önemli derecede düşük olduğunu saptamışlardır. Avrupada geniş katılımlı yapılan çalışmada idrar kaçıran 9487 kadından orta şiddette idrar kaçıran kadınların %60 dan fazlası egzersizde içeren aktivitelerini sınırlandırdıkları saptanmıştır (DuBeau, Levy, Mangione, ve Resnick 1998). Brown and Miller (2001)'in Avusturya kesitsel kadın sağlığı çalışmasında 41.000 den fazla kadından topladıkları verilere göre 45-50 yaş arası kadınların %33.3'ü idrar kaçırma sorunu yaşadığını ve bu kadınların %40 dan

fazlası egzersiz sırasında da idrar kaçırdıklarını belirtmiştir. Orta şiddette idrar kaçıran kadınların %64.6'sı, şiddetli düzeyde idrar kaçıran kadınların %85.3'ü kaçırmayı egzersize engel olan bir sorun olarak düşünmektedir (Nygaard ve ark.2005).

Özellikle yaşlı grupta idrar/dışkı kaçırmaya yaşlılığın yaşam kalitesini bozan bazı potansiyel komplikasyonlara da neden olabilmektedir. İdrar/dışkı kaçırmaya bağlı fiziksel aktivitede ki kısıtlama osteoporoz, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, depresyon ve kaygı duyma gibi sorunların görülme riskini artırır. İdrar / dışkı kaçırmaya bağlı dermatit, deri enfeksiyonuna yatkınlık, basınç ülserleri gibi dermatolojik sorunlarda görülebilir (Farage ve ark. 2008). Bu sorunlar yaşlılığın daha fazla bağımlılık ve yetersizlik yaşamasına yol açabildiği gibi yaşlıya bakım veren aile ya da bakıcının yaşlılığın artan gereksinimlerini karşılamada ve baş etmelerinde güçlük yaşamalarına da neden olabilmektedir (Weber 2007). Ayrıca idrar/dışkı kaçıran yaşlılığın bakımıyla ilgilenen aile için yaşlı önemsiz bir kişi olarak algılanabilir (Fialkow ve ark. 2003).

İdrar/dışkı kaçırmaya aynı zamanda yaşlıda bağımsızlığın kaybına neden olan ve bakım evlerine başvuruyu artıran bir faktördür (Fialkow ve ark. 2003; Kenton and Mueller 2006). İdrar kaçırmaya yaşlıda düşmeye hatta öldürücü yaralanmalara neden olabilir (Farage ve ark. 2008). Dışkı kaçırmaya da aynı şekilde kişinin yaşamının her alanını etkileyen duygusal olarak yaşam beklentisini azaltan ve kişiyi psikolojik olarak zayıf düşüren bir faktördür (Cooper ve Rose 2000; Fialkow ve ark. 2003). Dışkı kaçıran kişiler son derece kısıtlı, hapise benzer bir hayat yaşamaktadırlar. Yaşantılarında genellikle tuvalete yetişme endişesi vardır ve her zaman giysi taşıma ve giysi değiştirme ihtiyacı duyarlar, yaşadıkları bu sorunu aile ve arkadaşlarında gizlemeye çalışırlar. Bu nedenle dışkı kaçırmaya yaşamı son derece negatif etkileyerek yaşam kalitesini bozmaktadır (Bailey ve Pare's 2010; Stern 2007). Bağırsak fonksiyon kontrolünün kaybı hem kişi hem de ailesi için emosyonel olarak ve maddi olarak oldukça sıkıntı verici bir durumdur (Fialkow ve ark. 2003).

İdrar ve dışkı kaçırmaya yanısıra POP'un da kadının yaşam kalitesini fazlasıyla etkilediği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. POP lu kadınlar sorunu olmayan kadınlara oranla yaşam kaliteleri çok daha bozuk ve beden imajları daha düşüktür. Bu kadınlar daha fazla utanma duygusu yaşıyor, fiziksel ve cinsel yönden kendilerini feminen hissetmiyorlar (Digesu, Chaliha, Salvatore, Hutching ve Khullar 2005; Jelovsek ve ark. 2007; Kenton ve Mueller 2006). İleri derecede POP'a bağlı yaşanan semptomların şiddetinin artması ve özellikle prolapsusdan dolayı ürogenital alanda bir şekil bozukluğunun olması durumunda yaşam kalitesi, fiziksel aktivite düzeyi ve beden imajı algısı daha da bozulmaktadır (Kenton ve Mueller 2006). Kadınlar pelvik organ prolapsusunu oturma, kalkma, yürüme ve bir şeyler kaldırmak gibi aktivitelerini ve iş yapabilmeye yeteneğini engelleyen büyük bir problem olarak tanımlarlar (Bonetti, Erpelding ve Pathak 2004).

KPA yaşam kalitesini, günlük aktiviteleri yüksek oranda etkileyen fiziksel sağlık ve cinsel fonksiyon üzerine negatif etkiler yapan bir sorundur (Bayrak 2008). Grace ve Zondervan (2006)'ın 1160 kadını içeren araştırmalarında KPA'nın kadınların genel sağlık durumu üzerine negatif etkiler yaptığı belirlenmiştir. KPA'lı hastaların daha fazla uyku problemi yaşadıkları, yaklaşık yarısının (%52.7) ağrıların aktivitelerini etkilediği, analjezik almadan veya dinlenmeden herhangi bir aktivite yapmadıkları (%12.2) ve hareketlerini kısıtlamak (%14.3) (yürüme ve hareket etme) zorunda kaldıkları görülmüştür. Pelvik taban disfonksiyonunun potansiyel psikososyal sonuçları Tablo 1 de gösterilmiştir (Weber 2007).

Yaşam kalitesi ölçümü özellikle mortaliteye sebep olmayan ancak psikososyal fonksiyonu ciddi anlamda bozan pelvik taban bozukluklarının, klinik sonuçlarının değerlendirilmesinde önemli bir yer tutar (Barber 2007; Weber 2007). Literatürde PTD'li hastalarda önerilen genel ve duruma özgü yaşam kalitesi ölçeklerine Tablo 2'de yer verilmiştir (Barber 2007; Weber 2007).

İdrar kaçıran kadınların çoğu noktüri, overaktif mesane, prolapsus gibi diğer ürogenital semptomlarında beraberinde yaşar. Bu semptomlar idrar kaçırmaya ile depresyon arasındaki ilişkide etkin rol oynar (Van der

Vaart, Roovers, Leeuw ve Heintz 2007b). İdrar kaçırma, emosyonel rahatsızlık, kaygı ve depresyon gibi psikolojik sorunlara yol açar. İdrar kaçırma semptomlarının şiddeti ve yarattığı sıkıntı ve yetersizliğe bağlı olarak psikolojik etkilenim değişir.

**Tablo 1.** Pelvik Taban Disfonksiyonunun Psikososyal Sonuçları

<b>BİREYSEL</b>
<p><b>Psikolojik semptomlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Güvensizlik</li> <li>• Öfke</li> <li>• Apati</li> <li>• Bağımlılık</li> <li>• Suçluluk</li> <li>• Aşağılanma</li> <li>• Terk edilmiş hisse</li> <li>• Utanma</li> <li>• Mahcubiyet</li> <li>• Depresyon</li> <li>• Anksiyete</li> <li>• İnkâr</li> </ul> <p><b>Benlik algısı</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kendine olan güven kaybı</li> <li>• Kendine olan özsaygıda azalma</li> <li>• Cinsel güçlükler</li> <li>• Hayal kırıklığı, depresyon ve suçluluk</li> <li>• Kişisel hijyeni önemsememe</li> </ul> <p><b>Sosyal ilişkiler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sosyal aktivitelerde azalma</li> <li>• Sosyal izolasyon</li> <li>• Fonksiyonel ve psikolojik çökkünlük</li> </ul>
<b>AİLE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bakıcı yükü ve duygusal stres</li> <li>• Kişilerarası ilişkilerde bozulma</li> <li>• Ekonomik güçlükler</li> <li>• Primer bakım verenin sağlığında bozulma</li> <li>• Potansiyel istismar ya da ihmal</li> <li>• Bakım evine yatırmaya karar verme</li> </ul>
<b>SAĞLIK BAKIM PROFESYONELLERİ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PTD'li hastaya karşı negatif davranışlar ve duygular hissetme</li> <li>• Aşırı hoşgörü, aşırı serbest davranma ya da aşırı ilgi</li> <li>• Ekstra bakım sorumluluğu</li> <li>• Tükenmişlik sendromu</li> <li>• Moral bozukluğu</li> </ul>

İdrar kaçırma ile birlikte dışkı kaçırma da varsa benzer psikolojik etkiler yaşanmaktadır (Weber 2007). Çoğu çalışma idrar kaçırma ile depresyon ve kaygı arasında ilişki olduğunu gösterirken, bazı çalışmalar idrar kaçırma ile psikolojik iyilik arasında zayıf bir ilişki olduğunu bildirir (Addis 2008).

**Tablo 2.** Pelvik Taban Disfonksiyonlu Kadınlarda Önerilen Yaşam Kalitesi Ölçekleri

<b>Genel sağlık ile ilgili yaşam kalitesi soru formları</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nottingham Health Profile – NHP</li> <li>• Sickness Impact Profile - SIP</li> <li>• SF-36</li> <li>• SF-12</li> <li>• EuroQol EQ-5D</li> </ul>
<b>Duruma özgü yaşam kalitesi soru formları</b>
<p><b>Üriner İnkontinans</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• İncontinence Impact Questionnaire (IIQ)</li> <li>• Urogenital Distress Inventory (UDI)</li> <li>• IIQ-7, UDI-6</li> <li>• İncontinence Quality of Life Questionnaire (I-QOL)</li> <li>• Kings Health Questionnaire (KHQ)</li> <li>• Urge İncontinence Impact Questionnaire (Urge IIQ)</li> </ul> <p><b>Fekal İnkontinans</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecal İncontinence Severity Index</li> <li>• Fecal İncontinence Quality of Life Scale (FIQL)</li> <li>• Manchester Health Questionnaire</li> <li>• Gastrointestinal Quality of Life Index</li> </ul> <p><b>Pelvik Organ Prolapsusu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prolapse Quality of Life (P-QOL)</li> </ul>
<b>Tüm Pelvik Organ Bozuklukları (Üİ, Fİ, POP)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI)</li> <li>• Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ)</li> <li>• Pelvic Floor Impact Questionnaire Short Form- 7</li> </ul>

Büyük çaplı bir çalışmada Helsinki ve Finlandiyada majör depresyonun görme bozukluğu, idrar kaçırma gibi sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (Yip ve Cardozo 2007). İdrar kaçıran kadınlarda depresyon oranı (%15) olmayan kadınlardaki depresyon oranından (%9) daha yüksek olarak saptanmıştır (Vigod ve Stewart 2006). Özellikle huzur evlerinde kalan ve idrar kaçıran yaşlılarda depresyon 4.5 kat daha fazladır (Yip ve Cardozo 2007). Ko, Lin, Salmon ve Bron (2005)'a göre idrar kaçıran yaşlılarda sağlıklı yaşlılara göre depresyon sıklığı 2 kat fazladır.

İdrar kaçırma ile ilişkili yaşanan stresde kültürel farklılıkların olduğu düşünülmektedir. İdrar kaçırma sorunu yaşayan Afrikan-Amerikan kadınlar daha yüksek oranda stres yaşamaktadır oysaki beyaz kadınlar arasında idrar kaçırma ile stres arasında çok daha zayıf bir ilişki vardır. Afrikan-Amerikan kadınlar ile beyaz kadınlar arasında ki yaşanan bu farklılık, idrar kaçırmanın Afrikan-Amerikan kadınlarında daha az sıklıkta görülmesine bağlı olarak idrar kaçırmanın çok daha

önemli bir problem olarak algılanmasından kaynaklanabilmektedir (Addis 2008).

Çalışmalar stres tip idrar kaçırmayla karşılaştırıldığında sıkışma hissi ve beraberinde sıkışma tip idrar kaçırmının daha fazla distrese (sıkıntıya) ve emosyonel bozukluğa yol açtığını göstermiştir. Genç yaş kadınlardaki semptomlar yaşlılara kıyasla daha fazla distrese yol açma eğilimindedir (Weber 2007). Sıkışma tipde idrar kaçıran kadınların stres tip idrar kaçıranlardan daha fazla psikolojik olarak etkilendiklerini ve sıkışma tipde idrar kaçıran kadınların (%19.8) stres tip idrar kaçıranlardan (%8.5) daha fazla yaşam kalitelerinin bozulduğunu saptamıştır (Pang, Leung, Chan ve Yip 2005). Stach-Lempinen ve ark. (2003)'nin 82 kadınla gerçekleştirdikleri prospektif bir çalışmada sıkışma tip de idrar kaçıran kadınların %44'ünde, stres tip idrar kaçıran kadınların %17.5'inde majör depresyon saptanmıştır. İdrar kaçırmaya bağlı yaşam kalitesi bozuldukça majör depresyon riski artmaktadır. Macaulay, Stern ve Stanton (1991) ürojinekoloji ünitesine başvuran 211 kadının psikolojik yönden inceledikleri çalışmasında sıkışma hissi ve beraberinde sıkışma tip idrar kaçıranların stres tip idrar kaçıranlardan daha fazla endişeli ve kendine olan güvenlerinde azalma olduğunu belirtmiştir. 40 yaş ve üstü 12.568 kadınla yapılan prospektif bir çalışmada, kaygı yaşayan ve depresyonu olan vakalar incelendiğinde bu vakaların temelinde sıkışma tip idrar kaçırmaya yaşadıkları gösterilmiştir. Aynı çalışmada kadınların %37.6'sı önemli derecede depresyon yaşarken, %56.6'sında mevcut ya da sık sık yaşanan bir kaygı sorunu olduğu belirtilmektedir (Perry, McGrother ve Turner 2006).

İdrar kaçırmının yanı sıra yaşanan diğer üriner semptomlar da (işeme gücü, sık idrara çıkma gibi) önemli derecede psikolojik etki yaratarak yaşam kalitesini bozabilmektedir (Fitzgerald, Butler, Shot ve Brubaker 2002). İdrar kaçırmaya belirtileri fazlalaştıkça ve çeşitlendikçe psikolojik sorunun şiddeti de o derece artmaktadır. Di Gangi Herms, Pinggera, DeJonge, Strasser ve Söllner (2003) çalışmasında alt üriner sistem semptomu olan 31 hastanın 3 aylık takip sonrasında, şiddetli

ve daha fazla belirti yaşayanlara oranla hafif düzeyde ve daha az belirtisi olan hastaların daha az depresif oldukları, daha az kaygı yaşadıklarını saptamıştır.

Fazla miktarda, şiddetli düzeyde ve uzun süre idrar kaçırmaya sorunu yaşayanların yaşam kaliteleri daha fazla etkilenmektedir. Nygaard, Turvey, Burns Crischilles ve Wallece (2003), 5701 orta yaş kadınla yaptıkları çalışmada şiddetli derecede kaçacağı olan kadınların orta derecede kaçık yaşayanlardan daha fazla depresyon yaşadıklarını saptamıştır. İdrar kaçıran 3536 kadınla yapılan başka bir çalışma; depresyon riskinin direk olarak yaşanan idrar kaçırmının şiddetiyle ilişkili olduğunu ve sosyal fonksiyonda, yaşam kalitesinde bir azalma olduğunu göstermiştir (Melville, Delaney, Newton ve Katon 2005).

İdrar kaçırmak kadınlar üzerinde olumsuz psikolojik etki yaratsa da idrar kaçırmının eşlerin emosyonel sağlığı üzerine olan etkisi çok fazla çalışılmamıştır. İdrar kaçıran eşlerin depresif semptomları üzerine yapılan bir çalışmada Fultz ve ark. (2005), idrar kaçıran bir eşi sahip olmak erkeklerdeki depresif semptomlar açısından büyük bir risk oluşturduğunu saptamıştır. Ancak erkek deki idrar kaçırmının kadında depresif semptomların görülmesi açısından bir ilişki saptanmamıştır. İdrar kaçırmaya ilişkin girişimler planlanırken bireysel olduğu kadar çiftlerinde ele alınması yaşam kalitesinin geliştirilmesi açısından oldukça önemlidir. Bunun yanı sıra POP'a özgü psikolojik etkilerin neler olduğunu gösteren spesifik çalışmalar yetersizdir. Pelvik alandaki POP a bağlı yaşanan semptomların (ağrılık, dolgunluk hissi gibi) kronik rahatsızlık ve ağrıya bağlı olarak depresyona neden olabileceği belirtilmektedir (Van der Vaart ve ark. 2007b). Dışkı kaçırmaya (bağırsak kontrol kaybı) ve buna bağlı yaşam kalitesindeki bozulma da depresif semptom prevalansını artırmaktadır. Ağrı, kontrolü kaybetme, yarırsız hissetme, hayattan zevk almama gibi psikolojik etkilere yol açabilir (Bayrak 2008). Ter Kuile, Weijenborg ve Spinhoven (2010), KPA'lı ve sağlıklı kadınları karşılaştırdıkları çalışmalarında, depresyon, kaygı ve cinsel işlev bozukluğu arasında ilişki olduğu bulunmuştur.

KPA'lı kadınlarda daha yüksek düzeyde depresyon ve kaygı olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle idrar / dışkı kaçıran, KPA yaşayan ve POP'lu kadınların PTD tedavisine ek olarak bu sorunlara eşlik eden depresyonun da aynı zamanda değerlendirilmesi gerektiği önerilmektedir (Bailey ve Pare's 2010).

## **CİNSEL FONKSİYONDA DEĞİŞİM**

Cinsellik insan hayatının ayrılmaz bir parçasıdır ve sağlıklı bir cinsel yaşam, sağlığın ve yaşam kalitesinin en önemli parametrelerinden birisidir. Herhangi bir nedenle bu alanda meydana gelen bir disfonksiyon kadının cinsel yaşamını, evlilik ilişkisini ve yaşam kalitesini bozmaktadır (Nobre ve Pinto Gouveia 2006).

PTD'unun en önemli olumsuz etkilerinden biri cinsel fonksiyon üzerine olan etkisidir. PTD'na bağlı oluşan cinsel disfonksiyonun patofizyolojisi tam olarak açıklanamamıştır ancak PTD'lu kadınlarda cinsel aktivitenin düşük, cinsel disfonksiyonun yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir. Ürojinekolojik sorun yaşayan kadınlar incelendiğinde, beden imajlarının düşük olması, utanma duygularının fazla olması, kendilerini fiziksel ve cinsel yönden feminen hissetmemeleri, koku nedeniyle endişe duymaları, sürekli ped/ bez kullanmaları, idrar/dışkı kaçırmaya korkusu, koitus sırasında idrar kaçırmaya, eşin/ partnerin olumsuz reaksiyonları ve çekiciliğin azaldığını düşünme ve buna bağlı yaşanan depresyon kadınların cinsel yaşamını olumsuz etkileyerek farklı tiplerde cinsel disfonksiyona neden olmaktadır (Akhan 2009).

İdrar kaçırmaya sorunu olan / olmayan ve POP olan / olmayan kadınlarla yapılan çalışmalarda yaş, cinsel fonksiyonda idrar kaçırmaya ya da POP varlığından ya da yokluğundan daha önemli bir faktördür. Yaşla birlikte cinsel aktivite azalsa da kadın için yaşanan cinselliğin sağlıklı ve doyumlu yaşanması önemlidir (Weber 2007). Bazı kadınlarda pelvik taban semptomları cinsel aktiviteyi ve memnuniyeti olumsuz etkilerken bazı kadınlarda semptomlar cinsel aktiviteyi etkilese dahi memnuniyet durumu etkilenmez (Weber 2007). Avusturya da yapılan çalışmada idrar kaçıran kadınların %30.5'inin kaçırılmaya bağlı cinsel fonksiyonların-

da bozulma olduğu saptanmıştır (Farage ve ark. 2008; Temml, Haidinger, Schmidbauer, Schatzl ve Madersbacher 2000). Benzer bir çalışmada idrar kaçıran (sıkışma ve stres tip) cinsel aktif kadınların istek, uyarılma, lubrikasyon, orgasm ve memnuniyet düzeylerinde önemli derecede bozulma saptanmıştır (Aslan ve ark. 2005). Salonia ve ark. (2004)'nın yaptığı çalışmada idrar kaçıran kadınların %46'sı cinsel disfonksiyon yaşamaktadır. Kadınların %34'ü isteksizlik, %23'ü uyarılma güçlüğü, %11'i orgasm olmada güçlük yaşamaktadır. Türkiye'de idrar kaçırmaya sorunu yaşayan kadınların %83.6'sı cinsel ilişki sıklığında ve cinsel istekte azalma, %78.1'i cinsel memnuniyette azalma, %77.7 orgasm da güçlük, %45.3'ü disfonksiyon yaşamaktadır (Oskay ve ark. 2005).

Kadınlarda ilişki sırasında ya da sonrasında acilen idrar yapma ihtiyacı olabilir. İlişki sırasında idrar kaçırmaya bu kadınların %10 -%50'sinde görülür (Weber 2007). İdrar kaçağı penetreyon sırasında, clitoral stümlasyon sırasında ya da orgasm ile birlikte olabilir. Koitus sırasında ki idrar kaçırmaya şekilleri (orgasm sırasında / penetreyon sırasında idrar kaçırmaya) idrar kaçırmaya tipine göre değişiklik gösterebilmektedir. Stres tip idrar kaçırmada daha sık penetreyon sırasında kaçak olurken, sıkışma tip idrar kaçırmada daha sık orgasm sırasında kaçak görüldüğü bildirilmektedir (Temml ve ark. 2000). İlişkide idrar kaçırmaya, öz güven ve öz saygıyı olumsuz etkileyerek, cinsel istekte azalmaya, ilişki süresinin kısalmasına, ilişki sırasında ve sonrasında tatmin duygusu yaşamada problemlere yol açabilmektedir (Temml ve ark. 2000). İlişki sırasında idrar kaçırmaya nedeni bilinmemektedir. Ancak penetreyon sırasında mesane boynunun yer değiştirdiği, ön vaginal duvar ve mesane boynunun gerildiği, üretral sfinkter yetmezliği, mesane ve trigonun ilişki sırasında ki stimülasyonuna bağlı detrusör kontraksiyonlarının oluşmasından kaynaklandığı bildirilmektedir (Moller ve Lose 2006). Cinsel ilişki sırasında idrar kaçıran kadınların cinsel davranış biçimlerini inceleyen Beji, Yalcin ve Erkan (2003) kadınların %50'sinin ilişkide idrar kaçırdıklarını eşlerinden saklama ve eşine problem hakkında bilgi vermediklerini, %28'inin partneriyle birlikte olmaktan kaçındıklarını,

%25'inin yaşadıkları sorunun bir problem olmadığına kendilerini inandırdıklarını, %19'unun ilişki öncesi idrar yaptıklarını, % 19'unun ilişkiyi kısa kestiklerini ve % 6'sının anal seks yaptıklarını saptamışlardır. Bu nedenle sağlık profesyonelleri PTD'lu kadınlara rutin olarak öykü alırken ilişkide idrar kaçırıp kaçırmadığını sormalıdır (Weber 2007).

Farklı derecelerde POP olan özellikle II. ve III. derecede POP olan kadınlar daha sık cinsel istek bozukluğu, orgazm problemi ve uyarılma bozukluğu yaşamaktadır (Özel, White, Urwitz-Lane ve Minaglia 2006). II. ve III. derecede POP olan kadınlarla normal kadınların cinsel yaşamlarının karşılaştırıldığı çalışmada, POP olan kadınların normal kadınlara oranla daha fazla ilişkiden kaçındıkları (%70), ilişkide inkontinans (%57), ve disparoni (%37) yaşadıkları, ilişki sıklığında azalma (%33) olduğu, orgazm olmadıkları (%10) ve ilişkiden daha az tatmin oldukları (%20) saptanmıştır (Novi, Jeronis, Morgan ve Arya 2005). POP olan kadınların %20-90'ında idrar kaçırma, idrar kaçıranların %30-70'inde POP görülebilmektedir. İdrar kaçırma ve pelvik organ prolapsusu olan kadınlarda %31- 44 oranında cinsel disfonksiyon görülmektedir (Stoutjesdijk ve ark. 2006). İdrar kaçırmaya POP eşlik ediyorsa cinsel fonksiyon daha da bozulabilmektedir. Sadece idrar kaçıran 47 kadın ile idrar kaçırma ve beraberindePOP olan 69 kadının cinsel fonksiyonunun incelendiği çalışmada, İdrar kaçıran ve POP olan kadınlarda cinsel istek azlığı (%53) cinsel uyarılma da azalma (% 46) ve orgazmın olmaması ya da nadiren olması (%30) gibi cinsel sorunlar sadece idrar kaçıran gruba oranla daha fazla yaşanmaktadır (Özel ve ark. 2006).

Dışkı kaçırmının cinsel fonksiyona etkisine ilişkin bilgi sınırlı olmasına rağmen etkinin idrar kaçırmadaki etkiye benzer olduğu hatta cinsel fonksiyonu daha da kötü etkilediği bildirilmektedir. Dışkı kaçıran kadınlarda vajinal ilişki, gaz kaçırma ya da gaz kaçırma korkusu, idrar ya da dışkı kaçırma korkusu rektal urgencye yol açabilir. Yaşanan bu korkular nadiren idrar kaçırmaya sorunu yaşansa bile cinsel fonksiyonu ciddi şekilde bozar (Weber 2007).

KPA hem kadının hem de eşin cinsel yaşamında sorunlara yol açabilmektedir. Kaya ve ark. (2006)'nın, KPA'lı ve sağlıklı kadınları karşılaştırdıkları çalışmalarında KPA'lı kadınlar cinsel yaşamlarından daha az memnun ve daha fazla cinsel ilişkiden kaçmaktadır. Verit, Verit ve Yeni (2006), yaptıkları çalışmada genel popülasyonla karşılaştırıldığında KPA'lı kadınlarda cinsel işlev bozukluğu insidansını % 67.8 sağlıklı kadınlarda ise %32.2 olarak saptamışlardır.

PTD sorunu yaşayan ve beraberinde yaşam kaliteleri ve cinsel yaşantıları etkilenen kadınlara multidisipliner ekip yaklaşımı doğrultusunda bakım sunulmaktadır. Gerek PTD'nin önlenmesinde, tanılanmasında ve tedavi/bakımında gerekse bu soruna bağlı yaşanan psikolojik ve cinsel sorunların tanılanmasında ve tedavi/bakımında ekip içinde etkin bir role sahip olan ve bireylerle daha sık, yakın ve doğrudan ilişki kuran sağlık profesyonellerinden hemşireye önemli sorumluluklar düşmektedir. Pelvik taban disfonksiyonuyla ilişkili stigmayı azaltmak ve bu semptomların yaşanmanın doğal bir parçası olduğu inancını yok etmek için bu sorunların toplumsal farkındalığı kadar profesyonel farkındalığı da artırılmalıdır. İnkontinans, prolapsus yaşayan kadınlar utanabilir, çekinebilir ya da öykülerine ilişkin sorulara cevap veremeyebilir. Bu nedenle hemşireler kadında ki PTD sorunlarını ciddiye almalı ve bu semptomlara neden olabilecek patolojileri değerlendirmelidir. Hastalarla iletişimde sade, anlaşılır bir dil kullanılmalı ve hastalara konuşmaları için kolaylık sağlamalı, risk faktörlerini belirlemelidir. Bunun içinde ayrıntılı bir ürojinekolojik ve cinsel anemnez alınmalıdır. PTD'nin yaşam kalitesi, cinsel fonksiyonlar üzerindeki etkileriyle ilgili olarak kadınları bilgilendirmeli danışmanlık ve eğitici rollerini kullanmalıdır. Hemşire, kadında cinsel disfonksiyonunun olup olmadığını, psikolojisini ve yaşam kalitesini değerlendirerek saptanan sorunların tedavisi için uygun birimlere yönlendirme yapmalıdır. PTD'nin tedavisi çoğunlukla uzun sürer bu nedenle kadının sürekli desteklenmesi, bu süreçte tedavinin başarısı için esastır. Bazen kadınlar için aynı sorunu yaşayan diğer kadınlardan oluşan destek grupları, sosyal izolasyonun azaltılmasında ve kendine olan güvenin artırılmasında yararlı



olabilir. Ayrıca hemşireler inkontinans, prolapsus için gerekli koruyucu önlemler konusunda da kadınları bilgilendirmeli, PTD tedavisine yönelik davranışsal tedavi yöntemlerini uygulayabilmeli, kadınları en iyi destekleyen kişiler olmalı ve klinik alandaki araştırma ve bakımı yönetmede öncü olmalı, başı çekmeli, lider olmalıdırlar (Robinson ve Cordoza 2003, Omotosho ve Rogers 2009).

Sonuç olarak pelvik taban bozuklukları yaygındır. PTD prevalansında bölgesel, etnik ve kültürel farklılıklar söz konusudur. Maliyeti yüksektir ve kadınların yaşam kalitelerini, fiziksel, psikososyal iyilik durumlarını, cinsel fonksiyonlarını etkiler. Kadınların yaşam kalitelerinin ve cinsel fonksiyonlarının etkilenme durumlarının geçerlik güvenilirliği yapılmış ölçüm araçlarıyla değerlendirilmesi önemlidir bu amaçla kullanılmak üzere ölçüm araçları geliştirilmiştir. PTD'nun psikososyal etkileri ve yarattığı sonuçlar düşünüldüğünde toplum da yaygın görülen PTD sorunlarına yönelik rutin taramalar yapılmalı, klinik ortamda sağlık bakım profesyonelleri kadınlarda yaygın görülen PTD'nin tanı ve tedavisinin yanı sıra kadınların yaşam kalitelerini, cinsel fonksiyonlarını ve psikolojik etkilerini rutin olarak değerlendirmelidir. Hemşireler bu sorunu yaşayan kadınların tedavi ve bakımında diğer sağlık ekibi üyeleri ile birlikte profesyonel rolleri doğrultusunda yer almalıdırlar.

## **KAYNAKLAR**

Addis I. B. (2008). Social impact of urinary incontinence and pelvic floor dysfunction. Raz, S., Rodriguez, L. (Eds.). *Female Urology*. ed., edition, Saunders Elsevier Philadelphia., 69- 73.

Akhan S. E. (2009). Pelvis tabanı ve cinsel yaşam. Yalçın, Ö. (Ed.). *Temel Ürojinekoloji*. 1. basım, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, 525 – 541.

Aslan, G. ve ark. (2005). Sexual function in women with urinary incontinence. *Int J Impot Res.*, 17: 248–251.

Bailey, N., Pare's, D. (2010). Faecal incontinence and depression: Cause or effect? *Colorectal Dis.*, May;12(5): 397–398.

Barber, M. D. (2007). Questionnaires for women with pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J. Pelvic Flor Dysfunct.*, Apr;18(4): 461-465.

Bayrak, Ş. G. (2008). Kronik pelvik ağrı şikayeti olan hastalarda tibial sinir uyarısı tedavisinin (nöromodülasyon) yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 53-55.

Beji, N. K., Yalcin, O., Erkan, H. A. (2003). The effect of pelvic floor training on sexual function of treated patients. *Int. Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. Oct.;14(4): 234-8.

Biri ve ark. (2006). Incidence of stress urinary incontinence among women in Turkey. *Int Urogynecol J.*, Nov;17(6): 604–610.

Bonetti, T. R., Erpelding, A., Pathak L. R. (2004). Listening to "Felt Needs": Investigating genital prolapse in Western Nepal. *Reproductive Health Matters.*, May;12(23): 166–175.

Brown, W. J., Miller, Y. D. (2001). Too wet to exercise? Leaking urine as a barrier to physical activity in women. *J Sci Med Sport*. Dec., 4(4): 373– 378.

Bush, T. A., Castellucci, D. T., Phillips, C. (2001). Exploring women's beliefs regarding urinary incontinence. *Urol Nurs.*, 21: 211-218.

Chancellor, M. B., Anderson, R. U., Boone, T. B. (2006). Pharmacotherapy for neurogenic detrusor overactivity. *Am J Phys Med Rehabil.*, 85: 536 - 545.

Chatoor, D. R., Taylor, S. J., Cohen C. R., Emmanuel, A. V. (2007). Faecal incontinence. *Br J Surg.*, 94: 134–44.

Cooper, Z. R., Rose, S. (2000). Fecal incontinence: A clinical approach. *Mt Sinai J Med.*, Mar; 67(2): 96–105.

Coyne ve ark. (2004). The impact of urinary urgency and frequency on health-related quality of life in overactive bladder: Results from a national community survey. *Value Health.*, Jul-Aug;7(4): 455-463.

Debeau, C. E. (2006). The aging lower urinary tract. *J Urol.*, 175(3Pt2): 11-15.

Di Gangi Herms, A. M., Pinggera, G. M., De Jonge, P., Strasser, H., Söllner, W. (2003). Assessing health care needs and clinical outcome with urological case complexity: A study using INTERMED. *Psychosomatics.*, May;44(3): 196-203.

Digesu, G. A., Chaliha, C., Salvatore, S., Hutchings, A., Khullar, V. M. (2005). The relationship of vaginal prolapse severity to symptoms and quality of life. *BJOG.*, Jul;112(7): 971–976.

Do Moulin, M. F., Hamers, J. P., Paulus, A., Berendsen, C., Halfens, R. (2005). The role of nurse in community continence care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 42(4): 479-492.

- DuBeau, C. E., Levy, B., Mangione, C. M., Resnick, N. M. (1998). The impact of urge urinary incontinence on quality of life: Importance of patients' perspective and explanatory style. *J Am Geriatr Soc.* Jun., 46(6): 683–692.
- Farage, M. A., Miller, K. W., Berardesca, E., Maibach, H. I. (2008). Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: A review. *Arch Gynecol Obstet.*, 277(4): 285–290.
- Fialkow M. F. ve ark. (2003). The functional and psychosocial impact of fecal incontinence on women with urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol.*, Jul;189(1): 127-129.
- FitzGerald, M. P., Butler, N., Shott, S., Brubaker, L. (2002). Bother arising from urinary frequency in women. *Neurourol Urodyn.*, 21(1): 36-41.
- Fultz N. H. ve ark. (2003). Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling women. *Am J Obstet Gynecol.* Nov; 189(5): 1275-1282.
- Fultz, N. H. ve ark. (2005). The impact of own and spouse's urinary incontinence on depressive symptoms. *Soc Sci Med.*, Jun; 60(11): 2537-2548.
- Grace, V. M., Zondervan, K. T. (2006). Chronic pelvic pain in New Zealand: Comparative well-being, comorbidity, and impact on work and other activities. *Health Care Women Int.*, Aug; 27(7): 585-559.
- Hunskar, S., Lose, G., Sykes, D., Voss, S. (2004). The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int.*, 93(3): 324-330.
- Jelovsek, J. E., Maher, C., Barber, M. D. (2007). Pelvic organ prolapse. *Lancet.*, Mar 24; 369(9566): 1027–38.
- Karan, A., ve ark. (2000). Üriner İnkontinanslı hastalarda yaşam kalitesi ve objektif değerlendirme parametreleri ile ilişkisi. *Geriatrici*, 3(3): 102-106.
- Kaya, B. ve ark. (2006). Anxiety, depression and sexual dysfunction in women with chronic pelvic pain. *Sexual and Relationship therapy*, 21(2): 187-196.
- Kenton, K., Mueller, E. R. (2006). The global burden of female pelvic floor disorders. *BJU Int.*, Sep; 98, (1):1–7.
- Ko, Y., Lin, S. J., Salmon, J. W., Bron, M. S. (2005). The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. *Am J Manag Care.*, Jul;11(4): 103-111
- Kocak, I., Okyay, P., Dundar, M., Erol, H., Beser, E. (2005). Female urinary incontinence in the west of Turkey: Prevalence, risk factors and impact on quality of life. *European Urology.*, 48(4): 634–641.
- Koyuncu, M. K. (2009). Pelvik ağrı. Yalçın, Ö. (Ed.). *Temel Ürojinekoloji*. 1. basım, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, 563-572.
- Kulseng-Hanssen, S., Berild, G. H. (2002). Subjective and objective incontinence 5 to 10 years after Burch colposuspension. *Neurourol Urodyn.*, 21(2): 100-105.
- Macaulay, A. J., Stern, R. S., Stanton, S. L. (1991). Psychological aspects of 211 female patients attending a urodynamic unit. *J Psychosom Res.*, 35(1): 1-10.
- MacLennah, A. H., Taylor, A. W., Wilson, D. H., Wilson, D. (2000). The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG.*, Dec;107(12): 1460-1470.
- MacKerty, K. (2008). Urinary incontinence-procedural and surgical treatments for women. *Aust Fam Physician.*, Mar;37(3): 122-31.
- Melville, J. L., Delaney, K., Newton, K., Katon, W. (2005). Incontinence severity and major depression in incontinent women. *Obstet Gynecol.*, 106(3): 585–592.
- Moller, L. A., Lose, G. (2006). Sexual activity and lower urinary tract symptoms. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.*, Jan;17(1): 18-21.
- Moller, L. A., Lose, G., Jorgensen, T. (2000). The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, Apr; 79(4): 298- 305.
- Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J. (2006). Emotions during sexual activity: Differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Arch Sex Behav.*, 35(4): 491-499.
- Norton, P., Brubaker, L. (2006). Urinary incontinence in women. *Lancet*, 367(9504): 56 - 57.
- Novi, J. M., Jeronis, S., Morgan, M. A., Arya, L. A. (2005). Sexual function in women with pelvic organ prolapse compared to women without pelvic organ prolapse. *J Urol.*, May; 173(5): 1669-72.
- Nygaard, I. ve ark. (2005). Is urinary incontinence a barrier to exercise in women? *Obstet Gynecol.*, Aug;106(2): 307–314.
- Nygaard, I., Turvey, C., Burns, T. L., Crischilles, E., Wallace, R. (2003). Urinary incontinence and depression in middle-aged United States women. *Obstet Gynecol.*, Jan; 101(1): 149-156.
- Oh, S. J. ve ark. (2005). Factors influencing self-perceived disease severity in women with stress urinary incontinence combined with or without urge incontinence. *Neurourol Urodyn.*, 24(4): 341- 347.
- Omotosh, T. B., Rogers, R. G. (2009). Shortcomings /strengths of specific sexual function questionnaire currently used in urogynecology: A literature review. *Int Urogynecol J.*, May; 20(1): 51-56.
- Oskay, U., Beji, N., Yalçın, O. (2005). A study on urogenital complaints of postmenopausal women aged 50 and over. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, Jan; 84(1): 72–78.
- Özel, B., White, T., Urwitz-Lane, R., Minaglia, S. (2006). The impact of pelvic organ prolapse on sexual function in women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.*, Jan; 17(1): 14-7.
- Özerdoğan, N., Beji, K. N., Yalçın, O. (2004). Urinary incontinence: Its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. *Gynecol Obstet Invest.*, 58(3): 145–50.

## *Pelvik Taban Fonksiyon Bozuklukları ve Yaşam Kalitesi*

- Pang, M. W., Leung, H. Y., Chan, L. W., Yip, S. K. (2005). The impact of urinary incontinence on quality of life among women in Hong Kong. *Hong Kong Med J.*, Jun; 11(3): 158-163.
- Pauls, R. N. ve ark. (2007). Sexual function after vaginal surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol.*, Dec; 197(6): 622-624.
- Perry, S., McGrother, C. W., Turner, K. (2006). An investigation of the relationship between anxiety and depression and urge incontinence in women: Development of a psychological model. *Br J Health Psychol.*, 11(Pt3): 463-482.
- Perry, S., ve ark. (2000). An epidemiological study to establish the prevalence of urinary symptoms and felt need in the community: The Leicestershire MRC Incontinence Study. *Leicestershire MRC Incontinence Study Team. J Public Health Med.*, 22(3): 427-34.
- Robinson, D., Cardozo, L. (2003). Risk factors for urinary incontinence in women. *Journal of the British Menopause Society.*, Jun; 9(2): 75-79.
- Robinson, D. ve ark. (1998). Relationship between patient reports of urinary incontinence symptoms and quality of life measures. *Obstet Gynecol.*, Feb; 91(2): 224-228.
- Rockwood, T. H. ve ark. (1999). Patient and surgeon ranking of the severity of symptoms associated with fecal incontinence: The Fecal Incontinence Severity Index. *Dis Colon Rectum.*, Dec; 42(12): 1525-32.
- Rogers, R. G. ve ark. (2006). Does sexual function change after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse? A multicenter prospective study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Nov; 195(5): e1-e4.
- Rothbarth, J., ve ark. (2001). What is the impact of fecal incontinence on quality of life? *Dis Colon Rectum.*, 44(1): 67-71.
- Salonia, A. ve ark. (2004). Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: Results of a cross-sectional study. *Eur Urol.*, 45(5): 642-648.
- Schimpf, M. O., O'Sullivan, D. M., LaSala, C. A., Tulikangas, P. K. (2007). Anterior vaginal wall prolapse and voiding dysfunction in urogynecology patients. *Int Urogynecol J.*, Jul; 18(7): 721-725.
- Shaw, C., Tansey, R., Jackson, C., Hyde, C., Allan, R. (2001). Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. *Family Practice.*, 18(1): 48-52.
- Stach-Lempinen, B. ve ark. (2003). Severe depression determines quality of life in urinary incontinent women. *Neurourol Urodyn.*, 22(6): 563-568.
- Stern, J. M. (2007). Psychological aspects of fecal incontinence. Ratto, C., Doglietto G. B. (Eds.). *Fecal Incontinence*. Springer-Verlag, Milan, 67-71.
- Stoutjesdijk, J. A., Vierhout, M. E., Spruijt, J. W., Massolt, E. T. (2006). Does vaginal reconstructive surgery with or without vaginal hysterectomy or trachelectomy improve sexual well being? A prospective follow-up study. *Int Urogynecol J.*, Feb; 17(2): 131-135.
- Temml, C., Haidinger, G., Schmidbauer, J., Schatzl, G., Madersbacher, S. (2000). Urinary incontinence in both sexes: Prevalence rates and impact on quality of life and sexual life. *Neurourol Urodyn.*, 19(3): 259-271.
- Ter Kuile, M. M., Weijnen, P. T., Spinhoven, P. (2010). Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: The role of anxiety and depression. *J Sex Med.*, May; 7(5): 1901-1910.
- Ushiroyama, T., Ikeda, A., Ueki, M. (1999). Prevalence, incidence, and awareness in the treatment of menopausal urinary incontinence. *Maturitas.*, 33(2): 127-132.
- Valerius, A. J. (1997). The psychosocial impact of urinary incontinence on women aged 25 to 45 years. *Urol Nurs.*, Sep; 17(3): 96-103.
- Van der Vaart, C. H., Lamers, B. H., Heintz, A. P. (2007a). Feasibility and patient satisfaction with pelvic organ prolapse and urinary incontinence day surgery. *Int Urogynecol J.*, May; 18(5): 531-536.
- Van der Vaart, C. H., Roovers, J. P., de Leeuw, J. R., Heintz, A. P. (2007b). Association between urogenital symptoms and depression in community-dwelling women aged 20 to 70 years. *Urology.*, Apr; 69(4): 691-696.
- Verit, F. F., Verit, A., Yeni, E. (2006). The prevalence of sexual dysfunction and associated risk factors in women with chronic pelvic pain: A cross-sectional study. *Arch Gynecol Obstet.*, 274(5): 297-302.
- Vigod, S. N., Stewart, D. E. (2006). Major depression in female urinary incontinence. *Psychosomatics.*, Mar-Apr; 47(2): 147-151.
- Weber, A. M. (2007). Epidemiology and psychosocial impact of pelvic floor disorders. Walters, M. D., Karam, M. M. (Eds.). *Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery*. 3rd ed., Mosby Elsevier, Philadelphia, 44-54.
- Wong, T. ve ark. (2006). Changing prevalence and knowledge of urinary incontinence among Hong Kong Chinese women. *Int Urogynecol J.*, Nov; 17(6): 593-597.
- Yip, S. K., Cardozo, L. (2007). Psychological morbidity and female urinary incontinence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.*, Apr; 21(2): 321-329.
- Yu, H. J., Wong, W. Y., Chen, J., Chie W. C. (2003). Quality of life impact and treatment seeking of Chinese women with urinary incontinence. *Qual Life Res.*, 12(3): 327-333.