

Aşırı Aktif Mesaneli Kadınlarda Depresyon İlişkisi

The Relationship with Depression in Women with Overactive Bladder

Süleyman Sağır¹, Kübra Sezer Katar², Müslüm Ergün², Mustafa Batuhan Kurtoğlu³

¹ İslahiye Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği, Gaziantep, Türkiye

² İslahiye Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Gaziantep, Türkiye

³ İstanbul Atlas Üniversitesi Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

³ Hasan Kalyoncu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Psikoloji A.D. İstanbul, Türkiye

Atf: Sağır S, Katar SK, Ergün M, Kurtoğlu MB. (2023). Aşırı aktif mesaneli kadınlarda depresyon ilişkisi. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1), 68-74.

ÖZET

Amaç: Çalışmamızda, aşırı aktif mesane (AAM) tanılı kadın hastalarda AAM şiddeti ile depresyon arasındaki ilişki araştırılarak literatürdeki boşluğu doldurulması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Çalışmamıza Mart 2022 ile Haziran 2022 tarihleri arasında başvuran aşırı aktif mesane tanılı 112 kadın hasta dahil edilmiştir. Katılımcılar poliklinikte değerlendirildikten sonra tüm katılımcılar sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Aşırı Aktif Mesane Değerlendirme Formu (OAB-V8) ile değerlendirildi.

Bulgular: Depresyon ve AAM şiddet skorlarına bakıldığında grubun depresyon puan ortalaması 13,88±6,4 ve OAB-V8 puan ortalaması 30,23±6,32 saptandı. Katılımcıların diğer medikal geçmişlerine bakıldığında ise %21,5'inin (n=24) geçmişte depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısıyla takip edildiği; hâlihazırda ilaç kullanmadıkları görüldü. %64,3'ü (n=72) menapoz dönemindeydi. Katılımcıların OAB-V8 puanları ile Beck Depresyon Ölçeği şiddet sınıflaması arasındaki ilişkiyi ve bu şiddet sınıflamaları arasında bir fark olup olmadığını incelemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda anlamlı farklılıklar saptanmıştır (F=6,815; p=0,000).

Sonuç: Çalışmamız her ne kadar kesitsel bir dizayna sahip olsa da depresyon düzeyi arttıkça AAM şiddetinin de arttığına dair sonuçlar elde edilmiştir. AAM tanılı hastalarda multidisipliner yaklaşım ve ayrıntılı psikolojik değerlendirme önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Aşırı aktif mesane, depresyon, OAB-V8

ABSTRACT

Objective: Our study aimed to fill the gap in the literature by investigating the relationship between overactive bladder (OAB) and depression in female patients who have difficulties in many areas of life.

Material and Method: 112 female patients diagnosed with overactive bladder admitted between March 2022 and June 2022 were included in our study. After the participants were evaluated in the polyclinic, all participants filled out a Sociodemographic Data Form, Beck Depression Inventory (BDI), and Overactive Bladder Evaluation Form (OAB-V8).

Results: Considering the depression and OAB severity scores, the mean depression score of the group was 13.88±6.4 and the mean OAB-V8 score was 30.23±6.32. Considering the other medical histories of the participants, 21.5% (n=24) were followed up with the diagnoses of depression and anxiety disorder in the past; It was observed that they were not currently using drugs. 64.3% (n=72) were in the menopause period. Significant differences were found as a result of one-way analysis of variance (ANOVA), which was conducted to examine the relationship between the participants' OAB-V8 scores and the severity classification of the Beck Depression Inventory, and whether there is a difference between these severity classifications (F=6.815; p=0.000)

Conclusion: Although our study has a cross-sectional design, results have been obtained that the severity of OAB increases as the level of depression increases. Multidisciplinary approach and detailed psychological evaluation are important in patients with OAB.

Keywords: Overactive bladder, depression, OAB-V8

Corresponding author: Süleyman Sağır. E-mail address: dr.sagiroglu414@gmail.com.

ORCIDS: Süleyman Sağır: [0000-0001-5300-8071](https://orcid.org/0000-0001-5300-8071), Kübra Sezer Katar: [0000-0001-7184-7960](https://orcid.org/0000-0001-7184-7960), Müslüm Ergün: [0000-0002-7297-5785](https://orcid.org/0000-0002-7297-5785), Mustafa Batuhan Kurtoğlu: [0000-0002-6975-2070](https://orcid.org/0000-0002-6975-2070)

Received: 08-09-2022, Accepted: 26.12.2022 and Published 04.30.2023



GİRİŞ

Aşırı aktif mesane (AAM), enfeksiyon veya diğer tanımlanabilir nedenlerin yokluğunda, genellikle sıklık ve nokturi ile birlikte veya acil olmayan inkontinansın eşlik ettiği üriner sıkışma ile karakterizedir (Abrams ve ark., 2002).

AAM'nin gerçek doğası belirsizliğini korumaktadır ancak miyojenik değişiklikler, nörolojik değişiklikler, ürotelyal değişiklikler ve afferent duyarlılığın AAM'nin semptomatolojisine katkıda bulunduğu varsayılmaktadır (Lai ve ark., 2016). Yakın tarihli bir çalışmada, duygusal faktörlerin de AAM ile ilişkili olabileceğini saptanmış ve AAM semptomlarının yaşam kalitesi üzerindeki etkisi ve verdiği rahatsızlık göz önüne alındığında, birçok AAM hastasının psikososyal zorluklar yaşayacağı vurgulanmıştır (Vrijens ve ark., 2015).

AAM ve üriner inkontinansı olan bireylerin yaşadığı psikososyal zorluklar incelenmiş ve depresyonun en sık eşlik eden psikiyatrik problemler arasında yer aldığı çeşitli çalışmalar tarafından gösterilmiştir (Melotti ve ark., 2018; Lee ve ark., 2021). Lagana ve arkadaşları tarafından Üİ hastalarında yapılan bir çalışmada ise ileri yaş kadınlarda depresyon ve üriner inkontinans şiddeti arasında ilişki saptanmamıştır (Laganà ve ark., 2014). Ayrıca geniş bir örnekleme yürütülen uzunlamasına bir çalışmada da depresyon ve anksiyetenin inkontinans sıklığı ile ilişkisi incelenmiş ve inkontinans sıklığının depresyon ile ilişkisi saptanmamıştır (Waetjen ve ark., 2009).

Yapılan literatür araştırmasında görüldüğü üzere depresyon ve üriner inkontinans, AAM ilişkisine dair çelişkili sonuçlar bulunmuştur. Bu çalışmamızda, yaşamın bir çok alanında zorluk yaşayan klinik AAM popülasyonunda depresyon ve AAM arasındaki ilişkiyi özel olarak araştırarak literatürdeki boşluğu doldurmayı amaçlanmıştır.

MATERYAL ve METOD

Örnekleme ve Prosedür

Araştırmaya üroloji polikliniğine Mart 2022 ila Haziran 2022 tarihleri arasında başvuran aşırı aktif mesane tanılı 112 kadın hasta dahil edilmiştir. Örnekleme seçimi seçkisiz olmayan örnekleme yöntemlerinden uygun örnekleme yöntemi ile yapılmıştır. 18 yaş ve üstü; çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar çalışma hakkında bilgilendirme yapılmış, bireylerden aydınlatılmış onam alınmıştır. Bireylere çalışmaya katılımları sebebiyle bir ücret ödenmemiştir.

Katılımcılar poliklinikte değerlendirildikten sonra kendilerine doldurmaları için Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Aşırı Aktif Mesane Değerlendirme Formu (OAB-V8) verilmiştir. Çalışmaya aktif enfeksiyonu ya da mesane semptomlarına sebep olabilecek Uluslararası Kontinans Topluluğu'nun 2002 yılında belirlediği, bilinen bir patolojisi olmayan hastalar dahil edilmiştir (Abrams ve ark., 2002). Ürolojik değerlendirme Amerikan Ürolojik Derneği

algoritmalarına uygun olarak yürütülmüştür (Gormley ve ark., 2012).

Çalışmamıza, en az üç günlük işeme günlüğünde sıkışma, artmış idrar sıklığı ve sıkışma tipi inkontinans atakları olduğu görülen, gebe olmadığı bilinen hastalar dahil edilmiştir. Ayrıca dışlanma tanuları stres tip üriner inkontinans, nörojenik mesane; fizik muayenede pelvik organ prolapsusu evre 3 ve üstü [Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q)≥3], interstisyel sistit (mesane ağrı sendromu) olarak belirlenmiş olup; mesane çıkım obstruksiyonu semptomları olan, pelvik radyotepi öyküsü olan, üroflowmetride $Q_{max} < 15$ ml/sn saptanmış, geçirilmiş pelvik ve inkontinans cerrahisi öyküsü olan hastalar da çalışma dışı bırakılmıştır. Üriner sistem enfeksiyonu bulunan hastalar ise tedavi edildikten ve kültürlerinde üreme olmadığı tespit edildikten sonra çalışmaya katıldı.

Sosyodemografik Veri Formu (SDVF): SDVF'de çalışmaya katılan kişilerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu gibi kişisel bilgileri ve geçmiş psikiyatrik öyküleri, ek hastalıkları, epizyotomi, 4 kg üstü bebek doğumu, menapoza girip girmedikleri gibi bilgileri değerlendirilmektedir.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek 21 maddeden oluşur (Beck ve ark., 1961). 4'lü likert tipinde olan bu ölçeğin 6 alt ölçeği bulunmaktadır. Hisli tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılan bu ölçek depresyon düzeyini belirlemeyi amaçlar (Hisli, 1989).

Aşırı Aktif Mesane Değerlendirme Formu (OAB-V8): AAM değerlendirilmesi için AAM'nin ilk formu 2002 yılında Coyne ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş sonrasında kısa formu olan OAB-V8'e revize edilmiştir (Acquadro ve ark., 2006; Coyne ve ark., 2002). AAM'li hastalarda Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş olan ve kullanılması önerilen tarama ve farkındalık testidir (Tarcan ve ark., 2012). Kısa, kolay anlaşılabilen ve uygulanabilir bir sorgulama formudur. Semptom şiddetini: hiç (0), çok az (1), biraz (2), epeyce (3), çok (4), ve çok fazla (5) şeklinde derecelendiren 8 sorudan oluşmaktadır. Toplam skor en düşük 0 en fazla 40 puan arasında değişmektedir ve Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında kesme puanı 11 olarak belirlenmiştir (Tarcan ve ark., 2012).

İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS (Statistical Package For The Social Sciences) 22.0 programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık çarpıklık değerleri ve Shapiro-Wilk Testi ile değerlendirilmiştir; ayrıca kategorik (nitel) değişkenler için frekans (n) ve yüzde (%), standart sapma (ss) istatistikleri verilmiştir. Çalışmada veriler, T testi, Pearson korelasyon ve ANOVA ile analize tabi tutulmuş; $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Katılımcıların Demografik ve Klinik özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Katılımcıların ortalama yaş değeri 54,8±14,02 olarak saptanmıştır. Katılımcıların %94,6'si (n=106) evli, %87,5'i (n=98) ev hanımı idi. Katılımcıların %29,5'si (n=36) diabetes mellitus, %25'ü (n=28) hipertansiyon tanısına sahipti.

Depresyon ve AAM şiddet skorlarına bakıldığında grubun depresyon puan ortalaması 13,88±6,4 ve OAB-V8 puan ortalaması 30,23±6,32 saptandı.

Katılımcıların sosyodemografik ve klinik verilerine dair bilgiler Tablo 1'de sunulmuştur. Katılımcıların diğer medikal geçmişlerine bakıldığında ise %21,5'inin (n=24) geçmişte depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısıyla takip edildiği; hâlihazırda ilaç kullanmadıkları görüldü. %64,3'ü (n=72) menapoz dönemindeydi. %25,9'unun (n=29) 4 kg ve üstünde bebek doğurma öyküsü, %35,7'sinin (n=40) ise epizyotomi öyküsü mevcuttu. Hastane ve evde doğum oranlarına bakıldığında katılımcıların %29,5'i (n=33) ev, %25,5'i (n=29) hastane, %44,6'sının (n=50) ise hem ev hem hastanede doğum öyküsü mevcuttu. Ayrıca katılımcıların gebelik ve doğum sayılarına dair bilgileri de içeren bilgiler Tablo 2'de sunulmuştur. (Tablo 1ve Tablo 2).

Tablo 1. Katılımcıların demografik bilgileri ve klinik veriler

Demografik bilgiler (N=112)	
Yaş (ort±SD)	54,8±14,02
Medeni durum (%)	
Evli (n=106)	%94,6
Bekâr (n=4)	%3,6
Dul (n=2)	%1,8
Çalışma durumu (%)	
Memur (n=14)	%12,5
Ev hanımı (n=98)	%87,5
Fiziksel hastalık (%)	
Diabetes mellitus (n=33)	%29,5
Hipertansiyon (n=28)	%25
Kronik arter hastalığı (n=4)	%3,6
Yok (n=47)	%42
Sigara kullanımı (%)	
Var (n=14)	%12,5
Yok (n=98)	%87,5
Beck Depresyon Ölçeği (ort±SD)	13,88±6,4
OAB-V8 (ort±SD)	30,23±6,32

BDÖ=Beck Depresyon Ölçeği; OAB-V8=Aşırı Aktif Mesane Değerlendirme Formu-V8, p<0,05

Tablo 2. Diğer klinik veriler

(N=112)	
Ruhsal hastalık geçmişi (%)	
Var (n=24)	%21,5
Yok (n=88)	%78,6
Urge inkontinans	
Var (n=59)	%52,7
Yok (n=53)	%47,3
Epizyotomi (%)	
Var (n=40)	%35,7
Yok (n=72)	%64,3
4 kg üstü doğum (%)	
Var (n=29)	%25,9
Yok (n=83)	%74,1
Doğum yeri (%)	
Ev (n=33)	%29,5
Hastane (n=29)	%25,5
Ev+hastane (n=50)	%44,6
Menapoz (%)	
Var (n=72)	%64,3
Yok (n=40)	%35,7
Gebelik sayısı (%)	
0 (n=16)	%14,3
1-3 (n=37)	%33
4-6 (n=39)	%34,8
>7 (n=20)	%17,9
Doğum sayısı (%)	
0 (n=16)	%14,3
1-3 (n=42)	%37,5
4-6 (n=38)	%33,9
>7 (n=16)	%14,3

Katılımcıların Klinik Verilerine Dair Bulgular

Katılımcıların depresif belirtileri ile AAM belirti şiddeti arasında ilişki olup olmadığının belirlenebilmesi amacıyla Pearson korelasyon testi uygulanmış; pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (r=0,391, p=0,000) (Tablo 3). Katılımcıların depresyon ve aşırı aktif mesane şiddet skor ortalamalarının urge inkontinans varlığına göre bağımsız örneklem t testi ile karşılaştırıldığı analizin sonuçları Tablo 4'de özetlenmiştir. Bu sonuçlara göre inkontinans değişkenine göre depresyon ve aşırı aktif mesane şiddet skorlarının anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05). (Tablo 3 ve Tablo 4)

Tablo 3. BDÖ ve OAB-V8 arasındaki korelasyon tablosu

	BDÖ	OAB-V8
BDÖ	r 1	0,391**
	p	0,000
OAB-V8	r 0,391**	1
	p	0,000

BDÖ=Beck Depresyon Ölçeği; OAB-V8=Aşırı Aktif Mesane Değerlendirme Formu-V8, p<0,05

Tablo 5'de görülebileceği üzere katılımcıların OAB-V8 puanlarının Beck Depresyon Ölçeği puan aralıklarına göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda anlamlı farklılıklar saptanmıştır (F=6,815; p=0,000). Ardından hangi depresyon şiddet grupları arasında anlamlı farklılık olduğunu belirleyebilmek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizler yapılmıştır (Tablo 6). Yapılan

post-hoc analizleri sonucunda Beck Depresyon Ölçeği' den 30-63 puan arasında alan grupta diğer 3 ölçek şiddet grubuna göre (0-9, 10-16 ve 17-29) 30-63 puan grubu lehine anlamlı farklılık saptanmıştır

($p < 0,05$). Bu sonuçlar depresyon ölçeğinden 30-63 arası puan alan bireylerde AAM semptom şiddet skorunun diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek olduğunu göstermektedir.(Tablo 5 ve Tablo 6).

Tablo 4. BDÖ ve OAB-V8 ortalamalarının inkontinans değişkenine ilişkin bağımsız örneklem t testi tablosu

	İnkontinans	N	\bar{x}	ss	df	t	p
BDÖ	Var	53	14,5	8,06	110	1,041	0,300
	Yok	59	13,3	4,38	78,260		
OAB-V8	Var	53	30,5	6,00	110	,439	0,662
	Yok	59	30,0	6,63	109,990		

BDÖ=Beck Depresyon Ölçeği; OAB-V8=Aşırı Aktif Mesane Değerlendirme Formu-V8, $p < 0,05$

Tablo 5. OAB-V8 puanlarının BDÖ puan aralıklarına göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları

Puan	BDÖ puan aralıkları	N	f, x, ss değerleri ve ANOVA Sonuçları							
			\bar{x}	ss	Var.K.	KT	Sd	KO	F	p
OAB-V8	0-9	22	27,91	5,66						
	11-16	68	30,34	5,10	G.arası	705,488	3	235,163		
	17-29	16	29,31	9,34	G.içi	3726,476	108	34,504	6,815	0,000
	30-63	6	40	0,00	Toplam	4431,964	111			
	Toplam	112	30,23	0,0						

OAB-V8=Aşırı Aktif Mesane Değerlendirme Formu-V8, $p < 0,05$

Tablo 6. OAB-V8 Puanlarının BDÖ puan aralıklarına göre hangi alt gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonrası Post-Hoc Scheffe testi sonuçları

BDÖ aralıklar (i)	BDÖ aralıklar (j)			
0-9	10-16	-2,429	1,441	,420
	17-29	-1,403	1,930	,912
	30-63	-12,091*	2,705	,000
10-16	0-9	2,429	1,441	,420
	17-29	1,026	1,632	,941
	30-63	-9,662*	2,502	,003
17-29	0-9	1,403	1,930	,912
	10-16	-1,026	1,632	,941
	30-63	-10,688*	2,182	,003
30-63	0-9	12,091*	2,705	,000
	10-16	9,662*	2,502	,003
	17-29	10,688	2,812	,003

BDÖ=Beck Depresyon Ölçeği, $p < 0,05$

TARTIŞMA

AAM semptomlarının yaşam kalitesi üzerindeki etkisi ve depresif belirtiler ile ilişkisi göz önüne alındığında, birçok AAM hastasının psikososyal zorluklar yaşayacağı tahmin edilmektedir. Ancak AAM ve depresyon arasında ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmada özellikle AAM hastalarını ele alarak literatüre katkı sağlanması hedeflenmiştir.

Ürologlar veya ürojinekologlar genellikle klinik depresyonu teşhis etmek ve tedavi etmek için eğitim almamıştır. Bu nedenle çoğu ürolog ve ürojinekolog AAM hastalarında depresyon belirtilerini göz ardı etmektedir. Ayrıca çoğu çalışma üriner inkontinans (Üİ) genel olarak incelemiş, ancak özel olarak AAM' ye odaklanmamıştır. Üİ, birçok spesifik nokta ve

patolojik durum açısından yaşam kalitesi üzerinde birçok etkisi olan ciddi ve yaygın bir sağlık sorunudur.

Chiara ve arkadaşları inkontinans hastaları ile yaptıkları bir çalışmada stres inkontinansı, sıkışma inkontinansı ve mikst inkontinansı olan kadın hastalar arasındaki depresyon şiddetini karşılaştırmış ve üç grup arasında depresyon şiddeti herhangi bir farklılık göstermemiştir (Chiara ve ark., 1998). Buna karşılık, Stach-Lempinen ve arkadaşları, sıkışma inkontinansı olan kadın hastalarda, stres inkontinansı olanlara göre depresyon olasılığının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir (OR 3,7, %95 CI 1,30-10,49, $p = 0,026$) (Stach-Lempinen ve ark., 2003). Melville ve arkadaşları ise sıkışma tipi inkontinansı veya mikst

tipi inkontinansı olan kadın hastalarda stres inkontinansı olan hastalara kıyasla depresyon olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir (OR 9.2-11.5) (Melville ve ark., 2002).

Çalışmamızda AAM tanısına sahip 112 kadın hasta incelenmiş; OAB-v8 30,23±6,32 ve BDÖ 13,88±6,4 olarak saptanmıştır. Bu 112 hastanın %52,7' sinde (n=59) sıkışma tipi inkontinansı mevcuttu. Hastaların %64,3'inde (n=72) menopoz mevcuttu. Bu sonuçlara göre inkontinans değişkenine göre depresyon ve aşırı aktif mesane şiddet skorlarının anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Bununla beraber katılımcıların depresif belirtileri ile AAM belirti şiddeti arasında ilişki olup olmadığının belirlenebilmesi amacıyla yapılan analizlerde ise pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Ayrıca yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve post-hoc analizleri sonucunda Beck Depresyon Ölçeği'nden 30-63 puan arasında alan grupta diğer 3 ölçek şiddet grubuna göre (0-9, 10-16 ve 17-29) 30-63 puan grubu lehine anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu sonuçlar depresyon ölçeğinden 30-63 arası puan alan bireylerde AAM semptom şiddet skorunun diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek olduğunu göstermektedir.

Lai ve arkadaşlarının AAM semptomları olan hastalar ile kontrol grubunu karşılaştırdığı bir çalışmada hasta grubu depresyonu olan ve olmayan olmak üzere ikiye ayrılmış ve üriner semptomlar karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, AAM hastalarının kontrol grubuna göre daha yüksek depresyon puanlarına sahip olduğunu ayrıca depresyonu olan AAM hastalarının olmayan gruba göre daha şiddetli inkontinans yaşadığı ve yaşam kalitesinde daha fazla bozulma olduğunu göstermiştir (Lai ve ark., 2016). Sıkışma tipi inkontinans özellikle ileri yaş popülasyonda incelenmiş ve bazalde depresif belirtilerin varlığının uzunlamasına takipte yeni başlayan inkontinansı predikte ettiği saptanmıştır (Nuotio ve ark., 2009). Çalışmamız dizaynı nedeniyle her ne kadar nedensellik üzerine bir yorum yapmamızı güçleştirse de sonuçlarımız literatürde saptanan bulguları destekler niteliktedir.

AAM tedavisinin hedefleri yalnızca semptomları iyileştirmek değil, aynı zamanda yaşam kalitesini ve işlevi iyileştirmek olduğundan, depresyonu ve etkisini tanımamak, hastanın genel iyileşme izleniminde optimal olmayan iyileşmeye katkıda bulunabilir. Depresyon ayrıca farmakolojik tedavilere uyumu da etkileyebilir (Lai ve ark., 2016).

DSM-5'te (2013) yer alan ve önceki sürümlerde somatizasyon bozukluğu olarak adlandırılan bedensel belirti bozukluğu tanımına göre kişiler günlük faaliyetlerini önemli derecede olumsuz etkileyen bir ya da birden fazla bedensel belirti yaşamakta ve bu belirtilerle orantısız olarak süreklilik gösteren duygu, düşünce ve davranışlar göstermektedir (APA, 2013). Bedensel olarak kendini ifade ederken psikolojik olarak stres yaşama ve sürekli bir tıbbi yardım arama eğilimi olarak da tanımlanabilen bu durum üriner semptomlarla da ilişkili olabilir (Lai ve ark., 2012).

Somatiform bozukluğu olan hastalar hemen hemen her tür nörolojik semptomla başvurabilir. Örneğin; motor, somatosensoryel, özel duyuşsal (görsel, işitsel), bilişsel (amnezi, afazi, demans, uzamsal ihmal), bilinç veya otonomik (mesane, bağırsak, cinsel vb.) işlev bozuklukları. Bunlar arasında, mesanenin somatiform bozukluğunun kendine özgü psikodinamiği olabilir. Depresyon kaynaklı mesane disfonksiyonunun en çarpıcı özelliği AAM semptomlarıdır. Bu hastalarda ürodinamik olarak, artmış mesane hissi ve daha az rezidü idrar miktar gösterilmiştir (Sakakibara ve ark., 2007). Artan mesane hissi, büyük olasılıkla, özellikle his ile ilişkili beyin bölgelerinde (amigdala, hipokampus, hipotalamus ve medial prefrontal korteksler) biyolojik değişikliklerin meydana geldiği depresyonu yansıtır (Sakakibara ve ark., 2013). Ayrıca, beyin kortikotropin salma faktörü (CRF) anksiyöjenik etkilere sahiptir ve mesane hissini artırır (Klausner ve ark., 2005). Bu durum, artan mesane hissini, beyindeki hem duygu hem de işeme devrelerindeki biyolojik değişikliklerin bir yansıması olabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle mesane disfonksiyonu olan depresif hastalarda da bu alanlarda fonksiyonel değişiklikler meydana gelebilir.

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) ve serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNGİ) gibi serotonerjik ilaçlar panik bozukluğu ve depresyonu tedavi etmek için yaygın olarak kullanılmaktadır ve bazı hastalarda AAM'yi tedavi ettiği gösterilmiştir (Sakakibara ve ark., 2008a). Bu ilaçların mesanedeki hem efferent hem de afferent lifler üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Merkezi sinir sistemindeki serotonin düzeylerinin azalması, artan idrar sıklığı ve mesane kasılmaları ile ilişkilendirilirken, merkezi serotonerjik sistemin bir 5-HT alım inhibitörü ile aktivasyonu, hayvan çalışmalarında mesane kasılmalarını baskılar ve işeme hacmini artırarak idrar depolamayı kolaylaştırır. Serotonin, mesaneyi inhibe ederken, muhtemelen inhibitör internöronlar yoluyla üretrayı innerve eden sakral ön boynuz hücrelerini kolaylaştırarak üretral kontraksiyona yol açar (de Groat, 2002; Thor ve Donatucci, 2004).

Ito ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, trisiklik antidepressanlar, tetrasiklik antidepressanlar, SSGİ, SNGİ kullanan grup ile ilaçsız grup karşılaştırıldığında, antidepressan tedavisi acil idrara çıkma veya gecikmeli başlama sıklığını önemli ölçüde etkilememiştir (Ito ve ark., 2012). Sakakibara ve arkadaşları ise SNGİ tedavisinin SSGİ'lerine göre AAM tedavisinde daha etkili olduğunu göstermiştir (Sakakibara ve ark., 2008a).

AAM ve depresif belirtilerin birlikte görüldüğü durumlarda antidepressanlarla birlikte, oksibutinin, propiverin, tolterodin, solifenasin ve darifenasin gibi antikolinerjik ilaçlar da kullanılabilir. Ancak bu hastalarda antikolinerjiklerin kullanımına ilişkin sistematik veri yoktur (Sakakibara ve ark., 2013). Ayrıca antikolinerjik ilaçların özellikle yaşlı hastalarda kullanımı, kan beyin bariyerinden geçiş

sonrası olası yan etkiler nedeniyle her zaman önerilmemektedir (Sakakibara ve ark., 2008b; Scheife ve Takeda, 2005).

Sonuç olarak çalışmamız AAM ile ilişkili semptomların ve ortaya çıkan işlev kaybının depresyonla ilişkisine dair katkılar sağlasa da AAM ve depresyonun bazı hastalarda ortak bir patofizyolojik yolu paylaşma olasılığı daha fazla araştırmayı hak etmektedir. Depresyon ve AAM arasındaki mekanik bağlantıları daha fazla incelemek için gelecekteki çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca AAM semptomları olan hastaların daha kapsamlı değerlendirilmesi ve depresif belirtilerin tedavisi açısından psikiyatrik görüş alınması ve multidisipliner yaklaşım önem kazanmaktadır. Ayrıca önerilen egzersizler ve kullanılan antikolinergik tedavilere yanıtız hastalarda da depresyon belirtileri de mevcutsa, hastaya uygun antidepresan reçete etmek iyi bir seçim olabilir.

Mevcut çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak çalışmamız küçük örneklem büyüklüğüne sahip ve tek bir merkezde yürütülmüştür ve bu nedenle daha ayrıntılı analizler için yeterli güce sahip olmayabilir. İkinci olarak çalışmamız kesitsel bir dizayna sahiptir ve AAM ve depresyon ilişkisinde nedensellik ile ilgili bilgi vermemektedir. Depresyon ve AAM arasındaki ilişkilerin nedensellik çerçevesinde daha iyi anlaşılabilmesi için ileride çok merkezli ve büyük örneklemlerli çalışmalara ihtiyaç duyulsa da çalışmamızın AAM literatürüne katkı sağladığı düşünülmektedir.

Etik Onay: Çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere çalışma hakkında bilgilendirme yapılmış, bireylerden aydınlatılmış onam alınmıştır. Çalışmamız Helsinki Deklerasyonu'na uygun olarak yürütülmüştür ve gerekli izin Hasan Kalyoncu Üniversitesi etik kurulundan 06.07.2022 tarihinde E-97105791-050.01.01-18508 sayı no ile alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek: Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U. et al. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 187(1), 116-126.

Acquadro C, Kopp Z, Coyne KS, Corcos J, Tubaro A, Choo MS. (2006). Translating overactive bladder questionnaires in 14 languages. *Urology*, 67(3), 536-540.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.

Chiara G, Piccioni V, Perino M, Ohlmeier U, Fassino S, Leombruni P. (1998). Psychological investigation in female patients suffering from urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 9(2), 73-77.

Coyne K, Revicki D, Hunt T, Corey R, Stewart W, Bentkover J. et al. (2002). Psychometric validation of an overactive bladder symptom and health-related quality of life questionnaire: the OAB-q. *Quality of Life Research*, 11(6), 563-574.

de Groat WC. (2002). Influence of central serotonergic mechanisms on lower urinary tract function. *Urology*, 59(5), 30-36.

DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: (2013). Arlington VA: American Psychiatric Association.

Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, Chai TC, Clemens JQ, Culkin DJ. et al. (2012). Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline. *The Journal of Urology*, 188(6S), 2455-2463.

Hisli N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. (A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *Journal Psychology*, 7, 3-13.

Ito T, Sakakibara R, Shimizu E, Kishi M, Tsuyuzaki Y, Tateno F. et al. (2012). Is major depression a risk for bladder, bowel, and sexual dysfunction? *Lower Urinary Tract Symptoms*, 4(2), 87-95.

Klausner AP, Streng T, Na YG, Raju J, Batts TW, Tuttle JB. et al. (2005). The role of corticotropin releasing factor and its antagonist, astressin, on micturition in the rat. *Autonomic Neuroscience*, 123(1-2), 26-35.

Laganà L, Bloom DW, Ainsworth A. (2014). Urinary incontinence: its assessment and relationship to depression among community-dwelling multiethnic older women. *The Scientific World Journal*, 2014.

Lai HH, North CS, Andriole GL, Sayuk GS, Hong BA. (2012). Polysymptomatic, polysyndromic presentation of patients with urological chronic pelvic pain syndrome. *The Journal of Urology*, 187(6), 2106-2112.

Lai HH, Rawal A, Shen B, Vetter J. (2016). The relationship between anxiety and overactive bladder or urinary incontinence symptoms in the clinical population. *Urology*, 98, 50-57.

Lee Hy, Rhee Y, Choi KS. (2021). Urinary incontinence and the association with depression, stress, and self-esteem in older Korean Women. *Scientific Reports*, 11(1), 1-7.

- Melotti IGR, Juliato CRT, Tanaka M, Riccetto CLZ. (2018). Severe depression and anxiety in women with overactive bladder. *Neurourology and Urodynamics*, 37(1), 223-228.
- Melville JL, Walker E, Katon W, Lentz G, Miller J, Fenner D. (2002). Prevalence of comorbid psychiatric illness and its impact on symptom perception, quality of life, and functional status in women with urinary incontinence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(1), 80-87.
- Nuotio M, Luukkaala T, Tammela TL, Jylhä M. (2009). Six-year follow-up and predictors of urgency-associated urinary incontinence and bowel symptoms among the oldest old: a population-based study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(2), e85-e90.
- Sakakibara R, Ito T, Uchiyama T, Awa Y, Yamaguchi C, Hattori T. (2008a). Effects of milnacipran and paroxetine on overactive bladder due to neurologic diseases: A urodynamic assessment. *Urologia Internationalis*, 81(3), 335-339.
- Sakakibara R, Ito T, Yamamoto T, Uchiyama T, Yamanishi T, Kishi M. et al. (2013). Depression, anxiety and the bladder. *Lower Urinary Tract Symptoms*, 5(3), 109-120.
- Sakakibara R, Uchiyama T, Awa Y, Liu Z, Yamamoto T, Ito T. et al. (2007). Psychogenic urinary dysfunction: a uro-neurological assessment. *Neurourology and Urodynamics*, 26(4), 518-524.
- Sakakibara R, Uchiyama T, Yamanishi T, Kishi M. (2008b). Dementia and lower urinary dysfunction: with a reference to anticholinergic use in elderly population. *International Journal of Urology*, 15(9), 778-788.
- Scheife R, Takeda M. (2005). Central nervous system safety of anticholinergic drugs for the treatment of overactive bladder in the elderly. *Clinical Therapeutics*, 27(2), 144-153.
- Stach Lempinen B, Hakala AL, Laippala P, Lehtinen K, Metsänoja R, Kujansuu E. (2003). Severe depression determines quality of life in urinary incontinent women. *Neurourology and Urodynamics*, 22(6), 563-568.
- Tarcan T, Mangır N, Özgür MÖ, Akbal C. (2012). OAB-V8 Aşırı aktif mesane sorgulama formu validasyon çalışması. *Üroloji Bülteni*, 21(21), 113-116.
- Thor KB, Donatucci C. (2004). Central nervous system control of the lower urinary tract: new pharmacological approaches to stress urinary incontinence in women. *The Journal of Urology*, 172(1), 27-33.
- Vrijens D, Drossaerts J, van Koeveringe G, Van Kerrebroeck P, van Os J, Leue C. (2015). Affective symptoms and the overactive bladder—a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(2), 95-108.
- Waetjen LE, Ye J, Feng WY, Johnson WO, Greendale GA, Sampselle CM. et al. (2009). Association between menopausal transition stages and developing urinary incontinence. *Obstetrics and Gynecology*, 114(5), 989.