



T.C
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**NORMAL VAJİNAL DOĞUM YAPMIŞ GENÇ KADINLARDA OBESİTE VE
DOĞUM SAYISI İLE ÜRİNER İNKONTİNANS ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

MERYEM KARASAÇ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI
YÜKSEKLİSANS TEZİ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. MEHMET YILMAZER

TEZ NO: 2011-008

AFYON-2011

T.C
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

NORMAL VAJİNAL DOĞUM YAPMIŞ GENÇ KADINLARDA OBESİTE VE
DOĞUM SAYISI İLE ÜRİNER İNKONTİNANS ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI

MERYEM KARASAÇ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI
YÜKSEKLİSANS TEZİ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. MEHMET YILMAZER

TEZ NO: 2011-008

AFYON-2011

KABUL ve ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

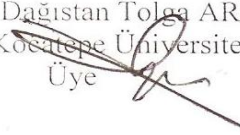
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı

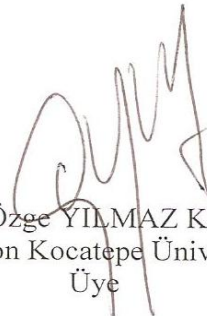
çerçevesinde yürütülmüş bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından

Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 03/02/2011


Doç. Dr. Mehmet YILMAZER
Afyon Kocatepe Üniversitesi
Üye


Doç. Dr. Dağıstan Tolga ARIÖZ
Afyon Kocatepe Üniversitesi
Üye


Yrd. Doç. Dr. Özge YILMAZ KÜSBECİ
Afyon Kocatepe Üniversitesi
Üye

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Meryem KARASAÇ'ın "Normal Vajinal Doğum Yapmış Genç Kadınlarda Obesite ve Doğum Sayısı İle Üriner İnkontinans Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması" başlıklı tezi 11.02.11...günü, saat 14.00.'da Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.


Doç. Dr. Esma KOZAN
Enstitü Müdürü

Önsöz

Araştırma süresince bilgi ve önerilerinden yararlandığım, desteğini, sabrını ve bilgisini esirgemeyen tez danışmanım Sayın **Doç. Dr. Mehmet YILMAZER**'e, uzman hemşire **Ceylanım Ceylan**'a, anket çalışmalarında bana yardımcı olan hemşire **Gül Aygün**'e, serviste çalışan hemşire ve doktor arkadaşlarıma, ve son olarak sürekli yanımda olup bana destek veren aileme ve yakın arkadaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim.

MERYEM KARASAÇ, 2011

SİMGELER VE KISALTMALAR

ICS	: Uluslararası Kontinans Derneği
UKD	: Uluslararası Kontinans Derneği
SUI	: Stres Üriner İnkontinans
DI	: Detüsör İnstabilite
Üİ	: Üriner İnkontinans
ÜKB	: Üretral Kapanma Basıncı
MİB	: Mesane İçi Basınç
ÜİB	: Üretra İçi Basınç
UPP	: Üretral Basınç Profili
PTK	: Pelvik Taban Kas
GABA	: Gamma-aminobutirik asit
BMI	: Vücut Kitle İndeksi
n	: Denek Sayısı
X	: Aritmetik Ortalama
%	: Yüzde
p	: Önemlilik Düzeyi
X²	: Ki-Kare

İÇİNDEKİLER

Sayfa

Önsöz.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
ŞEKİLLER	ix
TABLolar	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Üreter, Mesane ve Üretra Embriyolojisi	4
2.2. Alt Üriner Sistem Anatomisi.....	5
2.2.1. Pelvik Taban	5
2.2.1.1. Endopelvik Faysa	6
2.2.1.2. Pelvik Kaslar	6
2.2.1.3. Ürogenital Diafram	8
2.2.1.4. Çıkıştaki Yüzeyel Kaslar	8
2.2.2. Mesane	8
2.2.3. Trigon.....	9
2.2.4. Üretra.....	10
2.3. Alt Üriner Sistem Nörofizyolojisi	11
2.3.1. Otonom Sinir Sistemi.....	11
2.3.1.1. Alt Üriner Bölgenin Kontrolü	11
2.3.1.2. Duyu İnnervasyonu	12
2.3.1.3. Santral Sinir Sistemi Modülasyonu.....	12
2.4. Pelvik Taban Bozukluklarının Fizyopatolojisi.....	14
2.5. Kontinans Mekanizması.....	14
2.5.1. Depolama Fazı	15
2.5.2. İşeme Fazı	16
2.6. Üriner İnkontinans Prevelansı.....	16
2.7. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri	17
2.7.1. Yaş ve Cinsiyet	17
2.7.2. Seks Hormonları.....	18
2.7.3. Doğum.....	18
2.7.4. Sigara ve Kronik Konstipasyon	19
2.7.5. Obezite	20
2.7.6. Histerektomi.....	21
2.7.7. İrk	21
2.7.8. Prolapsus ve Anterior Onarım.....	21
2.7.9. Üriner Sistem Enfeksiyonu	22
2.7.10. İlaçlar	22
2.7.11. Diğer Risk Faktörleri.....	22
2.8. Üriner İnkontinans Tanımı	23
2.9. Üriner İnkontinans Tipleri.....	23
2.9.1. Detrusor İnstabilitesi	23

2.9.2. Stres Üriner İnkontinans	24
2.9.3. Miks Tip İnkontinans	25
2.9.4. Overflow İnkontinans	25
2.9.5. Fonksiyonel Tip İnkontinans	26
2.10. Üriner İnkontinansın Tedavisi	26
2.10.1. Davranışsal Tedavi Yöntemleri	26
2.10.2. Üriner İnkontinans'ta Farmakolojik Tedavi	28
2.10.3. Üriner İnkontinans Tedavisinde Cerrahi Yöntemler	29
2.11. Üriner İnkontinans Değerlendirmesi, İzlemi ve Korunmasında Hemşirenin Rolü	30
2.11.1. Üİ Tanılama ve Değerlendirmesinde Hemşirenin Görevleri	31
2.11.2. Üİ Cerrahisinde Hemşirenin Görevleri	31
2.11.3. Üİ'tan Korunmada Hemşirenin Görevleri	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1. Araştırmanın Tipi	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	34
3.3. Araştırmanın Evreni	34
3.4. Araştırmanın Örneklemi	34
3.5. Verilerin Toplanması	35
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	35
4. BULGULAR	36
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	52
7. ÖZET SAYFALARI	52
ÖZET	52
SUMMARY	55
8. KAYNAKÇA	56
9. EKLER	63
Ek 1: Anket	63
Ek 2: Özgeçmiş	65

ŞEKİLLER

	Sayfa
Şekil 1. Pelvik tabanı oluşturan yapılar pelvik taban myofasyal ve visseral kısımlardan oluşmuştur	5
Şekil 2. Pelvik tabanı oluşturan kaslar	7
Şekil 3. Mesane yapısı	9
Şekil 4. Üretranın uzunluğunun oranla şematik gösterimi	10
Şekil 5. Mesane fonksiyonunda etkin olan nörolojik yollar	13
Şekil 6. Stres Üriner İnkontinans	25
Şekil 7. Overflow inkontinans	26

TABLÖLER

Sayfa

Tablo-1. İzmir Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve Servisine ve Üroloji Polikliniğine başvuran hastaların sosyo-demografik özellikleri.....	36
Tablo-2. İzmir Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve Servisine ve Üroloji Polikliniğine başvuran hastaların gebelikteki durumları.....	37
Tablo-3. İzmir Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve Servisine ve Üroloji Polikliniğine başvuran hastaların idrar kaçırma şikâyeti durumları.....	38
Tablo-4. İzmir Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve Servisine ve Üroloji Polikliniğine başvuran hastaların idrar kaçırma ile ilgili tedavi durumları (n=250).....	39
Tablo-5. Üriner inkontinans şikâyetlerinin sosyal yaşam üzerindeki etki durumlarının dağılımları.....	40
Tablo-6. BMI, eğitim, meslek, doğum sayısı, son doğum, gebelikte kilo alımı ve günlük ortalama idrar özelliklerine göre idrar kaçırma şikâyetinin karşılaştırılması durumu.....	42
Tablo-7. BMI, eğitim, meslek, doğum sayısı, son doğum, gebelikte kilo alımı ve günlük ortalama idrar özelliklerine göre gece iki ve ikiden fazla idrara çıkma şikâyetlerinin karşılaştırılması durumu.....	44
Tablo-8. BMI, eğitim, meslek, doğum sayısı, son doğum, gebelikte kilo alımı ve günlük ortalama idrar özelliklerine göre tualete girdikten hemen sonra idrar kaçırma şikâyetlerinin karşılaştırılması durumu.....	46

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Pelvik taban; miksiyon, defekasyon, koitus ve doğum gibi önemli yaşamsal fonksiyonlarda önemli görevler üstlenir. Bu fonksiyonlar kemik dokusu, bağ dokusu ve kas dokusundan oluşan normal anatomik yapıların varlığı ve bunların innervasyonunu sağlayan santral ve periferik sinir sistemin sağlıklı çalışması ile mümkündür. Alt üriner sistem fonksiyonu primer olarak refleks aktivite ile gerçekleşir. Tüm Çocuklarda doğuştan üriner inkontinans vardır. Ancak zamanla santral sinir sistemi ve tuvalet eğitiminin gelişimi ile refleksleri istemli olarak aktive ya da inhibe etme yeteneği kazanılır. Reflekslerden hangisinin ne zaman çalışacağını kortikal kontrol ile düzenlenmesi üriner kontinansın gelişmesini sağlar (Öztaç, 1996).

Değişik yapılarda ve farklı derecelerde hasarın oluşmasıyla pelvik taban yetmezliği ortaya çıkar. Bu tablonun en önemli klinik patolojilerinden birisi yaşamı olumsuz yönde etkileyen, genellikle utanılacak bir sorun olarak görülen ve çoğu zaman saklanan üriner inkontinanstır. Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından sosyal ve hijyenik bir problem haline gelen idrarın uygun olmayan yer ve zamanda istem dışı kaçırılması olarak tanımlanan inkontinans, gerek üroloji ve jinekoloji polikliniklerine gerekse fizyoterapi bölümlerine başvuran hasta popülasyonunun önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (Öztaç, 2000a; Öztaç, 2000b).

Ülkemizde prevelans çalışmalarının sınırlı sayıda olması, inkontinans tanımı, üzerinde çalışılan popülasyonun farklı olması ve değerlendirme yöntemlerinin çeşitliliği nedeniyle Türk toplumunda ne kadar yaygın olduğu kesin olarak hala bilinmemektedir. Üriner inkontinans gelişiminde yaş, parite, şişmanlık, normal doğum, sigara kullanımı, kronik öksürük, kabızlık, prolapsus ve menapoz gibi pek çok risk faktörü rol oynamaktadır. Kadınlarda üriner inkontinansın en yaygın görülen

tipi öksürme, hapşurma ve ağır kaldırma gibi aktiviteler esnasında istemsiz idrar kaçırmaya olarak tanımlanan stres üriner inkontinanstır. Bunu pollaküri, urgency ve nokturi gibi semptomlarla birlikte görülen ve detrusor kasının istemsiz kontraksiyonları ile karakterize olan detrusör instabilite (Overaktif mesane) takip eder (Arısan, 1991; Pernol, 1994; Gomel ve ark., 1995; Demir, 1999).

Kadınların bu konuyu mahrem kabul ederek sağlık kuruluşuna başvurmaması üriner inkontinansın belirlenmesine yönelik olarak yapılacak tarama programlarının önemini daha da artırmaktadır. Hemşireler cinsiyet avantajları nedeni ile kadınlara daha yakın olmaları ve toplum içinde her düzey sağlık kuruluşunda görev yapmalarından dolayı kadınların sağlık problemlerini daha fazla paylaşabilmektedirler. Bu yüzden toplumda üriner inkontinansın tanınması, değerlendirilmesi ve izlenmesinde hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (Koçyiğit ve ark., 1999).

Üriner inkontinans sağlığın sadece fiziksel boyutunu değil, sosyal ve emosyonel boyutlarını da olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle tedavide multidisipliner ekip yaklaşımında bulunulması ve hizmetlerin bütüncül bakım anlayışı ile sunulması önemlidir. İyi bir tedavide başarı ölçütü sadece fiziksel değil, psikososyal yönden de hastanın kendisini iyi hissetmesi olmalıdır (Peyrat et al., 2002).

Ülkemizde ve uluslar arası literatürde üriner inkontinansın normal doğum ve obezite ile ilişkilendirilmesi ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu saptamadan yola çıkarak “Normal Vajinal Doğum Yapmış Genç Kadınlarda Obesite ve Doğum Sayısı İle Üriner İnkontinans Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması” başlıklı çalışmamızda, doğum sayısı ve obeziteyle ilişkilendirilmiş üriner inkontinans prevalanslarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Toplumumuzdaki genç yaşta normal doğum yapmış kadınların henüz tam olarak bunun farkında olmaması nedeniyle bu çalışma gereklidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Toplum içinde sık görülmesine rağmen üriner inkontinans, ihmal edilmiş bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada amacımız doğum yapmış genç kadınlarda üriner inkontinans gelişmesinin obezite ve doğum sayısı ile ilişkisinin araştırılmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Üreter, Mesane ve Üretra Embriyolojisi

Fertilizasyondan 15 gün sonra embiryo hücreleri mezoderm, endoderm ve ektoderm tabakalarına ayrılır. Bu embiryonel tabakalardan organ ve dokular meydana gelir. Üreterlerin tümü ve mesane trigonunun bir kısmı üreterik tomurcuktan köken alır, trigonun çoğu mezonefrik kanallardan gelişir. Mesane ve üretranın gelişmesinde, embiryonun kloka (cloaca) adı verilen ve başlangıçta kör olarak sonlanan endodermal bir doku olan arka barsağın farklılaşması önemlidir. Klokanın alt kısmına mesonefrik kanallar açılır, üst kısmından ise tübüler yapı çıkar. Gebeliğin 4. haftasında embiryonun kuyruk kısmındaki ektoderm kloka ile yaklaşır. Kloka, önde “ürogenital açıklık”, arkada rektum olmak üzere iki kısma ayrılır. Ürogenital açıklıktan “vesikoüretal kanal” ve “kalıcı ürogenital açıklık” olmak üzere iki alt bölüm gelişir ve vesikoüretal kanal giderek büyür ve mesanenin trigon dışında kalan kısmını oluşturur. Mesane epitelinin çoğu, endodermden kaynaklanır. Mesane ve üreter epiteli daha sonra mezodermden gelişen düz kaslarla sarılır (Scott ve ark., 1992; Demir, 1999; Özerdoğan, 2003).

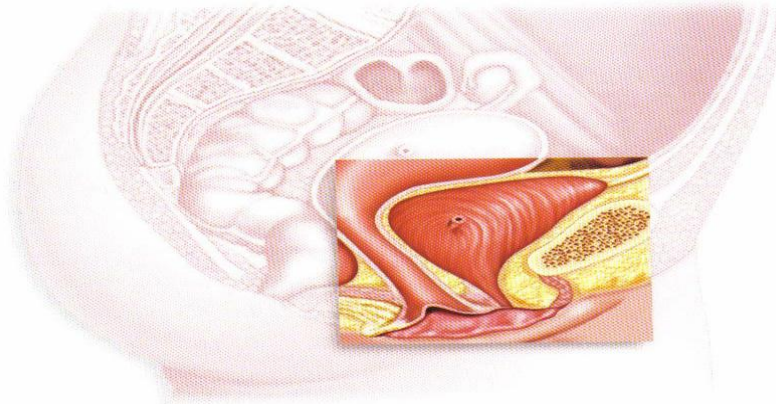
Üretranın ilk kısmı vesikoüretal kanaldan, geri kalanı ise kalıcı ürogenital açıklıktan köken alır. Vesikoüretal kanal hızla gelişirken, hem üreterik tomurcuklar, hem de mesonefrik kanallar yer değiştirir. Üreterik tomurcuklar, mesonefrik kanallardan daha yukarı ve yana doğru yükselip, mesanenin arka üst tarafına açılır, trigonun gelişmesine katkıda bulunur ve sonuçta ‘üreter’ adını alır. Kalıcı ürogenital açıklıktan kadında, posterior üretra, vajinanın 1/5 alt kısmı ve üretra ile vajinanın dışı açıldığı bölge olan ‘vestibül’ gelişir (Scott ve ark., 1992). İdrar depolayıcı sistemin fetal dönemdeki olgunlaşması, üreterlerin uzaması, mesanenin büyümesi ve böbreklerin yukarı çıkıp içe doğru dönmesi biçimindedir (Scott ve ark., 1992; Demir, 1999).

2.2. Alt Üriner Sistem Anatomisi

İdrarın toplanması, tutulması, uygun zamanda ve yerde dışarı atılması mesane üretra ünitesinin birbirine zıt fakat uyum içindeki fonksiyonlarıyla yürütülmektedir (Can Güler, 2006).

2.2.1. Pelvik Taban

Kranial yönden bakıldığında ön tarafta symphysis pubis, arka tarafta sakrum ve yan taraflarda spina ischiadikalarla sınırlanan eşkenar dörtgen şeklinde yapıdır. Spina ischiakalar arasından geçen çizgi pelvik tabanı ön ve arka olmak üzere iki kısma ayırır. Pelvik tabanın temel fonksiyonu tüm pelvis içinde pelvik organ prolapsunu önlemek ve intraabdominal basıncın arttığı durumlar sırasında abdominal pelvik kavitenin rahatlığını devam ettirmektir. Pelvik tabanın fonksiyonunda kemiğin, koruyucu rolü belirgin iken pelvik organları destekleyici rolü çok azdır. Pelvik organlar primer olarak pelvik tabanı oluşturan kaslar ve bunların ligament bağlantıları ile desteklenmektedir (Can Güler, 2006).



Şekil 1: Pelvik tabanı oluşturan yapılar pelvik taban myofasyal ve visseral kısımlardan oluşmuştur (Can Güler, 2006).

2.2.1.1. Endopelvik Faysa

İç organ ve vasküler yapıları çevreler, pelvik organları dinamik olarak destekler (Öztaç, 2000a).

- a) **Kardinal ve uterosakral ligament;** Uterus'un her iki yanında isthmus ve serviks hizasından başlayarak pelvis yan duvarlarına uzanan pelvik fasyanın yoğunlaşması ile oluşan bağıdır (Öztaç, 2000a).
- b) **Puboservikal Fasya;** Mesane duvarı ile vagina ön duvar fasyalarının birleşmesinden oluşmuştur. Distale doğru periüretal fasya olarak devam eder. Mesane tabanı, serviks ve vagina ön duvarına destek sağlar (Öztaç, 2000a;Öztaç, 2000b).
- c) **Puboüretal Ligament;** İnferior pubisin iç yüzünü üretra'nın ön ve orta bölümüne bağlanır. Levator fasyanın yoğunlaşmış şeklidir. Üretra ve ön vagina duvarını stabilize eder ve destek görevi görür.
- d) **Arcus Tendineus Fasya Pelvis (ATFP);** Pubik kemikten spina ischiadikuma kadar uzanan fibröz bir banttır. Anterior kısmı musculus levator ani'nin iç yüzüne doğru uzanır (Öztaç, 2000a).

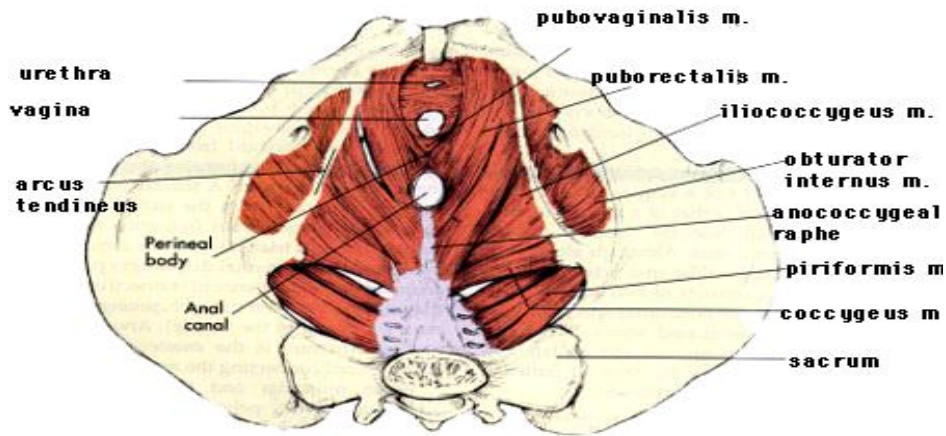
2.2.1.2. Pelvik Kaslar

Musc. Coocygeus; Spina ischiadica ile sacrococcygeal bölge arasında uzanır. Origo ve insersiosu hareketsizdir. Fonksiyonu arka pelvik segmente destek sağlamaktır (Öztaç, 2000a; Öztaç, 2000b).

Musc. Levator Ani; Ürogenital açıklık kalacak şekilde pelvis tabanını hamak gibi saran, pubisten cocysikse kadar pelvik kaviteyi boydan boya geçen bir diaframdır. Diafragmatik (iliococsygeus) kısım ve Pubovisseral (pubococsygeus) kısım olmak üzere iki kısmı vardır. Fonksiyonu intrabdominal basıncı mesane ve üretraya eşit olarak yansıtmak ve böylelikle istemli ve istemsiz idrar kaçırılmasına engel olmaktadır (Öztaç, 2000a; Öztaç, 1996).

- a) **Musc. Pubococcygeus**; Pubis kemiğinin iç kısmından başlayarak vagina ve rektumun yan duvarlarına bağlanır. Fonksiyonu horizontal planda rektum, vagina ve üretrayı desteklemek ve mesaneye destek sağlamaktır. Bu kasın kontraksiyonu ile fekal ve üriner kontrol sağlanır (Öztaç, 1996).
- b) **Musc. Puborectalis**; Pubisin arkasında rektumun posterior kısmını ve levator hyatusu ters olarak dönen U şeklinde bir askı oluşturur. Fonksiyonu distal kolonun kontinans kontrolünü sağlamak ve rektumu önde tutmaktır. Ayrıca mesane boynu, vagina, üretra'nın orta ve posterior kısmı ile pelvik tabana destek sağlar (Öztaç, 1996).
- c) **Musc. İleococcygeus**; Pelvik yan duvar ve ATEP'nin arka kısmında Musc. Obturator İnternus'un iç yüzeyi üzerindeki membrandan başlar, alt sakral vertebra ve koksiks'in lateral kenarı boyunca uzanır ve sacrococcygeal bölgede sonlanır (Öztaç, 1996).

Bu kaslar tip I ve tip II liflerden oluşur. Tip I yavaş ve oksidatif özellikte olup istirahat sırasındaki tonusu sağlar. Tip II lifler hızlı ve glikolitik özellikte olup öksürük, gülme ve ağır kaldırma gibi abdominal basıncın ani artış gösterdiği durumlarda ilave tonusu sağlar.



Şekil 2: Pelvik tabanı oluşturan kaslar

2.2.1.3. Ürogenital Diafram

Derin transvers perineal kası ile fasyası ve eksternal üretral sfinkter kası ile fasyasından oluşur.

2.2.1.4. Çıkıştaki Yüzeyel Kaslar

a) Anterior; Bulbospongiosus, İschiaavernosusu, Superfisyal transversperineal

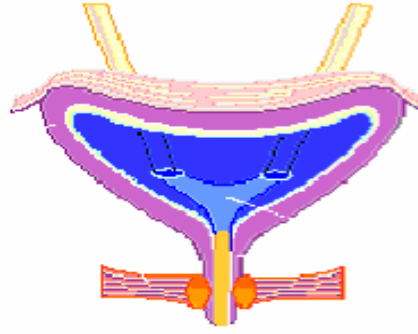
b) Posterior; Eksternal anal sfinkter

Mesane ve üretranın pelvik destek yapılarının zayıflaması, mesane boynu ve üretranın proksimal kısmının aşağı ve geriye doğru yer değiştirmesine neden olur. Böylece intrabdominal basıncın çok az kısmı üretrayı etkilerken, büyük bir kısmı mesaneyi etkiler. Mesane basıncının üretra basıncını geçtiği durumlarda idrar kaçırma meydana gelir.

2.2.2. Mesane

Normal erişkin kadında kapasitesi 300-500 ml, kontrakte olabilen ve endopelvik fasya tarafından örtülü ekstraperitoneal bir organdır. Üst yüzü ve arka yüzeyinin üst 1-2 cm'lik kısmı peritonla örtülüdür. Pubik kemik ile sıkı komşuluk gösterir. Pubik kemik ile mesane duvarı arasında adipoz doku, pubovezikal ligament, pubovezikal kas ve venöz pleksus yer alır. Mesanenin alt kısmı, alt uterin segment ve anterior vaginaya sıkıca bağlıdır (Arısan, 1991; Cutner and et al., 1992; Gomel ve ark., 1995; Berek, 1998). Mesane duvarı içten dışa doğru mukoza, submukoza, musküler tabaka ve seröz tabakadan oluşur. İç yüzü epitel doku ile kaplıdır. Mesanenin idrarla dolumu esnasında epitel kıvrımlar açılarak tek sıralı düz bir epitele dönüşür. Epitel dokunun altında ise trigonum bölgesinde sabitlenmiş elastik lifler bulunmaktadır (Yaman ve ark., 1990; Arısan, 1991).

Musküler tabaka detrusor, trigon ve sfinkter kaslarından meydana gelir. Detrusor kas, birbirini örgü şeklinde çaprazlayan liflerden meydana gelmiştir. Bu lifler iç ve dışta longitudinal, ortada sirküler olmak üzere belirgin 3 tabakalaşma yapmaktadır. Lifler birbirine parmaklı çıkıntılarla bağlıdır. Bu durum düzenli ve ilerleyici kasılmaların oluşmasında önemlidir. Mesane boynu doku tonusunu artırarak mesaneden idrar kaçışını önler. Detrusor kas kontrakte olduğu zaman mesane boynu gevşeyip açılır.



Şekil 3: Mesane yapısı

Kas Yapısı: Değişik tarzda sirküler, longitudinal ve spiral seyreder.

Mukoza: Çok katlı epitelden oluşmuştur.

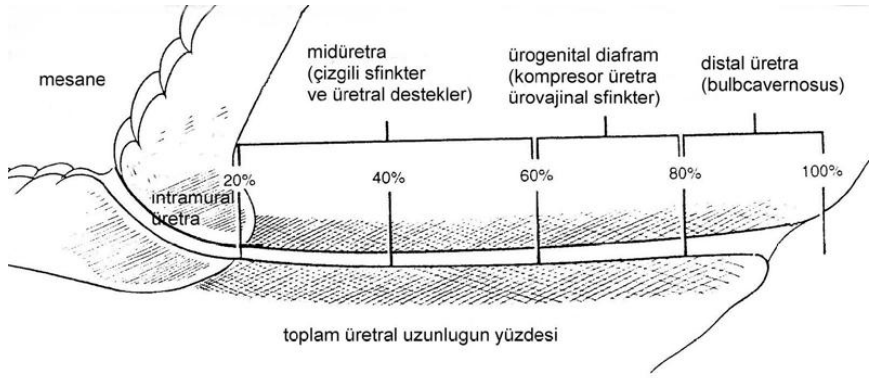
Submukoza: Mukoza altında yer alır. Elastik ve kollojen lifleri ve kapiller damarları içerir.

2.2.3. Trigon

Mesane tabanında üçgen şekline benzer bir bölgedir. Üst arka köşelerinde üreterlerin açıldığı kısım, ön alt köşesinde üretranın açıldığı ostium üretra internum yer alır. Trigonumun düz kasları üreter düz kaslarının uzantısıdır. Önde üretranın düz kaslarıyla devam etmektedir. Yapı ve fonksiyon olarak mesaneyi oluşturan detrusor kasından farklılık göstermektedir (Arısan, 1991; Wolters, 1993; Little and et al., 1996). İdrar depolama fazında idrar çıkışını engellemek, işeme esnasında huni şeklini alarak mesanenin boşaltımını kolaylaştırmak ve işeme esnasında vesikoüretal reflüye engel olmak trigonun başlıca fonksiyonlarıdır.

2.2.4. Üretra

Kadın üretrası ortalama 4 cm. uzunluğunda ve 6 mm. çapındadır (Wolters, 1993; Little and et al., 1996). Üretranın 2/3'lük kısmı mesane epitel, 1/3'lük kısmı ise yassı epitel ile örtülüdür. Yassı epitel ile örtülü olan kısmı östrojenin etkisi altındadır (Arısan, 1991). Üretral mukoza altında zengin ven ağları ve elastik lifler bulunmaktadır.



Şekil 4: Üretranın uzunluğunun oranla şematik gösterimi (Strohbehn, 1998).

Üretra, istemsiz olarak çalışan düz kas liflerinden oluşmuş içte longitudinal ve dışta sirküler seyir gösteren 2 kas tabakasından oluşmuştur (Adams and Frahm, 1995). Üretranın vesika ile birleşim yerinde fizyolojik iç sfinkter olarak da adlandırılan internal üretral sfinkter yer alır ve pasif üriner kontinanstaki önemli rol oynar. Mesane dolumu sırasında internal üretral sfinkter tonusu giderek artar. Böylece üretral basıncın, intravesikal basıncın daha büyük olması sağlanır, idrar kontinansı elde edilir (Yaman ve ark., 1990; Berek, 1998). Bu bölgedeki fonksiyon bozukluğu kadınlarda açık mesane boynuna sebep olur (Atasü ve ark., 1996).

Üretranın 1/3 orta bölümünde istemli olarak çalışan, çizgili kas yapısında olan, kontinansı sağlamada ve istemli işlemede önemli olan eksternal sfinkter yer alır. Eksternal üretral sfinkter, proksimalde sirküler bant yapısındaki kas, orta kısımda kasın vaginal duvara bağlandığı üretrovajinal sfinkter ve en distal kısımda da perineal membrana bağlanan kompresor üretra olmak üzere 3 farklı yapı içerir.

Üretranın proksimal ve orta kısmında bulunan sfinkter üretra kasları pelvik sinirle uyarılır ve istirahat sırasında üretra tonusundan sorumludur. Kompresör üretra ve üretrovaginal sfinkter kasları ise pudental sinirle uyarılır ve abdominal basınç artışı esnasında kontrakte olarak üretral basınç artışını güçlendirir (Atasü ve ark., 1996).

Kadın üretrasında kontinansı sağlayan kas mekanizmalarına ek olarak üetrovesikal açının da önemi vardır. Üretranın, mesane posterioruyla oluşturduğu açıya üetrovesikal açı denir. Normalde 90-120 derece'dir. Bu açının azalması veya tersine dönmesi ile stres üriner inkontinans (SUI) gelişebilmektedir. Ayrıca vücudun vertikal eksenyle oluşturduğu 30 derece'lik inklinasyon açının artması sonucunda anatomik destekte zayıflık veya kayıp görülmektedir (Öztaç, 1996; Demir, 1999).

2.3. Alt Üriner Sistem Nörofizyolojisi

Alt üriner sistem lokal innervasyonu, temel olarak parasempatik ve sempatik otonom sinir sistemi ile periferik somatik motor ve duyu sistemleriyle (Yoshimura and De Groat, 1997).

2.3.1. Otonom Sinir Sistemi

2.3.1.1. Alt Üriner Bölgenin Kontrolü

(a). Ganglionlar : Spinal torakolomber bölgeden çıkan sempatik preganglionik lifler zincir ganglionlarına ulaşır. Bu nöronlar pelvik sinirlerle birleşerek pelvik plexusu oluştururlar. Pelvik plexus üst vajen, mesane, proximal üretra ve üreterin alt kısmını innerve eder. Parasempatik preganglionik lifler S3, S4 ve bazen de S2'den köken alır. Bu parasempatik lifler pelvik plexusa katılır ve mesane duvarındaki pelvik ganglionlarda sonlanır. Alfaadrenerjik reseptörler uyarıldığında pelvik gangliyon deprese olur (Şekil 5).

(b). Detrüsör İnnervasyonu : Postganglionik detrüsör sinir liflerinde iki ayrı nörotransmitter varlığı mevcuttur. Kolinejik reseptörler daha çok mesane gövdesindeyken, adrenerjik reseptörler daha çok mesane tabanındadır (Yoshimura and De Groat, 1997).

(c). Trigon ve Üretra : Trigonda kas lifleri çoğunlukla adrenerjik innervasyona sahiptir. Norepinefrinin alfa reseptörlerine etkisiyle (yüksek dozda) düz kas kontraksiyonu, beta-reseptörlerine etkisiyle (düşük dozda) düz kas relaksasyonu gerçekleşir. Alfa reseptörleri mesane çıkışı ve üretrada yoğunken, beta-reseptörleri detrüsör gövdesinde belirgindir. Üretral sfinkterin proximal intramural kısmı, pelvik sinirin somatik efferent dallarıyla innerve olur. Distal periüretral çizgili kaslar (kompresör üretra ve üretrovajinal sfinkter) pudental sinir tarafından innerve olur. Periüretral kasların çoğunluğu Tip 1 (yavaş atımlı) liflerden oluşur, bu da sürekli tonusu sağlar (Walters and Karram, 1993).

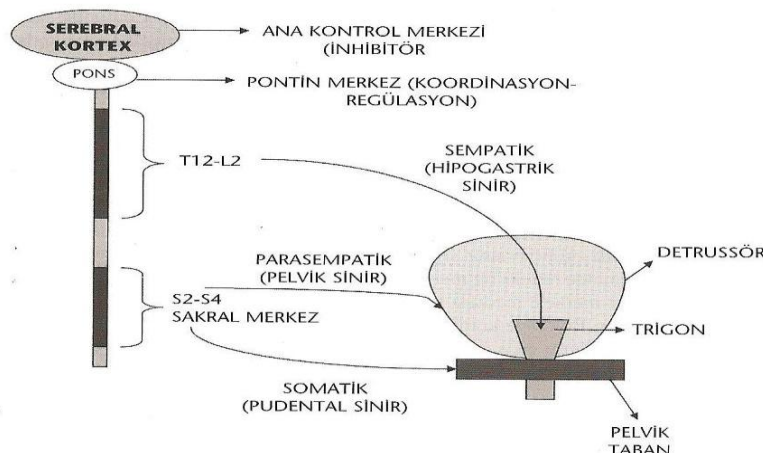
2.3.1.2. Duyu İnnervasyonu

Detrüsörde proprioseptif uçlar, kollajen yığın içindeki sinir sonlanmaları mevcuttur. Gerilme veya kontraksiyonla uyarılırlar ve mesane doluluk hissinden sorumludurlar. İki sensör tanımlanmıştır. İlk sensör trigonda, ikincisi mesane gövdesindeki gerilme reseptörleridir. İlk sensörün kaybı urge inkontinansa yol açar. Üretral duyu esas olarak pudental sinir tarafından sağlanır.

2.3.1.3. Santral Sinir Sistemi Modülasyonu

(a). Kortikal Yollar : Detrüsör ve periüretral çizgili kas mekanizmaları farklı kortikal ve yüksek merkez innervasyonlarına sahiptir. Detrüsör kas için beyin sapında, periüretral mekanizmalar için ise sakral kordadır. Corpus callosumdaki ve frontal lobun supramedial kısmındaki piramidal, detrüsör bölge hücrelerinden köken alan, kortikal-retiküler aksonlar bazal gangliadan çapraz olarak geçip beyin sapındaki

detrüsör motor nukleuslarındaki nukleus lateralis dorsalisde sonlanırlar. Bu detrüsör motor nukleusları bazal gangliyadan supresif afferentler, serebellumdan koordine eden afferentler ve detrüsör kasındaki gerilme reseptörlerinden duyu afferentleri alır. Beyin sapı detrüsör motor nukleuslarından yola çıkan efferentler spinal kordun T10-L1 ve S2-4 bölümlerinde bulunan detrüsör motor nöronlarına gider. Pudental serebral kortikal bölgeden köken alan pudental kortikal yollar, periüretal çizgili kasları etkiler.



Şekil 5 : Mesane fonksiyonunda etkin olan nörolojik yollar (Şen ve ark., 2008).

(b). Diğer Yüksek Merkezler : Bazal gangliya, detrüsör reflex üzerinde supresif bir etkiye sahiptir. Temporal lobdaki limbik sistem tüm otonomik fonksiyonları etkiler. Hipotalamus beta endorfin nörotransmitterler ve opioid peptidler aracılığıyla fonksiyon görür. Serebellum, diğer nörotransmitterler yanında çoğunlukla GABA (gamma-aminobutirik asit) aracılığıyla kas tonusunu ve hareketini regule eder.

(c). Spinal Kord : Yetişkinde konus medullaris oldukça kısadır ve S1-S5 segmentlerini içerir. Torakolomber seviyeler alt üriner sistemin sempatik otonomik kontrolüyle ilgiliyken, konus medullaris daha büyük öneme sahiptir çünkü otonomik detrüsör nuklei intermediolateral ve pudental somatik nuklei ventromedial ön gri cevherde yer alır. İdrar depolama ve boşaltma refleksi spinal kordun bu bölgesiyle ilgilidir (Kuo and et al., 1984).

2.4. Pelvik Taban Bozukluklarının Fizyopatolojisi

Normal üriner kontinans mekanizmasında santral ve periferik sinir sistemi fonksiyonunun, mesane duvarının, detrosur kasının, üretranın, pelvis tabanının ve bağ dokusunun normal olması gereklidir. Bunların herhangi birindeki disfonksiyon, alt üriner sistem fonksiyonları olan idrarın depolanması ve toplanan idrarın üretra yoluyla uygun zamanda boşaltılması aşamalarında aksamalara neden olacaktır. Kadınlarda gerek istirahat gerekse karın içi basıncını artıran stres durumlarında üriner kontinansı sağlamak için üretra içi basıncın, mesane içi basınçtan yüksek olması gereklidir (Öztaç, 2000b). Yapılan çalışmalarda, üriner kontinans kadınlarda, gülme sırasında mesane içi basınç pikinden önce daha yüksek değerlerde üretra basınç pikinin olduğu tesbit edilmiştir. Pelvik taban anatomisi ve üriner kontinans konusunda yapılan çalışmalarda, karın içi basıncın artmasına neden olan stres durumlarında üriner kontinansın sağlanması için, mesane boynunun ve proksimal üretranın destek sistemiyle retropubik pozisyonunda olması gerekir (DeLancey, 1994).

Pelvik taban yetmezliği patofizyolojisinde nörolojik komponent önemli yer tutar. Primer obstetrik hasar, pelvik taban kaslarını inerve eden sinirlere özellikle de pudental sinire olmaktadır. Pudental sinirin hasar görmesi levator aninin özellikle medial bölümünü ve perine çizgili kaslarının atrofisine neden olur (Walter et al., 1999).

Ciddi pelvik taban yetmezliğin en sık nedeni, çocuk doğumu ve histerektomi travmasıdır. Stres inkontinans, pelvik taban desteğin tehlikeye girdiği obstetrik veya jinekolojik travmadan daha fazla menopoz sırasında veya menopozdan kısa bir süre sonra hormonal ve kollajen yetmezliğinde görülmektedir (Raz et al., 1992).

2.5. Kontinans Mekanizması

Alt üriner sistemin fonksiyonu primer olarak refleks aktivite ile belirlenir. Çocuklarda doğumla birlikte üriner inkontinans görülür. Zamanla santral sinir

sistemi ve tuvalet eğitimi ile refleks aktiviteler gelişir, istemli olarak aktive ya da inhibe etme yeteneği kazanılır (Öztaç, 2000c). Normal üriner kontinans mekanizmasında, santral ve periferik sinir sistemi kontrolü, mesane duvarı, detrusor kas ve bağ doku gibi anatomik yapıların normal olması gerekir. Birçok nöral refleksin etkileşmesine bağlı kompleks süreçte bu yapıların herhangi birindeki disfonksiyon, alt üriner sistem fonksiyonları olan depolama ve boşaltım aşamasında aksamalara neden olur (Öztaç, 2000a). Buradan da anlaşıldığı üzere kontinans mekanizması iki aşamada gerçekleşir.

2.5.1. Depolama Fazı

Dolum fazında üriner kontinansın sağlanması için üretra içi basıncın (ÜİB) her zaman mesane içi basınçtan (MİB) yüksek olması gerekir. Böylece MİB'in ÜİB'den çıkarılması ile hesaplanan üretral kapanma basıncı (ÜKB) pozitif değerde tutulur. İstirahat anında mesane içi volümdeki büyük artışlara rağmen MİB'de minimal değişiklikler oluşur. Mesane akomodasyonu olarak bilinen bu durum, mesane duvarının pasif viskoelastik özelliği ve istemli kontrol ile detrusor kasının relaksasyonu sonucu gelişir. Pelvik taban anatomisi ve üriner inkontinans konusunda yapılan çalışmalar, karın içi basıncın artmasına neden olan stres durumlarında üriner kontinansın devamı için mesane boynu ve proksimal üretranın retropubik pozisyonunda olması gerektiğini belirtir. Üriner kontinansın sağlanmasında üretra ve periüretral dokuların innervasyonu da önemlidir. Mesanenin dolması ile mesane boynu ve üretradaki düz kas tabakasında bulunan β adrenaljik reseptörlerin uyarısı ile periferik akış rezistansı artar. Aynı zamanda efferent pudental sinirin aktivasyonu ile pelvik diyafram ve ürogenital sfinkterin, istemli ve refleks stimülasyonla kontrakte olması sağlanır. Mesanede idrar dolmaya başladığında mesane gerginliği artar. Detrusor ve trigon kas gerilmesiyle pelvik taban ve perineden kaynaklanan uyarılar "Sakral İşeme Merkezine" ulaşır. Mesanede idrar 200 ml'ye ulaşınca ilk idrar hissi ortaya çıkar. Bu sırada üretra içi basınç mesane içi basınçtan yüksektir. İdrar miktarı 350-500 ml'ye gelince mesane maksimal kapasiteye ulaşır (Arısan, 1997; Coşkun, 2002).

2.5.2. İşeme Faza

Mesane içinde 300-400 ml idrar biriktiğinde intravesikal basınç artmıştır. Bu durum idrar yapma hissini uyarır ve volanter işeme başlatılır. Öncelikle pelvik taban ve üretra çizgili kaslar gevşer, üretral basınç azaltılır. Sonra detrusor kas kontrakte olur ve mesane içi basınç artar. Detrusor ile birlikte üretral düz kaslarda kontrakte olur ve üretranın genişlemesi sağlanır. Mesane boynu ve proksimal üretra huni şeklini alarak aşağı iner ve idrar akışı kolaylaşır. Mesane üretra aksına doğru eğilir, üretravesikal açısı düzleşir ve idrar akışı başlar.

2.6. Üriner İnkontinans Prevalansı

Toplum içerisinde üriner inkontinans prevalansına yönelik yapılacak epidemiyolojik çalışmalar, gereksinim duyulacak tedavi ve bakım hizmetlerin sunulabilmesi, tıbbi ve mali önlemlerin belirlenebilmesi açısından önemlidir.

Günümüze kadar yapılan prevalans çalışmalarından elde edilen sonuçlar, üriner inkontinansın tanımlanmasındaki güçlükler nedeni ile birbirinden farklılık göstermektedir. Bu duruma ek olarak toplumun özellikleri, çalışma şekli, klinik özellikler ve kullanılan metodlar da prevalans oranlarını etkilemektedir. Üriner inkontinans kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir. Üriner inkontinans'ın kadın/ erkek görülme oranı 60 yaş altında 4/1, 60 yaş ve üzeri için 2/1 olduğu belirtilmektedir (Bump et al., 1992; Davilla, 1994).

Amerikada 10-12 milyon yetişkin insanda üriner inkontinans problemi olduğu saptanmıştır (Bump et al., 1992). Thom, üriner inkontinans prevalansını araştıran 21 çalışmayı incelemiş ve prevalans değerinin %5-%55 oranları arasında değiştiğini belirtmiştir (Thom, 1998). Fontl 1999 yılında 15-64 yaş grubunda yapmış olduğu çalışmada %10'dan %30'a kadar değişen prevalans hızı saptamıştır. Moral ve arkadaşları (2001) 15 yaş ve üstü 1053 kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada %20.8'inde stres ve % 16.3'ünde urge inkontinans tespit etmişlerdir. Üriner

inkontinans (Üİ) prevalansı yaşla birlikte artış göstermektedir. 20-59 yaş grubundaki kadınlarda Üİ prevalansı %39.6 iken 60 yaş ve üzeri kadınlarda prevalans %56'ya kadar yükselmektedir (Gorton ve Stanton, 1998). Genel olarak kadınların tümü için üriner inkontinans prevalansının %25 olduğu kabul edilmektedir (Norton, 1990; Sommer et al., 1990; Versi, 1990; Milson et al., 1993; Öztaç ve ark., 1997).

Ülkemizde üriner inkontinans prevalansını belirlemek amacıyla sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Turan ve arkadaşları, Ankara bölgesinde 18-44 yaş arası 1250 kadında yaptıkları çalışmada üriner inkontinans prevalansını %24.5 olarak bildirmişlerdir. Aynı çalışmada Üİ'nin yaşla birlikte arttığı, en düşük 18-24 yaş arasında (% 12), en yüksek ise 40-44 yaş arasında (%29) olduğunu saptamışlardır (Turan et al., 1996). Öztaç, 20 yaş ve üzeri kadınlarda yaptığı çalışmada 20-29 yaş arasında %9.6 oranında olduğunu, 70 yaş ve üstü kadınlarda prevalansın %40'a kadar yükseldiğini bulmuşlardır. Aynı çalışmada kadınların %42.9'unda stres, %27.3'ünde urge ve %29.8'inde miks tip inkontinans şikâyetleri olduğu tespit edilmiştir. Güneş ve arkadaşları, 20 yaş ve üzeri 459 kadında yapmış oldukları çalışmada inkontinans prevelansını %49.7 olarak bulmuşlardır. Kadınların %41.2'sinde stres, %24.3'ünde urge ve %34.6'sında miks tip inkontinans şikâyeti olduğu saptanmıştır (Güneş ve ark., 2000).

2.7. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri

2.7.1. Yaş ve Cinsiyet

Üriner inkontinans kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat daha fazla görülmektedir (Davilla, 1994; Mallett ve Bump, 1994; Locher ve Burgio, 1996). Prevalans yaşla birlikte artar. Bu nedenle birçok kadın üriner inkontinansı bir hastalık olarak değil, yaşlılığın doğal bir parçası olarak kabul eder. Milson (2000) 17 adet epidemiyolojik çalışmayı incelemiş ve prevalansın yaşla birlikte doğru orantılı olarak arttığını bildirmiştir. Kondo ve arkadaşları 1105 Japon kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada stres üriner inkontinansın 50'li yaşlardan sonra azaldığını, buna karşın

urge inkontinans insidansının yaşla birlikte arttığını tespit etmişlerdir (Kondo et al., 1990). Üriner inkontinans genç yaşlarda da görülmektedir. Wolin 17-25 yaş arası sağlıklı 4211 öğrencide yaptığı araştırmada %51’inde inkontinans tespit etmiştir. %16’sında inkontinansın günlük yaşamı etkilediğini saptamıştır (Wolin, 1999).

2.7.2. Seks Hormonları

Gebelik ve menopozal dönemde genital sistemde gelişen anatomik ve fonksiyonel değişiklikler alt üriner sistem fonksiyonunu da etkilemektedir. Alt üriner sistemin kas dokuları (pelvik taban kas) ve vasküler (vagina-üretra-mesane) yapılarında östrojen reseptörleri yer alır. Menopozla ilişkili olarak over fonksiyon yetersizliği, östrojen üretiminde azalma ve dokularda gelişen atrofik değişiklikler sonucu dizüri, nokturi, urgency ve inkontinans gibi üriner semptomların görülme sıklığı artar (Griebing ve Nygaard, 1997; Thom ve Brown, 1998; Öztaç, 2000d).

Gebelik döneminde progesteronun etkisiyle mesane kapasitesi, kompliansı ve damarlanması artar. Üretranın ve mesanenin kas tonusu azalmaktadır. Gebeliğin ilerleyen haftalarında uterus mesaneye baskı yapar. Bunun sonucunda frequency ve stres üriner inkontinans görülebilir (Pernol, 1994; Demir, 1999). Gebelikte ortaya çıkan inkontinans, genellikle doğumdan sonraki haftalarda kaybolmaktadır (Metanyi, 1992). Bennes ve arkadaşları postmenopozal dönemde östrojen ve progesteron alan kadınlar üzerinde yapmış oldukları çalışmada, özellikle progesteron alan kadınlarda SUI semptomlarının kötüleştiği ve pozitif ped testi insidansının arttığını tespit etmiştir (Bennes et al., 1991).

2.7.3. Doğum

Üriner inkontinans gelişiminde gebelik, doğum, parite, doğum şekli, çoğul gebelik ve iri bebek doğumu gibi çok sayıda obstetrik risk faktörü vardır. Bu faktörlerin üriner inkontinansı artırdığına dair araştırma sonuçları çelişkilidir. Bazı çalışmalarda,

vaginal doğumu takiben sinir hasarı ve pelvik taban kaslarda güç kaybı-zedelenme geliştiği, postpartum dönemde kas fibrillerinde değişiklik olduğu saptanmıştır (Allen et al., 1990; Sampsel, 1990; Folspang et al., 1992; Foldspang et al., 1999). Sinir hasarının forseps kullanımı, vakumla çekme veya fazla doğum ağırlığı nedeniyle pudental sinir hasarına neden olduğu bulunmuştur (Allen et al., 1990; Tetzchner et al., 1997; Tetzchner et al., 1998). Yapılan çalışmalarda sezeryanla doğum yapan kadınlarda benzer hasarların görülmediği ve normal doğum yapanlara göre daha güçlü pelvik taban kaslarına (PTK) sahip oldukları belirlenmiş, üriner inkontinans insidansının daha düşük olduğu saptanmıştır (Allen et al., 1990; Kelleher, 1997; Öztaç, 2000a). Victurp ve arkadaşları (1992) yapmış oldukları çalışmada vaginal doğum esnasında açılan epizyotomi ile erken dönemde gelişen SÜİ arasında önemli ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Öztaç yaptığı çalışmada üriner inkontinans sıklığı ile parite arasında direk ilişkinin olduğunu ve doğum sayısı arttıkça üriner inkontinans görülme sıklığının da doğrusal olarak arttığını bulmuştur. Aynı çalışmada vaginal yolla doğum yapanlarda üriner inkontinans görülme oranı %29, sezeryanla doğum yapanlarda üriner inkontinans görülme oranı %14.5 olarak tespit edilmiştir. Vaginal doğum sonrası üretral basınç profili incelemelerinde (UPP) maksimal üretral kapanma basıncı ve maksimal üretral basınç düşük, fonksiyonel üretra uzunluğu kısa bulunmuştur. Sezeryanla doğum yapanlarda bu değişikliklere rastlanmamıştır (Kelleher, 1997). Literatürdeki bazı çalışmalarda ise paritenin inkontinansı etkilemediği tespit edilmiştir. Folspang ve arkadaşlarının (1992) yapmış olduğu çalışmada üriner inkontinans prevalansı nulliparlarda, multiparlara göre düşük bulunmuş ancak 1, 2 veya 3 vaginal doğum yapan kadınlarda üriner inkontinans prevalansında farklılık tespit edilmemiştir. Skonner ve arkadaşları (1994) yapmış oldukları çalışmada parite ile inkontinans arasında ilişki bulamamıştır.

2.7.4. Sigara ve Kronik Konstipasyon

İntrabdominal basıncın kronik olarak artışına neden olan her durum üriner inkontinansın gelişimi veya artışı için risk faktörü oluşturmaktadır. Kronik konstipasyon ve sigara kullanmanın SÜİ için predispozan faktörler olduğu ileri

sürülmektedir (Getliffe, 1996; Kelleher, 1997; Küçükdikencik, 2002). Sigara kullanımına bağlı olarak mesane basıncı artar, kollajen sentezi azalır, östrojen seviyesini olumsuz yönde etkilenir. Sigara kullanımı ile birlikte şiddetli öksürmenin de etkisiyle sfinkterin anatomik ve nörolojik olarak fonksiyonu bozulur. Sigara içmenin üriner inkontinansın bütün şekillerinin ortaya çıkmasında önemli bir rolü olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (Bump et al., 1992; Bump ve McClish, 1994; Getliffe, 1996; Kelleher, 1997; Öztaç, 2000a).

2.7.5. Obezite

Obezite üriner inkontinansı olan kadınlarda, olmayanlara göre daha sık olarak görülmektedir. Obezite nedeniyle karın içi basıncındaki artmanın, kontinans mekanizmasını bozduğu düşünülmektedir (Özerdoğan, 2003).

Dwyer ve arkadaşları detrusör instabilitesi ve stres inkontinansı olan kadınların normal popülasyondan daha obez olduğunu bildirmişlerdir . Bump yaptığı bir çalışmada cerrahi olarak kilo kaybeden 13 inkontinent kadında subjektif iyileşme saptamıştır. Operasyondan 1 yıl sonra sadece 3 kadında inkontinans şikâyetinin devam ettiğini ve 1 kadının da tedavisi için cerrahi girişimin gerekli olduğunu belirtmiştir (Küçükdikencik, 2002).

Obezite tanımı için en yaygın kullanılan hesaplama, Vücu Kitle İndeksi (Body Mass Index = BMI) ölçümüdür. Bu değer, vücut ağırlığının (kg), boyun karesine (m^2) bölünmesi ile hesaplanır. Yaş ve cinsiyetten bağımsız olan BMI değeri, çocuklarda, hamilelerde ve kas yapısı fazla olan kişilerde anlamlı sonuç vermez. BMI değerine göre kişiler, zayıf, normal kilolu, fazla kilolu ve obez şeklinde gruplara ayrılmıştır. Buna göre, BMI değeri;

18.5 kg / m^2 'nin altında olanlar zayıf

18.5-24.9 kg / m^2 arasında olanlar normal kilolu

25-29.9 kg / m^2 arasında olanlar fazla kilolu

30 kg / m² ve üzeri olanlar obez (aşırı şişman) olarak değerlendirilir (TC Sağlık Bakanlığı).

2.7.6. Histerektomi

Histerektomi sırasında oluşan kas ve fasya hasarları, pelvik sinir ve pelvik destek yapısı yaralanmaları, vaginanın kısaltılması, trigonel yerleşimli mesane destek yapılarının çıkarılması ve cerrahi menopoz ya da östrojen eksikliği sonucu üriner inkontinans gelişebilmektedir (Parys et al., 1990; Thom ve Brown, 1998). Brown ve arkadaşları 11 epidemiyolojik çalışmayı inceledikleri araştırmada histerektomi geçiren kadınlarda inkontinans görülme riskini %40 olarak belirtmişlerdir (2000).

2.7.7. Irk

Epidemiyolojik çalışmalar ırkın üriner inkontinansın gelişiminde rol oynadığını, stres inkontinansın beyaz ırkta; zenci, Çin ve Eskimo kadınlarından daha sık görüldüğünü göstermişlerdir. Bu kadınların pelvik taban kaslarının ve ligamentlerinin beyaz kadınlara göre daha güçlü olduğu düşünülmektedir (Aslan, 1999; Özerdoğan, 2003; Küçükdikencik, 2002; Huang et al., 2006).

2.7.8. Prolapsus ve Anterior Onarım

Dolu bir mesane üretro-vesikal bağlantı olarak karın içi yerleşim göstermektedir. Sistosel, rektosel, genital prolapsusu olan hastalarda bu bağlantı karın dışında yer alabilmektedir. Bunun sonucunda öksürme, hapşurma ve gülme gibi karın içi basıncın yükseldiği durumlarda mesaneye üretradan daha fazla basınç iletilmektedir. Bu durumda mesane içi basıncın üretra içi basıncı aştığı zaman idrar kaçırma görülmektedir (Gomel ve ark., 1995). Rozenweig ve arkadaşları (1992) yaptıkları çalışmada ağır genital prolapsusu olan ancak üriner inkontinans semptomları olmayan kadınların %60'ında ürodinamik yöntemlerle gizli üriner inkontinanslarının

olduğunu saptamışlardır. Grady ve arkadaşları yaptıkları çalışmada sistoseli olan kadınların %30'unda yapılan ürodinamik tetkikler sonucunda mesane kasında instabilite olduğu, yapılan cerrahi onarımdan sonra 54 kadından 51'inde SUI'nın ortadan kaybolduğu saptanmıştır (1992).

2.7.9. Üriner Sistem Enfeksiyonu

Üriner sistem yapı ve fonksiyon bozukluğu, diyabet gibi çeşitli hastalıklar, uzun süreli veya geçici kateterizasyon, menapoz (östrojen eksikliği sonucu ürogenital flora değişir ve vaginal pH artar), az sıvı alımı ve kontraseptif amaçlı kullanılan diyaframlar ağır ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarına yol açmaktadır. Enfeksiyon mukozamal inflamasyon oluşturmakta ve bu durumda involanter detrusor kontraksiyonlara yol açmaktadır. Yine enfeksiyon ajanlarının salgıladıkları endotoksinlerin alfa adrenerjik etkisi ile üretral sfinkterde yetmezlik geliştirebilmektedir (Kışınışçi ve ark., 1996; Kelleher, 1997; Demir, 1999).

2.7.10. İlaçlar

Üretra içindeki basınç daha çok üretra duvarında bulunan düz kasların tonusuna bağlıdır. Tonus aktivitesi alfa adrenerjik ajanlarla arttırılırken, beta adrenerjiklerle azaltılmaktadır. Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar alfa adrenerjik resptörleri bloke ederek proksimal üretrayı gevşetmekte, üretra sfinkter yetmezliğinin gelişmesine yol açmaktadır (Gomel ve ark., 1995).

2.7.11. Diğer Risk Faktörleri

Üriner inkontinansa ait bildirilen başka risk faktörleri de bulunmaktadır. Bunlar; kronik konstipasyon, diüretik ilaçların kullanımı, radyasyon, ağır egzersizler, spinal kord yaralanmaları, fonksiyonel yetersizliğe ve bilişsel bozukluğa neden olan

hastalıklar, enürezis, 20 yaşından önce doğum yapma, diyabettir (Küçükdikencik, 2002).

2.8. Üriner İnkontinans Tanımı

Uluslararası Kontinans Derneği (UKD), üriner inkontinansı, idrarın objektif olarak kanıtlanabilir şekilde istemsiz kaçırılması ile birlikte sosyal yada hijyenik bir problem olarak tanımlamıştır (Abrams et al., 1988). İdrar kaçıışı sıklıkla üretradan olur. Üretra dışından bir yerden idrar kaçıışı ekstraüretral inkontinans olarak tanımlanır. Bunun nedeni üriner bir fistül yada ektopik üreter olabilir. UKD inkontinansı bir semptom, bir bulgu ve bir kondisyon olarak ayırmıştır. Ürodinami derneği idrar kaçıışına neden olan durumlar için kondisyon terimini kullanmış; buna göre , kondisyon, klinik yada ürodinamik tetkiklerle ortaya konan inkontinans fizyopatolojisidir (Blaivas et al., 1997). Kondisyonlar kesin ya da tahmini olabilir. Tahmini kondisyonlar klinik olarak ortaya konur. Bu tanımlama hem Amerikan Üroloji Derneği hemde Ürodinami Derneğince kabul edilmiştir.

Mesane ve üretradan oluşan alt üriner sistem anatomik ve nörolojik yapısı sağlam olmak kaydıyla idrarı uygun düşük basınçlarda depolayabilmekte ve bu iki unsurun uyumlu çalışmasıyla idrarı yine uygun düşük basınçlarla dışarı atabilmektedir. İşemenin her hangi bir fazında, alt üriner sistemin her hangi bir unsurunda anatomik, işlevsel, sinirsel bir aksama işeme bozukluğuna yol açmaktadır (Blaivas ve Growtz, 2002).

2.9. Üriner İnkontinans Tipleri

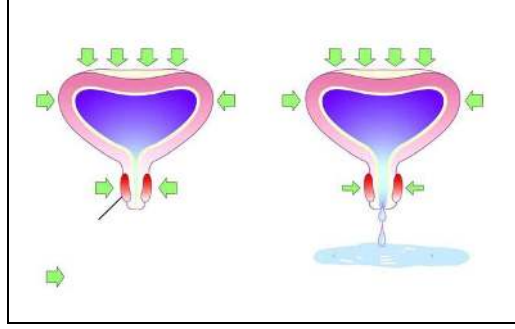
2.9.1. Detrusor İnstabilitesi

Uluslararası Kontinans Derneği (ICS), urge inkontinansı “ sıkışma hissinden hemen önce veya sıkışma hissi ile birlikte oluşan idrar kaybı” olarak tanımlamıştır (Abrams

et al., 2002). Urge inkontinans, sistometrinin dolma fazında hastanın inhibe etmek istemesine karşın spontan veya provokasyonla kontraksiyonlar gösteren mesane ya da detrusor instabilitesi olarak adlandırılır. Hastanın işemeyi inhibe etmek istemesine karşın ve/ veya kaçırma semptomları ile birlikte olan her istemsiz tonik detrusor kontraksiyon bugün instabilite olarak tanımlanmaktadır. Detrusor instabilite (DI) ile inhibe edilemeyen mesane kontraksiyonları pollaküri, noktüri ve urgency semptomları ile birlikte ya da bu semptomlar olmaksızın üriner inkontinansa neden olur. Buna ek olarak yaşlı hastalarda urge inkontinans semptomları ile birlikte olan bir diğer ürodinamik tanı mesane kontraktilitesinin bozulması ile ortaya çıkan Detrusor Hiperaktivitesidir. Detrusor hiperaktiviteli hastalar istemsiz olarak detrusor kontraksiyonlarla birlikte mesaneleri tamamen boşaltabilmek için kasmak zorundadırlar. Etyopatogenezinde dolum fazında detrusor kas aktivitesi üzerindeki istemli santral kontrolün kaybolması ve bunun sonucunda istemsiz detrusor kontraksiyonların gelişmesi yatmaktadır. Bu kontraksiyonlar sonucu mesane içindeki basınçtaki uygunsuz artışlar akomodasyonun bozulmasına, kapasite ve kompliansın azalmasına ve üriner şikâyetlerin ortaya çıkmasına neden olur. Mesane içi basınç, üretra içi basınçtan yüksek olduğu zaman ise inkontinans gelişir (Yaman ve ark., 1990; Pernol, 1994).

2.9.2. Stres Üriner İnkontinans

SUI, detrusor aktivitesi olmaksızın öksürme , gülme gibi intrabdominal basıncın arttığı fizik aktiviteler sırasında intravesikal basıncın maksimum üretral basıncı aşması sonucu gelişen istemsiz idrar kaçırma olayıdır (Yaman ve ark., 1990; Atasü ve ark., 1996; Ergen ve ark., 2000; Öztaç, 2000c). SUI fizyopatolojisinde iki önemli faktör rol oynar. Birincisi anatomik desteğin zayıflaması (%90 oranında), ikincisi internal sfinkter yetmezliğidir. SUI’da, yetersiz üretral kapanma mekanizması ya da anormal üretral kapanma mekanizması ancak anatomik yapıların intakt olamamasından kaynaklanabilir (Öztaç, 1996; Öztaç, 2000a; Öztaç, 2000b). SUI nedenleri; intrabdominal basınç artışı, üretral yetersizlik ve konjenital olabilir (Öztaç, 2000a).



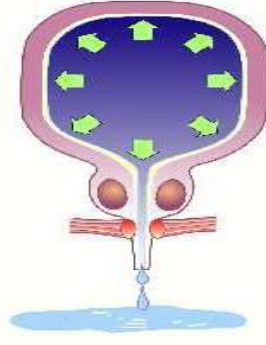
Şekil 6 : Stres Üriner İnkontinans

2.9.3. Miks Tip İnkontinans

Stres ve urge inkontinans semptomlarının bir arada görüldüğü inkontinans şekli olarak tanımlanır. Stres ya da urge inkontinans belirtileri diğerine oranla daha rahatsız edici düzeyde olabilir. Miks tip inkontinans geriatric popülasyonda daha sık görülmektedir (Atasü ve ark., 1996; Kışnişçi ve ark., 1996; Berek, 1998).

2.9.4. Overflow İnkontinans

Mesane aşırı dolması sonucunda belirli aralıklarla küçük miktarda istemsiz idrar kaçırılması durumudur (Gomel ve ark., 1995; Kışnişçi ve ark., 1996). Bu tip inkontinans detrusor kasında kontraksiyon yoktur. Mesane içi basınç üretra içi basıncı geçtiği zaman idrar kaçırma meydana gelmektedir. Miks tip inkontinans sık sık veya sürekli damlama şeklinde ya da urge veya stres inkontinans semptomlarını kapsayan çeşitli şekillerde görülebilir. Özellikle Diabetes Mellitus, alt spinal kord yaralanmaları, radikal pelvik cerrahi ya da üretradaki obstrüksiyon sonucunda oluşmaktadır (Arısan, 1991; Gomel ve ark., 1995; Atasü ve ark., 1996; Kışnişçi ve ark., 1996).



Şekil 7: Overflow inkontinans

2.9.5. Fonksiyonel Tip İnkontinans

Alt üriner sistem dışındaki faktörlere bağlı gelişen üriner inkontinans şeklidir. Çoğunlukla fiziksel ya da kognitif fonksiyonlardaki bozukluğa ya da depresyon, bağımlılık hissi gibi psikiyatrik sorunlar sonucunda oluşur (Gomel ve ark., 1995; Atasü ve ark., 1996).

2.10. Üriner İnkontinansın Tedavisi

Kadın üriner inkontinansının tedavisi davranışsal, farmakolojik ve cerrahi olmak üzere üç ana başlık altında incelenebilir.

2.10.1. Davranışsal Tedavi Yöntemleri

Bu tedavi yöntemleri; ucuz, yan etkisi az, evde, işyerinde ve klinikte kolay uygulanabilir olmaları açısından avantajlıdır (Aslan, 1999; Özerdoğan, 2003).

Diyetle İlgili Değişiklikler : Öncelikle kişinin diyet, sıvı alımı, tuvalet alışkanlıkları ile ilgili uygulamalarında basit değişiklikler yapılması, inkontinans şikâyetinin azalmasına yardımcı olabilir. Mesaneyi irite edebilen kahve, çay, sigara ve soda gibi içecek ve yiyeceklerin belirlenerek, bunların tüketilmemesi gerekir. İnkontinans epizodlarının azaltılması için yeterli miktarda sıvı alınmaması idrarı daha konsantre

hale getirir, mesane ve üretra mukozasını irite ederek daha sık idrar kaçığına neden olur (Özerdoğan, 2003). Konstipasyon durumu üretranın kısmen tıkanmasına ve mesaneyi irite etmesine sebep olacağından, yeterli sıvı ile birlikte lif oranı yüksek besinlerin alınması konstipasyonu önleyebilir (Özerdoğan, 2003).

Mesane Eğitimi : 1966 yılında Jeffcoate ve Francis tarafından geliştirilen mesane eğitimi, urge inkontinanslı hastalarda yarar sağlayan, bu hastalarda ilk sırada uygulanması gereken davranışsal tedavi girişimidir (Aslan, 1999). Mesane eğitiminde hedef, mesane volümü ve uyumunu artırarak inkontinansın olmadığı 3-4 saatlik işeme aralıklarına ulaşmaktır (Aslan, 1999; Kocaöz, 2001; Özerdoğan, 2003).

Pelvik Taban Egzersizleri : Kegel egzersizleri olarakta bilinen pelvik taban egzersizleri, stres üriner inkontinansın tedavisinde konservatif bir yaklaşım olarak, 1948 yılında Arnold Kegel tarafından tanımlanmıştır. Bu egzersizi yaparken doğru kasların kasılıp gevşetilmesi, bunun içinde kasların yerinin ve kasılma şeklinin hastaya öğretilmesi tedavinin başarısı için önemlidir (Özerdoğan, 2003). Literatürde pelvik taban egzersizlerinin düzenli olarak yapan stres üriner inkontinanslı kadınlarda %60-80 oranında iyileşme belirtilmiştir (Kocaöz, 2001; Özerdoğan, 2003; Freeman, 2004).

Biofeedback : Biofeedback fizyolojik olayların bir ekran düzeni aracılığı ile görsel ve işitsel sinyaller halinde hastaya yansıtılmasıdır. İnkontinans sorunu olan hasta, biofeedback aracılığı ile pelvik taban kaslarını belirlemeyi ve seçici olarak kullanabilmeyi öğrenir. Yapılan çalışmalarda biofeedback uygulanan hastaların % 50'sinde anlamlı bir iyileşme olmuştur (Aslan, 1999; Kocaöz, 2001; Özerdoğan, 2003; Döndar, 2006).

Fonksiyonel Elektrik Stimülasyonu (FES) : Stres ve urge olmak üzere her iki inkontinans tipinde de uygulanan bu tedavi yönteminde, hastanın intravajinal ve intraanal bölgesine yerleştirilen elektrodlarla verilen elektrik akımıyla, pudendal sinirin stimülasyonu sağlanır. Elektriksel stimülasyon internal üretral sfinkterik fonksiyonun artmasını, mesane kontraktilesinin azalmasını ve detrusör

inhibisyonunu sağlayarak, kontinansın gelişmesine katkıda bulunur (Özerdoğan, 2003).

Vaginal Konlar ve Mekanik Araçlar : Hem pelvik taban egzersizlerinin öğretilmesinde, hem de kas gücünün artırılmasında kullanılan vaginal konlar vajinaya yerleştirilirler ve pelvik taban kaslarının aktif ve pasif kontraksiyonları ile orada tutulurlar (Kocaöz, 2001; Özerdoğan, 2003). Bununla birlikte, diğer yöntemlere cevap vermeyen, cerrahi tedavi uygulanamayan hastalarda ya da geçici koruma sağlamada mekanik araçlar kullanılır. Bunlar; ihtiyaç duyulduğunda ya da egzersiz süresince, mesane boynunun kaldırılması amacıyla kullanılan (Vajinal tamponlar, vajinal peser, mesane boynunu destekleyici protezler) destekleyici araçlar ile kontinans pedleri, üretral tıplar, intraüretral gibi bariyer araçlarıdır (Özerdoğan, 2003).

2.10.2. Üriner İnkontinansta Farmakolojik Tedavi

Antikolinergik Ajanlar : İstemsiz mesane kontraksiyonlarını inhibe ederek mesane uyumunu ve kapasitesini artırır. Etken maddeleri oxybutynin, flavoxate, propantheline, dicyclomine olan ilaçlar bu grupta yer almaktadır (Aslan, 1999; Demirci, 2002; Özerdoğan, 2003).

Kalsiyum Kanal Blokerleri : Mesane düz kasının gevşemesinde intrasellüler kalsiyum salınımına veya kalsiyumun hücre içine alınımına etki ederler. Bu grupta yer alan bazı ilaçların etken maddeleri nifedipin ve terodilin'dir. Ödem, hipotansiyon, bulantı, halsizlik, taşikardi yapabilirler (Demirci, 2002; Özerdoğan, 2003).

Trisiklik Antidepresanlar : Mesane kontraksiyonlarını azaltıp, mesane boynu direncini artırır. Bu grup etken madde olarak imipramin hidroklorür ve doxepin'i içerir (Özerdoğan, 2003).

Prostaglandin İnhibitörleri : Mesane kontraksiyonlarının inhibe edilmesinde rol oynarlar. İndometazin ve mefenemik asit etken maddelerindendir (Özerdoğan, 2003).

Alfa-adrenerjik Ajanlar : Üretra basıncında artma sağlayarak hafif şiddetteki stres inkontinansında etkili olabilirler. Anksiyete, huzursuzluk, solunum güçlüğü, terleme, ritm bozuklukları, hipertansiyon gibi yan etkileri vardır (Aslan, 1999; Özerdoğan, 2003).

Östrojen Replasman Tedavisi (HRT) : Östrojen yokluğunda gelişen atrofi nedeniyle üriner sistemin duyuşal iritabilitesi artmakta ve nöromodülatör denge bozulmaktadır. HRT tedavisi inkontinansın bütün tiplerinde uygulanır. Bu tedavi ile alt üriner sistem iritasyonuna bağılı görülen yakınmalarda belirgin bir iyileşme sağlanmasına rağmen (%70-80), inkontinans yakınmasında aynı oranda (%40-50) bir azalma olmamaktadır (Özerdoğan, 2003).

2.10.3. Üriner İnkontinans Tedavisinde Cerrahi Yöntemler

Üriner inkontinansa yönelik cerrahi tedavi uygulama kararı mutlaka detaylı öykü, fiziksel muayene, klinik ve ürodinamik testleri içeren yeterli bir ürojinekolojik değerlendirme sonrasında verilmelidir. Hastanın inkontinans patofizyolojisi çok iyi değerlendirilmeli ve en uygun operasyon seçilmelidir. Üriner inkontinans için uygulanacak cerrahi prosedürler:

Vaginal operasyonlar : Kolporafi anterior-Kelly-Kennedy plikasyonu

Retropubik operasyonlar : Marshal Marchetti Krantz, Burch ve Paravaginal tamir

Kombine yaklaşımlar : İğne teknikleri (Pereyra, Stamey, Double needle, Gittes...), Sling, Subüretral sling, Vaginal duvar sling, TVT

Periüretral enjeksiyonlar (intra, paraüretral)

Laparoskopik yaklaşımlar (Demirci, 2002).

2.11. Üriner İnkontinans Değerlendirmesi, İzlemi ve Korunmasında Hemşirenin Rolü

Toplumda hemşirenin görevi bireylere, ailelere ve gruplara, yaşadıkları, çalıştıkları ortamın koşulları içerisinde fiziksel, ruhsal ve sosyal potansiyel risklerini belirleme ve bu potansiyel riskleri değerlendirmeleri konusunda yardımcı olmaktır. Bunun için sağlığın geliştirilmesi ve korunmasının yanı sıra hemşireler tarafından hastalıkların önlenmesini sağlayacak işlevler geliştirilmeli ve uygulanmalıdır. Aynı zamanda hastalığın rehabilitasyonu sırasında bakımın planlanması ve yerine ulaştırılmasını da kapsayan hemşirelik, yaşamın sağlık, hastalık, özürlülük ve ölüm olaylarını etkileyen fiziksel, ruhsal ve sosyal yönleriyle de ilgilidir. (Biol, 1997) Üİ tedavi edilme şansı olmasına rağmen topluma majör fiziksel, psikososyal ve ekonomik etkileri bulunan, çoğu zaman sağlık kurumuna rapor edilmekte gecikilen bir durum olduğu için sağlık profesyonelleri tarafından toplum içerisinde özen gösterilmeye ihtiyacı olan bir sağlık durumudur.

Amerika Sağlık Örgütü (Department of Health) (ABD-2000) tarafından, “Good Practice in Continence Services” başlığı altında toplumdaki kontinans hizmetleri için yeni bir politika oluşturulmuştur. Bu politika ağırlıklı olarak hemşirelere görev ve sorumluluklar verilmiştir. Hükümetin bu konudaki çözümü yeni primer sağlık hizmeti sağlayan bir grup oluşturmaktır. Primer sağlık bakımını sağlayan üyeler arasında pratisyen hekimler, Kontinans hemşireleri, branş hemşireleri, ev ziyaret hemşireleri, ebeler, eğitim hemşireleri, halk sağlığı hemşireleri bulunmaktadır (Rigby, 2003; Williams, 2004). Böylece hemşireler üriner inkontinansa neden olabilecek risk faktörlerinin belirlenmesinde ve tarama faaliyetlerinin yürütülmesinde daha etkin görev alabileceklerdir (Kocagöz, 2001). ABD’de bazı bakım merkezlerinde, Üİ tedavi yöntemlerinden biri olan davranışsal terapiler hemşirelerin sorumluluğu altındadır (Robinson, 2000).

2.11.1. Üriner İnkontinans Tanılama ve Değerlendirmesinde Hemşirenin Görevleri

Hemşirelik değerlendirmesi ve hasta öyküsü alma, inkontinans oluşma sebepleri, bulguları ve olası sebepler hakkında diğer sağlık personeline yardımcı olacaktır. Bu hemşirelik değerlendirmesi temelde hasta ile görüşülerek, tartışılarak ve gözlem yolu ile yapılır (The CE Solutions, 2002). Üİ sebebiyle sağlık kurumuna başvuran bireylerden öncelikli olarak, günlük mesane fonksiyonlarının kayıt edilmesi istenir. İnkontinans hemşiresi hasta hikayesini aldıktan sonra hasta değerlendirmesinde, günlük idrar çıkışını kayıt etmekle görevlidir (Sarkar ve Ritch, 2000). Tanılama aşamasında da hemşirenin uygulayabileceği bazı tanılama testleri (rezidüel idrar ölçümü, ped test, pelvik kas gücü değerlendirmesi gibi) bulunmaktadır (Kocagöz, 2001).

2.11.2. Üriner İnkontinans Cerrahisinde Hemşirenin Görevleri

Hemşire, sağlık sorununu cerrahi yöntemle çözümlmek zorunda kalan hastalara, fizyolojik, psikolojik ve sosyal-ekonomik sorunların giderilmesinde, rehber, bakım verici, danışman ve hasta hakları savunucusu rolleri ile yardımda bulunacak kişidir (Çayır, 1999). Eğer cerrahi tedavi yapılacaksa preoperatif dönemde hastalara ameliyat hakkında bilgi verilmelidir. Postoperatif dönemdeki hemşirelik girişimlerinin iki temel amacı vardır: Bunlar, enfeksiyonu ve varsa suture üzerindeki baskıyı önlemektir. Buna yönelik olarak katater bakımı, idrar rengi ve miktarı gözlemi, perine bakımı ve düzenli olarak bağırsak boşaltımının yapılması sağlanır. Postoperatif dönemde hastalardan uzun süre ayakta durmaması, oturmaması, yürümemesi ve ağır bir şey kaldırmaması istenir. Ayrıca tam bir iyileşme sağlanana kadar seksüel aktivitelerden kaçınması önlenir (Kocagöz, 2001; Taşkın, 2002).

2.11.3. Üriner İnkontinansın Korunmada Hemşirenin Görevleri

Üİ tanısı konan kadınlar öncelikli olarak üriner inkontinansın primer bakım ilkelerini gerçekleştiren hemşireleri tercih ederler. Bu yüzden ilk aşamada bireylere ve ailelere uygulanan hemşire danışmanlığı, Üİ'tan korunmada ve inkontinans bulgularının ilerlemesini önlemede uygun olarak kabul edilmektedir. Üİ semptomları dayanılmaz olduğunda ise hastalar bu konuyla ilgili uzman doktorlara ulaşmaya karar verirler (Williams, 2004) .

Hemşire olarak Üİ önlemede izlenmesi gereken ilk aşama, bireyde inkontinansa neden olan predispozan faktörleri belirlemek ve inkontinans tanısı konmadan önce semptomun sık görülmesini engellemektedir. İkincisi bulguların daha fazla ilerlemesini önlemektir. Üçüncüsü ise, birey ve çevresinin inkontinans nedeniyle etkilenmesini ve komplikasyonların oluşmasını engellemektedir (Fonda et al., 1998; The CE Solutions, 2002).

Hemşirelere Üİ'tan bireyleri korumak açısından eğitim ve danışmanlıkta önemli görevler düşmektedir. Hemşireler Üİ'tan korunmada, bireylere düzenli mesane alışkanlıkları kazandırmayı amaçlamaktadır. Bu eğitimin içeriği aşağıdaki konulardan oluşmaktadır (The CE Solutions, 2002).

1. Her bireyin günde en az 6-8 bardak yeterli sıvı alması, eğer düzenli egzersiz yapılyorsa ve hava sıcaksa bu oran arttırılmalıdır.
2. Her bireyin 24 saat içerisinde 3-4 saatte bir mesanesini boşaltmak için tuvalete gitmesi gereklidir (24 saat içerisinde 4-8 defa tuvalete gitmek gereklidir.).
3. Gece bir kez mesaneyi boşaltmak için tuvalete kalkmak Üİ açısından risk teşkil etmemektedir.
4. Gece 2 ve 2'den fazla tuvalete kalkmak Üİ açısından risk teşkil etmektedir.
5. Birey hiçbir zaman mesanesini boşaltmak için kendini zorlamamalı,rahat bir şekilde idrarını yapmalıdır.

6. Bireyin idrar kaçıırma, idrar yaparken ağrı ve idrarda kanama gibi bulgular görüldüğünde en yakın sağlık kurumuna başvurulması gerekir.
7. Kafein içeren gıdalar (çay, kahve, kola veya çikolata v.b) idrar kontrolünü azaltır. Bu yüzden inkontinans açısından riskli olan gıdalardan uzak durmak gerekir.

Hemşireler, Üİ danışmanlığı kapsamında kegel egzersizlerinin neden ve nasıl yapılması gerekliliği konusunda hastalara bilgi vermekten sorumludur.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma İzmir Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve Servisine ve ayrıca Üroloji Polikliniğine başvuran normal vajinal doğum yapmış genç kadınlarda obezite ve doğum sayısı ile üriner inkontinans arasındaki ilişkinin araştırılması amacıyla planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma İzmir Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve Servisine ve ayrıca Üroloji Polikliniğine değişik nedenlerle başvuran kadınlarda yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni, 1 Şubat 2010-31 Ağustos 2010 tarihleri arasında İzmir Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve Servisine ve Üroloji Polikliniğine başvuran normal vajinal doğum yapmış genç kadınlar oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, 1 Şubat 2010-31 Ağustos 2010 tarihleri arasında, daha önceden doğum yapmış ve sonrasında komplikasyon gelişmemiş kontrol amaçlı olarak İzmir Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum

Polikliniğine başvuran, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde yeni doğum yapmış ve komplikasyon gelişmemiş ve son olarak üriner inkontinans şikayeti nedeniyle Üroloji Polikliniğine başvuran; 40 yaş ve altı normal vajinal doğum yapmış, araştırmayı kabul eden 250 kadından oluşmaktadır.

Araştırmamıza menepoza girmiş ve üriner inkontinans şikâyetinden kaynaklanan cerrahi bir operasyon geçirmiş hastalar, üriner inkontinans şikayeti olan hastalar, pelvik enfeksiyon tarifleyen hastalar çalışma gruplarına dahil edilmemiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Veri toplamak amacıyla, incelenen literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen, 33 soruluk bir anket formu kullanılmıştır. Çalışmamıza katılmayı kabul eden hastalarla birebir yüzyüze görüşme ile anket formları doldurulmuştur.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen veriler SPSS 18.0 paket programında uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri için aritmetik ortalama, standart sapma gösterimi kullanılmış, verilerin tüm dağılımlarını göstermek amaçlı yüzdeler hesaplanmış; bazı tanımlayıcı verilerin istatistiksel karşılaştırılması için Ki-kare testi kullanılmıştır. Tüm analizler için anlamlılık sınırı $P < 0.05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, İzmir Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve Servisine ve Üroloji Polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 250 hastadan elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular bulunmaktadır.

Tablo-1. İzmir Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniği ve Servisine ve Üroloji polikliniğine başvuran hastaların sosyo-demografik özellikleri (n=250).

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
BMI		
Zayıf (18.5 kg / m ² ve altı)	28	11,2
Normal (18.5-24.9 kg / m ² arası)	151	60,4
Fazla Kilolu (25-29.9 kg / m ² arası)	50	20
Obez (30 kg / m ² ve üzeri)	21	8,4
TOPLAM	250	100
EĞİTİM		
Okur-yazar	16	6,4
İlkokul	101	40,4
İlköğretim	43	17,2
Lise	66	26,4
Üniversite	24	9,6
TOPLAM	250	100
MESLEK		
Ev Hanımı	168	67,2
Çalışan	78	31,2
Diğer	4	1,6
TOPLAM	250	100

Çalışmaya katılan tüm hastaların yaş ortalaması 31,9'dır. Hastaların yüksek oranını kilo açısından normal kiloda (%60,4); eğitim açısından ilkokul mezunu (%40,4); meslek açısından ev hanımı (%67,2) olan alt gruplar oluşturmuştur (Tablo 1).

Tablo-2. İzmir Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniği ve Servisine ve Üroloji polikliniğine başvuran hastaların gebelikteki durumları (n=250).

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
DOĞUM SAYISI		
1	97	38,8
2-3	140	56
4 ve Üzeri	13	5,2
TOPLAM	250	100
SON DOĞUM		
Zor	124	49,6
Kolay	126	50,4
TOPLAM	250	100
GEBELİKTE KİLO ALIMI		
1-10	87	34,8
10.1-15	95	38
15.1-20	46	18,4
20.1 -Üzeri	22	8,8
TOPLAM	250	100
GÜNLÜK ORTALAMA İDRAR		
1-3	59	23,6
4-üzeri	191	76,4
TOPLAM	250	100

Çalışmaya katılan tüm hastaların büyük çoğunluğunu doğum sayısı açısından 2-3 arası doğum yapmış (%56), son doğumun niteliği açısından kolay olan (%50,4), gebelikte kilo alımı açısından 10.1-15 arasında kilo almış olan (%38), günlük ortalama gebelikte idrara çıkma açısından 4 ve üzeri (%76,4) olan alt gruplar oluşturur (Tablo 2).

Tablo-3. İzmir Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve Servisine ve Üroloji Polikliniğine başvuran hastaların idrar kaçırma şikâyeti durumları (n=250)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
GEBELİKTE İDRAR KAÇIRMA ŞİKÂYETİ		
Evet	87	34,8
Hayır	163	65,2
TOPLAM	250	100
GECE İKİ VE İKİDEN FAZLA İDRARA ÇIKMA		
Evet	92	36,8
Hayır	158	63,2
TOPLAM	250	100
İDRAR KAÇIRMA ŞİKÂYETİ		
Evet	83	33,2
Hayır	167	66,8
TOPLAM	250	100
İDRAR'A SIKIŞILDIĞINDA İDRAR KAÇIRMA		
Evet	88	35,2
Hayır	162	64,8
TOPLAM	250	100
TUVALETE YETİŞEMEME NEDENİYLE İDRAR KAÇIRMA		
Evet	42	16,8
Hayır	208	83,2
TOPLAM	250	100

Hastaların yüksek oranı gebelikte idrar kaçırma şikâyetine hayır (%65,2), gece iki ve ikiden fazla idrara çıkma durumuna hayır (%63,2), idrar kaçırma şikâyetine hayır (%66,8), idrar'a sıkışıldığında idrar kaçırma durumuna hayır (%64,8), tuvalete yetişememe nedeniyle idrar kaçırma durumuna hayır (%83,2) cevaplarını vermiştir.

Tablo-4. İzmir Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve Servisine ve Üroloji Polikliniğine başvuran hastaların idrar kaçırma ile ilgili tedavi durumları (n=250).

Özellikler	Sayı(n)	Yüzde(%)
TEDAVİ GÖRME		
Evet	18	7,2
Hayır	232	92,8
TOPLAM	250	100
SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURMA		
Evet	25	10
Hayır	225	90
TOPLAM	250	100
SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURMAMA NEDENİ		
Vakit bulamadım	10	4
Çekindim	14	5,6
Rahatsız etmiyor	24	9,6
Normal olduğunu düşündüm	3	1,2
Çevreme göre normal olduğu için	14	5,6
Cevap vermek istemiyorum	185	74
TOPLAM	250	100

Hastaların yüksek oranı, idrar kaçırma şikâyetinden dolayı tedavi görme durumuna hayır (%92,8), idrar kaçırma şikâyetinden dolayı sağlık kuruluşuna başvurma durumuna hayır (%90), ve sağlık kuruluşuna başvurmama nedenine cevap vermek istemiyorum (%74) cevaplarını vermiştir.

Tablo-5. Üriner inkontinans şikâyetlerinin sosyal yaşam üzerindeki etki durumlarının dağılımları (n=250).

Sosyal Yaşama Etkisi	Sayı (n)	Yüzde (%)
ÖKSÜRMEKTEN VE HAPŞIRMAKTAN KAÇINMA		
Evet	60	24
Hayır	190	76
TOPLAM	250	100
GÜLMEKTE Kİ KAÇINMA		
Evet	29	11,6
Hayır	221	88,4
TOPLAM	250	100
OTURDUKTAN SONRA AYAĞA KALKILDIĞINDA DİKKAT ETMEK		
Evet	29	11,6
Hayır	221	88,4
TOPLAM	250	100
GECELERİ RAHAT UYUMAK		
Evet	183	73,2
Hayır	67	26,8
TOPLAM	250	100
ALINAN SIVI MİKTARINA DİKKAT ETMEK		
Evet	83	33,2
Hayır	167	66,8
TOPLAM	250	100
İDRAR KAÇIRMANIN KIYAFET SEÇİMİNE ETKİSİ		
Evet	14	5,6
Hayır	236	94,4
TOPLAM	250	100
UZUN SÜRELİ YOLCULUK YAPMAKTAN KAÇINMA		
Evet	64	25,6
Hayır	186	74,4
TOPLAM	250	100
DİŞARI ÇIKILDIĞINDA TUVALET SORUNU YAŞAMA		
Evet	90	36
Hayır	160	64
TOPLAM	250	100
İDRAR KAÇIRMANIN HAYATA ETKİSİ		
Hiç etkilemiyor	153	61,2
Nadir etkiliyor	41	16,4
Bazen etkiliyor	38	15,2
Sık sık etkiliyor	11	4,4
Her zaman etkiliyor	7	2,8
TOPLAM	250	100

Tablo-5. (Devam) Üriner inkontinans şikâyetlerinin sosyal yaşam üzerindeki etki durumlarının dağılımları (n=250).

ZAMANINDA TUVALETE YETİŞEMEME KORKUSU		
Evet	75	30
Hayır	175	70
TOPLAM	250	100
BAŞKALARININ KİŞİ ÜZERİNDE İDRAR KOKUSU DUYMA KORKUSU		
Evet	41	16,4
Hayır	209	83,6
TOPLAM	250	100
İDRAR KAÇIRMANIN YARATTIĞI GÜVEN EKSİKLİĞİ		
Evet	19	7,6
Hayır	231	92,4
TOPLAM	250	100
ÇARESİZ HİSSETME		
Evet	13	5,2
Hayır	237	94,8
TOPLAM	250	100
MUTSUZ HİSSETME		
Evet	23	9,2
Hayır	227	90,8
TOPLAM	250	100
İDRAR KAÇIRMANIN CİNSEL İLİŞKİ ÜZERİNE ETKİSİ		
Evet	39	15,6
Hayır	211	84,4
TOPLAM	250	100

Hastaların yüksek oranı üriner inkontinansın sosyal yaşama etkisinin olumsuz yönde olmadığını cevabını vermiştir. Hastaların (n=250) 83 kişisi idrar kaçırma şikâyetine evet cevabını vermiştir ve bu hastaların içinde 29 kişi (%11,6) idrar kaçırma şikâyeti nedeniyle gülmekten kaçınmıştır. Totalde idrar kaçırmanın hayata olan etkisine %61,2'si (n=153) “hiç etkilemiyor”, %16,4'ü (n=41) “nadir etkiliyor”, %15,2'si (n=38) “bazen etkiliyor”, %4,4'ü (n=11) “sık sık etkiliyor” ve %2,8'i (n=7) ise “her zaman etkiliyor” cevabını vermiştir. Ayrıca n=250 hastanın %15,6'sı (n=39) idrar kaçırmanın cinsel ilişki üzerine etkisinin olduğunu, %84,4'ü (n=211) ise hayır cevabını vermiştir.

Tablo-6. BMI, eğitim, meslek, doğum sayısı, son doğum, gebelikte kilo alımı ve günlük ortalama idrar özelliklerine göre idrar kaçırma şikâyetinin karşılaştırılması durumu (n=250)

İDRAR KAÇIRMA ŞİKAYETİ					
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n	X ²	P
BMI					
ZAYIF	12 (%42,9)	16 (%57,1)	28	15,121	0,002
NORMAL	46 (%30,5)	105 (%69,5)	151		
FAZLA KİLOLU	11 (%22)	39 (%78)	50		
OBEZ	14 (%66,7)	7 (%33,3)	21		
TOPLAM	83 (%33,2)	167 (%66,8)	250		
EĞİTİM					
OKURYAZAR	4 (%25)	12 (%75)	16	2,202	0,699
İLKOKUL	33 (%32,7)	68 (%67,3)	101		
İLKÖĞRETİM	18 (%41,9)	25 (%58,1)	43		
LİSE	20 (%30,3)	46 (%69,7)	66		
ÜNİVERSİTE	8 (%33,3)	16 (%66,7)	24		
TOPLAM	83 (%33,2)	167 (%66,8)	250		
MESLEK					
EV HANIMI	58 (%34,5)	110 (%65,5)	168	1,127	0,569
ÇALIŞAN	23 (%29,5)	55 (%70,5)	78		
DİĞER	2 (%50)	2 (%50)	4		
TOPLAM	83 (%33,2)	167 (%66,8)	250		
DOĞUM SAYISI					
1	26 (%26,8)	71 (%73,2)	97	3,431	0,180
2*3	51 (%36,4)	89 (%63,6)	140		
4 VE ÜZERİ	6 (%46,2)	7 (%53,8)	13		
TOPLAM	83 (%33,2)	167 (%66,8)	250		
SON DOĞUM					
ZOR	36 (%29)	88 (%71)	124	1,927	0,165
KOLAY	47 (%37,3)	79 (%62,7)	126		
TOPLAM	83 (%33,2)	167 (%66,8)	250		

Tablo 6'e göre, araştırmaya katılan normal doğum yapmış kadınların eğitim, meslek, doğum sayısı, son doğum, gebelikte kilo alımı, günlük ortalama idrar durumları ve idrar kaçırma şikâyeti arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

Araştırmaya katılan normal doğum yapmış kadınların BMI durumu ve idrar kaçırma şikâyeti arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). BMI'ine

göre zayıf olan hastaların %42,9'u, normal olan hastaların %30,5'i, fazla kilolu olan hastaların %22'si, obez olan hastaların ise %66,7'si idrar kaçırma şikâyetine evet cevabını vermişlerdir. Totalde ise %33,2'si idrar kaçırma şikâyetine evet cevabını vermişlerdir. Obez olan kadınlarda idrar kaçırma (%66.7) en yüksektir.

Doğum sayısı ve inkontinans arasında istatistiksel bir anlamlılık yoktur. Ancak doğum sayısı arttıkça inkontinansın sıklığı artmaktadır. Bir doğum yapanlarda %26.8 oranında inkontinans belirtilirken, 4 ve üzeri doğum yapanlarda bu oran %46.2'lere çıkmaktadır.

Tablo-7. BMI,eğitim,meslek,doğum sayısı,son doğum,gebelikte kilo alımı ve günlük ortalama idrar özelliklerine göre gece iki ve ikiden fazla idrara çıkma şikâyetlerinin karşılaştırılması durumu (n=250)

GECE İKİ VE İKİDEN FAZLA İDRARA ÇIKMA					
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n	X²	P
BMI					
ZAYIF	8 (%28,6)	20 (%71,4)	28	6,601	0,086
NORMAL	62 (%41,1)	89 (%59)	151		
FAZLA KİLOLU	19 (%38)	31(%62)	50		
OBEZ	3 (%14,3)	18 (%86)	21		
TOPLAM	92 (%36,8)	158 (%63,2)	250		
EĞİTİM					
OKURYAZAR	7 (%44)	9 (%56,3)	16	1,197	0,879
İLKOKUL	38 (%38)	63 (%62,4)	101		
İLKÖĞRETİM	13 (%30)	30 (%69,8)	43		
LİSE	25 (%38)	41 (%62,1)	66		
ÜNİVERSİTE	9 (%38)	15 (%62,5)	24		
TOPLAM	92 (%36,8)	158 (%63,2)	250		
MESLEK					
EV HANIMI	63 (%37,5)	105(%62,5)	168	0,495	0,781
ÇALIŞAN	27 (%34,6)	51 (%65,4)	78		
DİĞER	2 (%50)	2 (%50)	4		
TOPLAM	92 (%36,8)	158 (%63,2)	250		
DOĞUM SAYISI					
1	32 (%33)	65(%67)	97	2,297	0,317
2*3	53 (%37,9)	87 (%62,1)	140		
4 VE ÜZERİ	7 (%53,8)	6 (%46,2)	13		
TOPLAM	92 (%36,8)	158 (%63,2)	250		
SON DOĞUM					
ZOR	49 (%39,5)	75 (%60,5)	124	0,780	0,226
KOLAY	43 (%34,1)	83 (%65,9)	126		
TOPLAM	92 (%36,8)	158 (%63,2)	250		

Tablo-7'e göre, araştırmaya katılan normal doğum yapmış kadınların BMI, eğitim, meslek, doğum sayısı, son doğum, gebelikte kilo alımı ve gece iki ve ikiden fazla idrara çıkma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo-8. BMI, eğitim, meslek, doğum sayısı, son doğum, gebelikte kilo alımı ve günlük ortalama idrar özelliklerine göre tuvalete girdikten hemen sonra idrar kaçırma şikâyetlerinin karşılaştırılması durumu (n=250)

TUVALETE GİRDİKTEN HEMEN SONRA İDRAR KAÇIRMA					
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam n	X²	P
BMI					
ZAYIF	4 (%14,3)	24 (%85,7)	28	5,906	0,116
NORMAL	26 (%17,2)	125 (%82,8)	151		
FAZLA KİLOLU	5 (%10)	45 (%90)	50		
OBEZ	7 (%33,3)	14 (%66,7)	21		
TOPLAM	42 (%16,8)	208 (%83,2)	250		
EĞİTİM					
OKURYAZAR	4 (%25)	12 (%75)	16	5,468	0,243
İLKOKUL	19 (%18,8)	82 (%81,2)	101		
İLKÖĞRETİM	10 (%23,3)	33 (%76,7)	43		
LİSE	6 (%9,1)	60 (%90,9)	66		
ÜNİVERSİTE	3 (%12,5)	21 (%87,5)	24		
TOPLAM	42 (%16,8)	208 (%83,2)	250		
MESLEK					
EV HANIMI	33 (%19,6)	135 (%80,4)	168	3,553	0,169
ÇALIŞAN	8 (%10,3)	70 (%89,7)	78		
DİĞER	1 (%25)	3 (%75)	4		
TOPLAM	42 (%16,8)	208 (%83,2)	250		
DOĞUM SAYISI					
1	12 (%12,4)	85 (%87,6)	97	3,490	0,175
2*3	26 (%18,6)	114 (%81,4)	140		
4 VE ÜZERİ	4 (%30,8)	9 (%69,2)	13		
TOPLAM	42 (%16,8)	208 (%83,2)	250		
SON DOĞUM					
ZOR	18 (%14,5)	106 (%85,5)	124	0,918	0,338
KOLAY	24 (%19)	102 (%81)	126		
TOPLAM	42 (%16,8)	208 (%83,2)	250		

Tablo-8'e göre, araştırmaya katılan normal doğum yapmış kadınların BMI, eğitim, meslek, doğum sayısı, son doğum, gebelikte kilo alımı, günlük ortalama idrar ve tuvalete girdikten hemen sonra idrar kaçırma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Ancak obez kadınlarda oran daha yüksektir. 4 ve üzeri doğum yapan kadınlarda, daha az sayıda doğum yapan kadınlara göre üriner inkontinans daha

sıktır. Bu da obezite ve doğum sayısı ile tuvalete girdikten hemen sonra idrar kaçırma şikâyetinin arttığını göstermektedir.

5.TARTIŞMA

Üriner kontinans; efektif bir üretral kapanma basıncı, intraabdominal basınç artışlarının mesane ve proksimal üretraya eşit olarak iletilmesi, fonksiyonel üretral uzunluk, pelvik taban kaslarının stres anında midüretral basıncı arttırması, sfinkterik ünitenin normal anatomik lokalizasyon ve fonksiyonda olması, mesane boynunun valv etkisi ile üretral mukozal kapanmanın bir denge halinde bulunmasıyla sağlanmaktadır. Ani intraabdominal basınç artışlarında, levator ani ve obturator kaslarda oluşan refleks kontraksiyon sonucunda; üretropelvik ligamentteki gerginliğin artmasıyla midüretral kapanma oluşarak, mesane boynu ve proksimal üretrada stabilizasyon sağlanmakta ve böylece bu yapıların aşağı doğru yer değiştirmesi engellenmektedir. Travma, enfeksiyon ve anatomik değişiklikler gibi çeşitli faktörler nedeniyle pelvik taban yetmezliği gelişmekte ve alt üriner sistem fonksiyonlarında bozukluğa yol açıp inkontinansa neden olmaktadır (Norton, 1990; Davilla, 1994).

Üriner inkontinasın görülme sıklığı yaşla birlikte artmakla beraber sadece yaşlı popülasyonda değil genç ve orta yaşlı popülasyonda da görülebilmektedir. Yapılan prevelans çalışmalarında inkontinans prevelansı 20-59 yaş arasında %39,6, 42-50 yaş arasında %58,4 ve 65 yaş üstünde %30-60 arasında bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmada 30 yaş altı grupta %13 ve 70 yaş ve üzerinde %30 olarak tespit edilmiştir. Genel olarak inkontinans prevelansının tüm kadınlar için %25 olduğu bildirilmektedir (Foldspang et al., 1999).

Bizim çalışmamızda hastalarımız 40 yaş ve altını oluşturmaktadır. Çalışmamızı oluşturan hastaların yaş ortalaması 31,9 dur. Bu yaş grubunda bizim çalışmamızda inkontinans prevelansı %33,2'dir. Hastalarımız genç yaşta olduklarından, inkontinans durumunun yaşlılık ve menopoza etkilenmeyeceğini düşünmekteyiz.

Üriner inkontinasta bir diğer risk faktörü vücut kitle indeksi (BMI- kg/m^2)'dir. Artan vücut ağırlığı, karın duvarı ağırlığının artmasına, intraabdominal basıncın ve intraveziküler basıncın yükselmesine sebep olur. Aynı zamanda yüksek bel kalça oranı stres inkontinans için bağımsız bir risk faktörü olarak görülmüş (Walters ve Karram, 1993). Dwyer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, obez olan kadınlarda (boya ve yaşa göre ortalama kilodan %20 fazla olma), gerçek stres inkontinans ve detrüsr instabilitesi, normal popülasyona göre anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur (Brown et al., 1999). Burgio ve arkadaşları 42-50 yaş arası inkontinanslı kadınlarda yaptığı bir çalışmada vücut kitle indeksi yüksek olan kadınlarda üriner inkontinansın yüksek oranda görüldüğünü saptamışlardır (Burgio et al., 1991). Mommsen ve arkadaşları vücut kitle indeksi ile stres üriner inkontinans arasında yakın bir ilişki olduğunu belirtmektedir (Mommsen ve Foldspang, 1994). Gunhilde ve arkadaşları 140 kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada ortalama BMI indeksini 27,2 (kg/m^2), inkontinanslı olan bayanlarda 29 (kg/m^2) ve kontinant kadınlarda 25,4 (kg/m^2) olarak tespit etmişlerdir (Gunhilde et al., 2002). Koçak ve arkadaşları 18-92 yaş arası 1012 kadında yapmış oldukları çalışmada inkontinanslı olan kadınların % 31,3'ünün BMI indeksini 25 (kg/m^2) üzerinde ve %14,5'ininde BMI indeksini 25 (kg/m^2) altında olduğunu belirtmiştir (Koçak et al., 2005).

Bu çalışmanın temel amaçlarından bir tanesi, üriner inkontinasta BMI'nin bir risk faktörü olarak istatistiksel olarak da doğrulanmasıdır. Çalışmamızdaki normal yolla doğum yapan hastaların BMI ortalaması 24.16, inkontinans prevalansı ise %33,2 dir. Bizim çalışmamızda, BMI göre oluşturulan farklı gruplar arasında BMI ile üriner inkontinans arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Zayıf kilolularda üriner inkontinans prevalansı % 42.9 (12/28), normal kilolularda % 30.5 (46/151), fazla kilolularda % 22 (11/50) ve son olarak obez olanlarda % 66.7 (14/21) olarak bulundu. Bu bulgular ışığında, BMI ile üriner inkontinans arasında korelasyon olduğu ve BMI arttıkça üriner inkontinans görülme sıklığının da genel olarak arttığı belirlenmiştir.

Öte yandan, BMI için oluşturulan alt gruplar ile üriner inkontinans arasındaki ilişki, tam olarak lineer değildir. Başka bir deyişle, hastaların BMI değeri arttıkça üriner inkontinans sorunlarında da benzer oranda bir artış olmamıştır. Örneğin, zayıf hastalarda üriner inkontinans prevalansı % 42.9 olarak bulunmuş ve bu sonuca bağlı olarak normal kilolu ve fazla kilolu hastalarda beklenen daha yüksek prevalansın aksine daha düşük prevalans değerleri (sırasıyla % 30.5 ve % 22) ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte, obez hastalar arasında üriner inkontinansın prevalansı (% 66.7) beklenildiği gibi diğer tüm hasta gruplarından daha yüksektir. Bunun farklılığın nedeni hafif derecede kilo artışının inkontinansı etkilemeyeceği ama aşırı obezitenin etkileyebileceği olabilir.

Bununla birlikte, çocuk doğurmanın üriner inkontinans için önemli bir faktör olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda, kadınlarda üriner inkontinans ile doğan çocuk sayısı arasında güçlü bir korelasyon olduğu ve artan çocuk sayısı ile üriner inkontinans prevalansının da arttığı rapor edilmiştir. Ayrıca, üriner inkontinans en belirgin artışın ilk çocuktan sonra görüldüğü belirlenmiştir (Milsom et al., 1993; Van Oyen ve Van Oyen, 2002; Koçak et al., 2005). Thomas ve arkadaşları inkontinans ve parite arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Nullipar kadınlarda multipar kadınlara oranla inkontinans daha az rapor edilmiştir. Pariteyle stres ve miks inkontinansın prevalansı artmakla birlikte urge inkontinans da bir fark saptanmamıştır. Paritenin inkontinans prevalansı üzerine etkisi yaştan bağımsızdır (Thomas et al., 1980). Holst ve Wilson'un 1988'de yayınlanan çalışmalarında nulliparlarda üriner inkontinans insidansı %20; 1 gebelik sonrası %53; 2 gebelik sonrası %34; 3 gebelik sonrası %39; 4 gebelik sonrası %54; 5 ve daha fazla gebeliklerde %62 bulmuşlardır (Parazzini, 2000).

Bizim çalışmamızda ise; doğum yapanlarda inkontinans prevalansı % 33.2 (83/250) olarak saptandı; tek doğum yapanlarda inkontinans prevalansı % 26.8 (26/97); 2-3 arası doğum yapanlarda % 36.4 (51/140) ve son olarak 4 ve üzeri doğum yapanlarda % 46.2 (6/13) olarak belirlendi. İstatistiksel olarak doğum sayısı ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.005$). Fakat ileri derece değerlendirildiğinde ileri bir prevalans açısından anlamlılık saptanmıştır. Başka bir

deyişle, p değeri anlamlı olmamasına rağmen, doğum sayısı arttıkça inkontinans prevalansının da arttığı belirlenmiştir. Doğum sayısı ile üriner inkontinans arasındaki ilişkiyi gösteren benzer sonuçlar daha önceki çalışmalarda da gösterilmiştir (Wilson et al., 1996; Parazzini, 2000; Siracusano et al., 2003).

Burgio ve arkadaşlarının 1991 yılında yaptıkları bir çalışmada, çalışma durumu ve eğitim düzeyi ile üriner inkontinansa yönelik tedavi olma isteği arasında bir ilişki saptanamamıştır. Kadınların eğitim durumuna göre üriner inkontinans dağılımına bakıldığında %25'inin okur-yazar, %32,7'sinin ilkokul, %41,9'unun ilköğretim, %30,3'ünün lise, %33,3'ünün ise üniversite mezunu oldukları tespit edilmiştir. Kadınların meslek durumuna göre üriner inkontinans dağılımına bakıldığında %34,5'inin ev hanımı, %29,5'inin ise çalışan olduğu saptanmıştır. Kadınların son doğum durumuna göre üriner inkontinans dağılımına bakıldığında %29'unun son doğumlarının zor olduğu, %37,3'ünün ise son doğumlarının kolay olduğu saptanmıştır. Kadınların gebelikte kilo alımı durumuna göre üriner inkontinans dağılımına bakıldığında 1-10 arasında kilo alan hastaların %36,8'i, 10.1-15 arasında kilo alan hastaların %33,7'si, 15.1-20 arasında kilo alan hastaların %30,4'ü ve 20.1 ve üzeri kilo alan hastaların ise %22,7'sinin idrar kaçırma şikâyetlerinin olduğu saptanmıştır. Kadınların günlük ortalama idrar durumuna bakıldığında ise 1-3 arasında cevap veren hastaların %30,5'i ve 4-ve üzeri cevap veren hastaların ise %34'ünün idrar kaçırma şikâyetine evet cevabı verdikleri saptanmıştır.

Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda, eğitim, meslek, son doğum, gebelikte kilo alımı ve günlük ortalama idrar durumları ile inkontinans arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çok boyutlu bir problem olan üriner inkontinans tedavisi multidisipliner bir ekip çalışması ile gerçekleştirilir. Bu ekibin önemli üyelerinden biri olan hemşirelerin, hastanın değerlendirilmesi, üriner inkontinans tedavi hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında aktif olarak rol alması gerekmektedir.

Fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik etkisiyle kişilerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen üriner inkontinans risk faktörlerinin bilinmesi, hastaların bu konuda bilgilendirilmesi ve erken yapılacak ucuz, non-invazif tedavi şekli olan fizyoterapi uygulamaları ile üriner inkontinans gelişimi azaltılacak ve kişilerin genel sağlık düzeyleri ve yaşam kaliteleri de arttırılacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma çerçevesinde amaçlanan üriner inkontinans ve BMI ile üriner inkontinans ve vaginal doğum sayısı arasındaki ilişkiler ortaya çıkarılmıştır. Elde edilen verilerden hareketle, normal vaginal yolla doğum yapmış kadınlarda üriner inkontinansın artan vücut kitle indeksi (BMI) ile birlikte arttığı sonucuna varılmıştır. Bununla birlikte, araştırmamızda hedeflenen üriner inkontinans ve vaginal doğum sayısı ilişkisi de ortaya çıkarılmış, vaginal doğum sayısı arttıkça üriner inkontinans görülme sıklığının da arttığı belirlenmiştir.

Öte yandan, çalışmamızın ana hedefleri arasında olmayan sonuçlar da değerlendirilmiş ve yapılan istatistiksel değerlendirmeler sonucunda, eğitim, meslek, son doğum, gebelikte kilo alımı ve günlük ortalama idrar durumları ile inkontinans arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0,05$).

Üriner inkontinansın tedavisi, birden fazla disiplinin bir araya gelerek çalışması ile mümkündür. Bu nedenle, söz konusu ekibin önemli üyelerinden biri olan hemşirelerin hastanın değerlendirilmesi, üriner inkontinans tedavi hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında aktif olarak rol alması gerekmektedir.

Bununla birlikte, sadece fiziksel değil aynı zamanda bireylerin sosyo-ekonomik ve psikolojik durumlarını da olumsuz etkileyen üriner inkontinansın etkin tedavisi için risk faktörlerinin bilinmesi ve hastaların bu konuda bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

ÖZET

Normal Vajinal Doğum Yapmış Genç Kadınlarda Obesite ve Doğum Sayısı İle Üriner İnkontinans Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Üriner inkontinans, Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından sosyal ve hijyenik bir problem haline gelen idrarın uygun olmayan yer ve zamanda istem dışı kaçırılması olarak tanımlanmaktadır. Üroloji ve jinekoloji poliklinikleri ile fizyoterapi bölümlerine başvuran hasta popülasyonunun önemli bir bölümünü, üriner inkontinans şikâyetçi olan hastalar oluşturmaktadır (Öztaç, 2000a; Öztaç, 2000b).

Toplum içinde sık görülmesine rağmen üriner inkontinans, ihmal edilmiş bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle ülkemizde gerek üriner inkontinans sorunu olan gerekse sorun olarak algılamadığı için sağlık hizmetine başvurmayan kadınları saptamak, soruna yönelik algılarını belirlemek, farkındalıklarını arttırmak amacıyla çalışmamız planlanmıştır.

Bu amaçla 1 Şubat 2010-31 Ağustos 2010 tarihleri arasında İzmir Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve Servisine ve Üroloji Polikliniğine başvuran ve normal vajinal doğum yapmış 40 yaş ve altı 250 genç kadınla anket yapılmıştır. Araştırma sonucu elde edilen veriler SPSS 18.0 paket programında uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak değerlendirilmiştir. Ayrıca, tanımlayıcı verilerin istatistiksel karşılaştırılması için Ki-kare testi kullanılmıştır.

Çalışma sonucunda, 250 hastadan 83'nün idrar kaçırmaya sorunu olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonuçlarından elde edilen veriler, kadınlarda üriner inkontinansın artan vücut kitle indeksi (VKİ) ile ilişkisi olduğunu göstermiştir. Zayıf kilolularda üriner inkontinans prevalansı % 42.9 (12/28), normal kilolularda % 30.5 (46/151), fazla kilolularda % 22 (11/50) ve son olarak obez olanlarda % 66.7 (14/21) olarak bulundu. Bu bulgular ışığında, BMI ile üriner inkontinans arasında korelasyon olduğu ve BMI arttıkça üriner inkontinans görülme sıklığının da genel olarak arttığı sonucuna varılmıştır.

Öte yandan, araştırma sonucundan elde edilen veriler doğum sayısı ile üriner inkontinans arasında güçlü bir ilişkinin olduğunu göstermiştir. Tek doğum yapanlarda inkontinans prevalansı % 26.8 (26/97); 2-3 arası doğum yapanlarda % 36.4 (51/140) ve son olarak 4 ve üzeri doğum yapanlarda % 46.2 (6/13) olarak belirlendi. İstatistiksel olarak p değeri anlamlı olmamasına rağmen, doğum sayısı arttıkça inkontinans prevalansının da arttığı belirlenmiştir.

Çalışmamızın sonucunda obezite ve doğum sayısının üriner inkontinansın görülme sıklığını arttırdığı ve her iki parametrenin de üriner inkontinans için yüksek risk faktörü oluşturduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Sözcükler : Doğum Sayısı, Üriner İnkontinans, Obezite, Vücut Kitle İndeksi (VKİ), Normal Doğum.

SUMMARY

Identification of the Relationships Between the Obesity and Birth Number with Urinary Incontinence in Young Women Who Had Normal Vaginal Deliveries.

Incontinence is defined by International Continence Society (ICS) as involuntary abduction of urine in an inappropriate place and time. An important part of the patient population admitted to urology and gynecology clinics and physiotherapy departments suffer from the urinary incontinence (Öztaç, 2000a; Öztaç, 2000b).

Although urinary incontinence is common in our society, it appears as a neglected health problem in our country. Therefore, our study is planned in order to determine the women who suffer from the urinary incontinence and women who do not apply to health centers since it is not accepted as a health problem. Also our study is aimed to increase their awareness and identify their perceptions towards the problem.

For this purpose, 250 young women admitted to Dokuz Eylul University Hospital Obstetrics and Gynecology Clinic and Urology Clinic between 1 February 2010 and 31 August 2010 who were under 40 years of age and had at least a normal vaginal delivery were surveyed. The research results obtained from the patients were evaluated using appropriate statistical methods in SPSS 18.0 package program. In addition, chi-square test was used to compare the descriptive statistical data.

As a result of the study, 83 of the 250 patients were found to have urinary incontinence. Data from research indicated that urinary incontinence in women was associated with increased body mass index (BMI). The prevalence of urinary incontinence was found 42.9% (12/28) in those with less overweight patients, 30.5% (46/151) in those with normal weight, % 22 (11/50) in those with overweight and finally 66.7% (14/21) in those with obese, respectively. In the light of these findings, it was concluded that there was a correlation between BMI and urinary incontinence, and the prevalence of urinary incontinence increased with increasing BMI.

On the other hand, data from research indicated that a stronger association existed between increasing birth number and urinary incontinence. The prevalence of urinary incontinence was found 26.8% (26/97) in women who had single vaginal delivery, % 36.4 (51/140) in those who had 2-3 vaginal deliveries and finally % 46.2 (6/13) in those who had 4 or more vaginal deliveries. Although there is not a statistically significant p value, it was found that the prevalence of incontinence was increased with the increasing number of vaginal deliveries.

As a results of our study, prevalence of urinary incontinence was increased by the obesity and number of vajinal deliveries. It was concluded that both of two parameters are important risk factors for the development of urinary incontinance.

Key Words: Body Mass Index (BMI), Number of Vaginal Delivery, Obesity, Urinary Incontinence, Vaginal Delivery.

8. KAYNAKÇA

- ABRAMS P.H., BLAIVAS, J.G., STANTON, S.L., ANDERSEN, J.T. (1988). Standardization of terminology of lower urinary tract function. *Neurourol Urodyn.* **7**: 403-407
- ABRAMS, P., CARDOZA, L., FALL, M., GRIFFITH, S.D., ROSIER, P. (2002). The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function. *Neurology and Urodynamics*, **21**: 167-178.
- ADAMS, C., FRAHM, J. (1995). Genitourinary system. In ‘‘ Saunders Manuel of Physical Therapy Practice’’. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 459-504.
- ALLEN, R.E., HOSKER, G.L., SMITH, A.R.B., WARRELL, D.W. (1990). Pelvic Floor Damage and Childbirth: A Neurophysiological Study. *British Journal of Obstetric and Gynaecology*, **97**
- ARISAN, K. (1991). Kadın Hastalıkları. 3. Baskı., Çeltük Matbaacılık, İstanbul.
- ARISAN, K. (1997). Propedötk. 2. Baskı, Nobel Kitabevi, İstanbul, sy. 27-37
- ASLAN, E. (1999). Stres inkontinansa ped testin önemi ve bu sorunun yaşam kalitesi üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üni., Sağlık Bilimleri Enstitüsü, sy. 122
- ATASÜ, T. ve diğerleri., Jinekoloji. İstanbul, 1996.
- BENNES, C., GANGAR, K., CARDOZA, L.D., CUTNER A. (1991). Do Progestogenes Exacerbate Incontinence in Women on HRT? *Neurourology and Urodynam*, **10**: 316-318
- BEREK, J.S. (1998). Novak Jinekoloji. Çev: Ahmet Erk, 12. Baskı, Nobel Kitabevleri, İstanbul.
- BİROL, L. (1997). Hemşirelik süreci, Etki Matbaacılık, İzmir, sy. 24-25.
- BLAIVAS, J.G, APPELL, R.A., FANTL, J.A., LEACH, G., MCGUIRE, E.J., RESNICK, N.M., RAZ, S., WEIN, A.J. (1997). Definition and classification of urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic Society. *Neurouro.l Urodyn.*, **16** (3):149-51.
- BLAIVAS J.G., GROWTZ, A. (2002). Urinary incontinence: Pathophysiology, evaluation and management. Overview. In walsh PC, Retik AB, Vaughan ED Jr, wein AJ (Eds): Campbell's Urology, 8th Ed. Philadelphia, WB Saunders, Vol: 2, Chapter: 27
- BROWN, S.J., SAWAYA, G., THOM, H.D., GRADY, D. (2000). Hysterectomy and Urinary Incontinence: A Systematic Review, *Lancet.*, **356** (9229): 535-539.
- BROWN, J.S., GRADY, D., OUSLANDER, J.G., HERZOG, A.R., VARNER, R.E., POSNER, S.F. (1999). Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. *Obstet. Gynecol.*, **94**: 66-70.

- BUMP, R.C., MCCLISH, D.K. (1992). Cigarette Smoking and Urinary Incontinence in Women. *American Journal Obstetrics and Gynaecology*, **167**(5):1213-1218
- BUMP, R.C., MCCLISH, D.K. (1994). Cigarette Smoking and Pure Genuine Stres Incontinence of Urine: A Comprison of Risk Factors and Determinants Between Smokers and Non-smokers, *American Journal of Obstetric and Gynaecology*. **170**(2):579-82.
- BURGIO, K.L., MATTHEWS, K.A., ENGEL, B.T. (1991). Prevalence, Incidence and Correlates of Urinary Incontinence in Healthy Middle -Aged Women. *Journal of Urology*, **146**: 1255-1259
- CAN GÜLER, T. (2006). Doğurgan Çağda Kadınlarda Görülen Üriner İnkontinansın Sağlık, Sosyal, Seksüel Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
- ÇAYIR, G. (1999). Üriner İnkontinans Operasyonu Geçiren Kadınlarda Postoperatif Dönemde Ortaya Çıkan Sorunlara Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliği, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- ÇOŞKUN, A. (2002). Alt Üriner Sistem Anatomi ve Fizyolojisi Kontinans Mekanizması. Ed: Kızılkaya B.N., Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. 1. Baskı, Emek Matbaacılık İstanbul, sy. 1-17
- CUTNER, A., MOSCOSO, G., CARDOZO, L.D., DRIVER, M. (1992). Growth of the normal human lower urinary tract form 12 to 21 weeks gestation. *Anatom Rec.*, **234** (4): 568-574.
- DAVILLA, G.W. (1994). Urinary Incontinence in Women. *Postgraduate Medicine*. **96** (2)
- DELANCEY, J.O.L. (1994). Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: The hammock hypothesis. *Am.. J. Obstet. Gynecol.*, **170**:1713-1719.
- DEMİR, A. (1999). Ürogenital Sistem Embriyolojisi, Ed: Emil A., Jack W., Genel Üroloji, s. 17-31, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- DEMİRCİ, F. (2002). Üriner inkontinansda farmakolojik ve ilaç tedavileri, Kızılkaya Beji N. (Edt), Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.
- DÖNDAR, Ç. (2006). Üriner inkontinansın kadın cinsel fonksiyonları ve yaşam kalitesi üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- ERGEN, A., ARIKAN, N., ARSLAN, M. (2000). Jinekolojik Üroloji, Ed:Anafarta K., Göğüş O., Bedük O., Arıkan N., Temel Üroloji, sy. 409-446, Güneş Kitabevi, Ankara.
- FANTL, J.A., NEWMAN, D.K., COLING, J., DELANCEY, J., KEEYS, C., NORTON, P., STASKIN, D., TRIES, J., URICH, V., WEISS, B.D., WHITMORE, K. (1996). Urinary Incontinence Guideline Panel. Urinary Incontinence in Adults, Acute and Chronic management. US Public Health Service.

- FOLDSPANG, A., MOMMSEN, S., DJURHUUS, J.C. (1999). Prevalent Urinary Incontinence as a Correlate of Pregnancy, Vaginal Childbirth and Obstetric Techniques. *American Journal of Public Health*, 89.
- FOLSPANG, A., MOMMSEN, S., LAM, G.W., ELVINGS, L. (1992). Parity as a Correlate of Adult Female Urinary Incontinence Prevalence. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46.
- FONDA, D., RESNICK, N.M., KIRSCHNER, R. (1998). Prevention of Urinary Incontinence in Older People, *British Journal of Urology*, **82**: 5-10.
- FREEMAN, R.M. (2004). The role of pelvic floor muscle training in urinary incontinence, *BJOG: International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **111** (1) : 37-40.
- GETLIFFE, K. (1996). Urinary Incontinence: Approaches to Care. *Primary Health Care*, **6** (9): 31-36
- GOMEL, V., MUNRO, M.G., ROWE, T.C. (1995). Jinekoloji Pratik Yaklaşım. Çev: Doç. Dr. N. Erkut Atar. Özışık Ofset Matbaacılık, Ankara.
- GORTON, E., STANTON, S. (1998). Urinary Incontinence in Elderly Women. *European Urology*, 33.
- GOSLING, J.A., DIXON, J., THOMPSON, S.S. (1991). A Comparative Study of The Human External Sphincter and Periurethral Levator Ani Muscle. *British Journal of Urology*, **53**: 35-41
- GRADY, M., KAZMINSKI, M., DELANCEY, J., ELKINS, T., MCGUIRI, E. (1992). Stres Incontinence and Cystoceles. *The Journal of Urology*, 145.
- GRIEBLING, T.L., NYGAARD, I.E. (1997). The Role of Estrogen Replacement Therapy in the Management of Urinary Incontinence and Urinary Tract Infection in Women. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, **26** (2)
- GUNHILDE, G.M., CHIN, M., GLANTZ, C., GUZICK, D. (2002). Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in a cohort of nuns. *Obstet. Gynecol.*, 100 (2) :226
- GÜNEŞ, G., GÜNEŞ, A., PEHLİVAN, E. (2000). Malatya Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesindeki Erişkin Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı ve Etkili Faktörler. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, **7** (1) : 54-57
- HUANG, A.J., THOM, D.H., KANAYA, A.M., WASSE-FYR, C.L., VAN DEN EEDEN, S.K., RAGINS, A.I., SUBAK, L.L., BROWN, C.S. (2006) Urinary incontinence and pelvic floor dysfunction in Asian-American women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195: 1331-1337.
- KELLEHER, C. (1997). Epidemiology and Classification of Urinary Incontinence. Ed: Cardoza L., Urogynecology, New York, pp. 3-23
- KİŞNİŞÇİ, H.A. ve diğerleri. (1996). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitabevi, Ankara.

- KOCAGÖZ, S. (2001). Etimesgut II Nolu Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- KOÇAK, I., OKYAY, P., DÜNDAR, 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**: 634-641
- KOÇYİĞİT, H., AYDEMİR, Ö., ÖLMEZ, N. (1999). SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği, *Ege Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Dergisi*.
- KONDO, A., KATO, K., SAITO, M., OTANI, T. (1990). Prevalence of urinary incontinence in females in comparison with stress and urge incontinence. *Neurology and Urodynamic*, **9**: 330-331.
- KUO, D.C., HISAMITSU, T., DE GROAT, W.C. (1984). A sympathetic projection from sacral paravertebral ganglia to the pelvic nerve and to postganglionic nerves on the surface of the urinary bladder and large intestine of the cat. *J. Comp. Neurol.*, **226**: 76-86.
- KÜÇÜKDİKENÇİK, B. (2002). Üriner İnkontinans Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri Ed: Kızılkaya B.N., Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. 1. Baskı, Emek Matbaacılık, İstanbul.
- KÜÇÜKDİKENÇİK B. (2002). Üriner inkontinansın epidemiyolojisi ve risk faktörleri, Kadınlarda Üriner inkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, Kızılkaya Beji N. (Edt.), İstanbul Üniversitesi, F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.
- LITTLE, A.N., JUMA, S., RAZ, S. (1996). Female Urology. Campbell's Urology.
- LOCHER, J.L. ve BURGIO, K.L. (1996). Epidemiology of Incontinence , Urogynecology and Urodynamics Theory and Practice. 4th Ed. London.
- MALLET, V.T. ve BUMP, R.C. (1994). The Epidemiology of Female Pelvic Floor Dysfunction. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, **4** (6).
- MALONE, L. (1994). Lower Urinary Tract Function in Late Life. *Handbook of Neurourology*, pp. 349-368.
- MARAL, I., ÖZKARDEŞ, H., PEŞKİRCİOĞLU, L., BUMİN, M.A. (2001). Prevalence of Stress Incontinence in Both Sexes After Age 15 Years. *Journal of Urology*, **165**: 406-12.
- METANYI, S. (1992). Urinary Incontinence in Pregnancy and Puerperium. *Orvosi Hetilap*, 133.
- MILSOM, I. (2000). The Prevalence of Urinary Incontinence. *Acta Obstetrics and Gynecology*, **79**: 1056-1059.
- MILSOM, I., EKELUND, P., MOLANDER, U., ARVIDSSON, L., ARESKOU, B. (1993). The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J. Urol*, **149** (6): 1459-62.

- MOMMSEN, S., FOLDSPANG, A. (1994). Body Mass Index and Adult Female Urinary Incontinence. *World Journal of Urology*, **12** (6): 319-322.
- NORTON, P.A. (1990). Prevalance and Social Impact of Urinary Incontinence in Women. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, **33** (2): 295-297.
- ÖZERDOĞAN, N. (2003). Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya İllerinde 20 yaş ve Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinansın Prevalansı, Risk Faktörleri, Yaşam Kalitesine Etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Hemşirelik) Doktora Tezi, İstanbul.
- ÖZTAÇ, Y. (1996). Ürojinekoloji, Ed: Kişnişçi H, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, sy. 730-747, Güneş Kitabevi, Ankara.
- ÖZTAÇ, Y. (2000a). Üriner İnkontinansa Genel Bakış. Ed. Güner H., Ürojinekoloji, Atlas Kitapçılık, Ankara.
- ÖZTAÇ, Y. (2000b). Pelvik Taban Bozukluklarının Fizyopatolojisi. Güner H., Ürojinekoloji, sy.11-18, Atlas Kitapçılık, Ankara.
- ÖZTAÇ, Y. (2000c). Ürojinekolojik Cerrahi Tedavilere Genel Bakış ve Ameliyat seçimi. Ed: Güner H., Ürojinekoloji, sy. 62-76, Atlas Kitapçılık, Ankara.
- ÖZTAÇ, Y. (2000d). Menapozun Alt Üriner Sisteme Etkileri. *Aktüel Tıp Dergisi*, 5 (2).
- ÖZTAÇ, Y., ÖZALP, S., YILDIRIM, A., ŞENER, T. (1997). Kadınlarda Üriner İnkontinans. *Jinekoloji ve Obstetrik Bülteni*, **1** (6): 1997.
- PARAZZINI, F., COLLI, E., ORIGGI, G. (2000). Risk Factors For Urinary Incontinence in Women. *Eur. Urol.* **37**: 637-643
- PARYS, B.T., WOOLFENDEN, K.A., PARSONS, K.F. (1990). Bladder Dysfunction After Simple Hysterectomy: Urodynamic and Neurological Evaluation. *European Urology*. **17** (2):129-33.
- PERNOL, M.L. (1994). Çağdaş Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi. Cilt II, Barış Kitabevi, İstanbul.
- PEYRAT, O., HAILLOT, F., BRUYERE, J.M., BERTRAND, P., LANSON, Y. (2002). Prevalance and risk factors of urinary incontinence in young and middle- aged women. *BJU, International*, **89**: 61- 66.
- RAZ, S., LITTLE, N.A., JUMA, S. (1992). Female Urology. In Walsh PC, Retik AB., Stamey TA.,Vaughan E. Eds. D. Campbell's Urology, 6. Ed., Philadelphia: WB Saunders Company, pp. 2782-2829.
- RIGBY, D. (2003). The Value of Continence Training: Does It Change Clinical Practise?, *Brititish Journal of Nursing*, **12**: 484- 492.
- ROBINSON, J.P. (2000). Managing Urinary Incontinence in The Nursing Home :Resident' Perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 31: 68-77.

- ROSENZWEIG, B.A., PUSHKIN, S., BLUMENFELD, D., BHATIA, N.N. (1992). Prevalence of Abnormal Urodynamics Test Results in Continent Women with Severe Genitourinary Prolapse. *Obstetrics and Gynecology*, **79** (4): 539-542.
- SAMPSELLE, C.M. (1990). Changes in Pelvic Muscle Strength and Stress Urinary Incontinence in Childbirth. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs.*, **19** (5): 371-377.
- SARKAR, P.K., RITCH, A.E.S. (2000). Management of Urinary Incontinence. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, **25**: 251-263.
- SCOTT, J.R., DIASIA, P.J., HAMMOND, C.B., SPECALLY, W.N. (1992). Obstetrik ve Jinekoloji. Ed. Prof. Dr. Selçuk Erez. 6. Baskı, Yüce Yayınları, İstanbul.
- SIRACUSANO, S., PREGAZZI, R., D'ALOIA, G., SARTORE, A., DI BENEDETTO, P., PECORARI, V., GUASCHINO, S., PAPPAGALLO, G., BELGRANO, E. (2003). Prevalence of urinary incontinence in young and middle-aged women in an Italian urban area. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, **107** (2): 201-204
- SKONNER, M.M., THOMSON, W.D., CAREN, V.A. (1994). Factors Associated With Risk of Urinary Incontinence in Women. *Nursing Research*, **43** (5): 301-306.
- SOMMER, P., BAUER, T., NIELSON, K.K., HERMENN, G.G., STEVEN, K. (1990). Voiding Patterns and Prevalence of Incontinence in Women: A Questionnaire Survey. *British Journal of Urology*, **66** (1):12-5.
- STROHBEHN, K. (1998). Normal pelvic floor anatomy. *Obs. & Gyn. Clin. of North Am.* **25** (4): 683-705
- ŞEN, İ., KIRIÇ, M., ONARAN, M. (2008). Alt Üriner Sistemin ve Miksiyonun Nörofizyolojisi, "Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi" Ed. H. Güner, 2. Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara. sy. 21-23.
- TAŞKIN, L. (2002). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
- TETZCHNER, T., SORENSEN, M., JONSON, L., LOSE, G., CHRISTIANSEN, J. (1997). Delivery and Pudental Nerve Function. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, **76** (4): 324-331
- TETZCHNER, T., SORENSEN, M., LOSE, G., CHRISTIANSEN, J. (1998). Anal and Urinary Incontinence After Obstetrics Anal Sphincter Rupture. *Ugeskr Laeger.*, **60** (22).
- THE CE SOLUTIONS GROUP INC. (2002). Managing Urinary Incontinence in The Elderly.
- THOM, D. (1998). Variation in Estimates of Urinary Incontinence Prevalence in Community: effects of differences in definition, population characteristics and study type. *Journal of American Geriatrics Society*, **46** (4): 473-480.
- THOM, D.H., BROWN, J.S. (1998). Reproductive and Hormonal Risk Factors for Urinary Incontinence in Later Life: A Review of the Clinical and Epidemiologic Literature. *Journal of American Geriatrics Society*, **46** (11):1411-1417.

- THOMAS, T.M., PLYMAT, K.R., BLANNIN, J. (1980). Prevalance of urinary incontinence. *British Medicie Journal.*, **281**(6250):1243–1245.
- TURAN, C., ZORLU, C., EKİN, M. (1996). Urinary Incontinence in Women of Reproductive Age. *Gynecologic and Obstetric Invest.*, **41**: 132-134.
- VAN OYEN, H. ve VAN OYEN, P. (2002). Urinary incontinence in Belgium; prevalence, correlates and psychosocial consequences. *Acta Clin Belg.*, **57** (4): 207-18
- VERSI, E. (1990). Incontinence in the Climacteric. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. **33** (2): 392-398.
- VICTURP, L., LOSE, G., ROLFF, M., BARFOEED, K. (1992). The Symptom of Stres Incontinence Caused by Pregnancy or Delivery in Primiparas. *Obstetrics and Gynecology*, **79** (6): 945-9.
- VIRTANEN, H., MAKINEN, J., TENHO, T., KILHOLMA, P., HIRVONEN, T. (1993). Effects of Abdominal Hysterectomy on Urinary and Sexual Symptoms. *British Journal of Urology*, **72** (6): 868–872,
- WALTERS, M.D., KARRAM, M.M. (1993). Neurophysiology of the lower urinary tract *Clinical Urogynecol.* **2**: 22-23.
- WALTERS, M.D., KARRAM, M.M. (1993). Epidemiology and social impact of urinary incontinence. *Mosby-Year Book*, **3**: 30-33.
- WALTERS, M.D., NEWTON, E.R., MAILE, D.W., MICHEY, M.K. (1999). Urogynecology and Recontractive Pelvic Surgery, 2. Ed. Mosby.
- WILLIAMS, K. (2004). Stress Urinary Incontinence: Treatment and support. *Nursing Standart*, **18**: 45-52.
- WILSON, P.D., HERBISON, R.M., HERBISON, G.P. (1996). Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. *Br. J. Obstet. Gynecol.*, **103**: 154-161.
- WOLIN, L. (1990). Stress in Young, Healthy Nulliparous Female Subjects. *Journals of Urology*, **101**: 545-549.
- YAMAN, L.S., GÖĞÜS, D., MÜFTÜOĞLU, Y.Z., KÜPELİ, S., ANAFARTA, K., ŞAFAK, S.M., ARIKAN, N. (1990). Üroloji. 1.Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara.
- YOSHIMURA, N. ve DE GROAT, W.C. (1997). Neural control of the lower urinary tract. *Int. J. Urol.*, **4**: 111–125.
- T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2011). Erişim: [[http://www.istanbuleah.gov.tr/saglik-kosesi/saglik-rehberi/saglik-rehberi-deposu/rehber/article/obezite/?tx_ttnews\[backPid\]=172&cHash=8fc4ebc951](http://www.istanbuleah.gov.tr/saglik-kosesi/saglik-rehberi/saglik-rehberi-deposu/rehber/article/obezite/?tx_ttnews[backPid]=172&cHash=8fc4ebc951)]. Erişim Tarihi: 10.01.2011.

9. EKLER

EK:1

Normal Vajinal Doğum Yapmış Genç Kadınlarda Obesite Ve Doğum Sayısı İle Üriner İnkontinans Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması Araştırmasının Değerlendirme Formu.

(BU FORM TEKRAR REZERVE EDİLİP ÇALIŞMA ÖNCESİNDE TEKRAR DÜZENLENECEKTİR.)

- 1.Kaç Yaşındasınız?.....
- 2.Boyunuz ne kadar?.....
- 3.Kaç kilosunuz?.....Beden kitle indeksi.....
- 4.Eğitim Durumunuz Nedir?
A)Okur-Yazar
B)İlkokul
C)İlk Öğretim
D)Lise Mezunu
E)Üniversite Mezunu
- 5.Mesleğiniz Nedir?
A)Ev Hanımı B)Çalışan C)Diğer...
- 6.Doğum sayınız?.....
- 7.Son Doğumunuz sizce zormu oldu kolay mı ekleyelim
A)Zor B) kolay
- 8.Gebelik esnasında kaç kilo aldınız?
A)1-10 B)10.1-15 C)15.1-20 D)20.1 ve üzeri
- 9.Gebelik Sırasında İdrar Kaçırma Şikayetiniz Var Mıydı?
A) Evet B)Hayır
- 10.Günde Ortalama Kaç Kez İdrara Çıkıyorsunuz?
A)1-3 B)4 Ve Üzeri
- 11.Gece İki Ve İkidenden Fazla Tuvalet Çıkar Mısınız?
A)Evet B)Hayır
- 12Şimdiye Kadar Öksürürken Veya Hapşırıırken Hiç İdrar Kaçırma Şikayetiniz Oldu Mu?
A) Evet B)Hayır
- 13.Herhangi Bir Günlük Aktivite Sırasında (Spor Yaparken,Ev İşi Yaparken,Banyo Yaparken...)İstemsiz İdrar Kaçırmanız Oldu Mu?
A)Evet B)Hayır
- 14.İdrara Sıkıştığınızda İdrar Kaçırmanız Oldu Mu?
A)Evet B)Hayır
- 15.Tuvalet Girdikten Hemen Sonra İdrar Kaçırmanız Oldu Mu?
A)Evet B)Hayır.
- 16.Daha Önce Bu Durumdan Dolayı Tedavi Gördünüz Mü?
A)Evet B)Hayır
- 17.Daha Önce Bu Şikayetten Dolayı Sağlık Kuruluşuna Başvurdunuz Mu?

A)Evet

B)Hayır

18.Bir Sağlık Kuruluşuna Başvurmadıysanız Bunun Nedeni Nedir?

A)Muayeneye Gelmek İçin Vakit Bulamadım

B)Muayene Olmaktan Çekindiğim İçin Gelmedim

C)İdrar Kaçırma Şuan Beni Çok Rahatsız Etmiyor

D)Yaşla Birlikte İdrar Kaçırmanın Normal Olduğunu Düşünüyorum

E)Çevremde İdrar Kaçırma Problemi Olan Birçok Tanıdığım Var.Bu Yüzden Bunu Normal Olarak Kabul Ediyorum.

F)Diğerleri.....

SOSYAL YAŞAMA ETKİ EDEN RİSK FAKTÖRLERİ

19.Öksürmekten Ve Hapşirmaktan Kaçınıyor Musunuz?

A)Evet

B)Hayır

20.Gülmekten Kaçınıyor Musunuz?

A)Evet

B)Hayır

21.Oturduktan Sonra Ayağa Kalktığınız Zaman Çok Dikkat Etmeniz Gerekliyor Mu?

A)Evet

B)Hayır

22.Geceleri Rahat Uyuyabiliyor Musunuz?

A)Evet

B)Hayır

23.Aldığınız Sıvı Miktarına Sürekli Dikkat Ediyor Musunuz?

A)Evet

B)Hayır

24.İdrar Kaçırmanız Kıyafet Seçiminizde Zorlanmanıza Sebep Oluyor Mu?

A)Evet

B)Hayır

25.Uzun Süreli Yolculuk Yapmaktan Kaçınıyor Musunuz?

A)Evet

B)Hayır

26.Dışarı Çıktığınızda Tuvalet Sorunu Yaşıyor Musunuz?

A)Evet

B)Hayır

27. Yaşadığınız İdrar Kaçırma Durumu Hayatınıza Ne Kadar Etkiliyor?

A) Hiç Etkilemiyor

B) Nadiren Etkiliyor

C) Bazen Etkiliyor

D) Sık Sık Etkiliyor

E) Her Zaman Etkiliyor

28.Zamanında Tuvalete Yetişemeyeceğiniz İçin Korkuyor Musunuz?

A)Evet

B)Hayır

29.Başkaları Sizin Üzerinizde İdrar Kokusu Duyacak Diye Korkuyor Musunuz?

A)Evet

B)Hayır

30.İdrar Kaçırmanız İçin Kendinize Güveniniz Azaldı Mı?

A)Evet

B)Hayır

31.Kendinizi Çaresiz Hissediyor Musunuz?

A)Evet

B)Hayır

32.Kendinizi Mutsuz Hissediyor Musunuz?

A)Evet

B)Hayır

33.İdrar Kaçırmanın Cinsel İlişki Üzerinde Etkisi Olduğunu Düşünüyor Musunuz?

A)Evet

B)Hayır

EK:2

ÖZGEÇMİŞ

Adı-Soyadı: Meryem Karasaç

Doğum Tarihi-Yeri: 23.04.1984, Erzurum

Sürekli Adresi: Güzeltepe Mah.8424 Sok.No:46/2 Çiğli/İzmir

Üniversite: Afyon Kocatepe Üniversitesi

Bölüm: Kadın Ve Doğum Hastalıkları Hemşireliği

