

Gebelik ve Vajinal Doğum Sonrası Dönemde Stres Üriner İnkontinansın Önlenmesinde Konservatif Tedavi Yöntemleri ve Hemşirenin Rollerini

Conservative Treatment Methods of Stress Urinary Incontinence During Pregnancy and After Vaginal Delivery and Roles of Nurse: Review

Semra KOCAÖZ,^a
Kafiye EROĞLU^b

^aHemşirelik Bölümü,
Niğde Üniversitesi
Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu,
Niğde

^bHemşirelik Bölümü,
Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 20.07.2008
Kabul Tarihi/Accepted: 06.01.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:
Semra KOCAÖZ
Niğde Üniversitesi
Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu,
Hemşirelik Bölümü, Niğde,
TÜRKİYE/TURKEY
semrakocaoz@hotmail.com

ÖZET Üriner inkontinans (Üİ), hayatı tehdit etmeyen bir hastalık olmasına rağmen kadınların fiziksel, sosyal, iş ve eğitim faaliyetlerini etkileyen ve yaşam kalitesini azaltan yaygın bir sağlık sorunudur. Üİ'nin en yaygın görülen şekli, stres inkontinansdır. Stres üriner inkontinans (SÜİ), efor, egzersiz, öksürük ya da hapsirlikle istemsiz idrar kaçırma yakınması olarak tanımlanmaktadır. SÜİ'nin gelişmesinde pek çok risk faktörü rol oynamaktadır. Gebelik ve doğum eylemi, mesane boynu ve üretrayı destekleyen ve çalışmasını kontrol eden nöromusküler ve konnektif dokuların yapılarında hasara neden olabildiği için SÜİ'nin gelişmesinde önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Gebelik sırasında, mesane üzerine büyüyen fetüsün artan basıncı geçici olarak idrar akışına sebep olabileceğini gösteren çalışmalar, gebelik esnasında SÜİ prevalansının arttığını ve doğumdan sonra azaldığını göstermiştir. Buna karşın, Üİ'nin prevalansı gestasyon öncesine göre doğumdan sonra çok yüksektir. Gebelik sırasında ve doğum sonrası dönemde artan SÜİ'nin prevalansı, düşük pelvik taban kas gücüyle de ilişkilidir. Literatürde, SÜİ'nin prevalansı, gebelikte %20-67, doğum sonu dönemde ise %0.3-44 arasında belirtilmektedir. Uygun tedavi yöntemleriyle, SÜİ'nin gelişmesi önlenebilir ve/veya görülme sıklığı azaltılabilir. Pek çok çalışma, konservatif tedavilerin (Farmakolojik ve cerrahi müdahaleyi içermeyen tedaviler) durumun düzeltilmesinde yararlı olabileceğini önermiştir. Buna karşın, pek çok kadın Üİ'nin doğumla ilişkili bir hastalık olarak kabul etmekte ve semptomların ciddi olabileceğine inanmamaktadır. Sadece Üİ'yi üç kadından biri tıbbi yardım aramaktadır. Hemşireler, inkontinanslı olan kişilerin belirlenmesinde, kontinansı sürdürme ve uygun kontinans bakımını sağlamada, sağlık ve sosyal bakım veren ekiple birlikte çalışmaktadır. Bu nedenle, gebelik ve doğum sonrası dönemde SÜİ'nin gelişiminin önlenmesinde ve görülme sıklığının azaltılmasında, hemşirelere önemli görev ve sorumluluklar düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Stres üriner inkontinans; risk faktörleri; tedavi; hemşirenin rolü

ABSTRACT Urinary incontinence (UI), although not a life-threatening disorder, is a common health problem that reduces quality of life and affects physical, social, occupational and leisure activities. The most common type of urinary incontinence is that of stress incontinence. Stress urinary incontinence (SUI) is defined as "the complaint of involuntary leakage on effort or exertion, or on sneezing or coughing." Many risk factors have been role in development of SUI. Pregnancy and vaginal delivery are accepted to be important risk factors in the development of stress urinary incontinence as pregnancy and childbirth may cause damage to neuromuscular and connective tissue structures supporting and controlling the bladder neck and urethra. The studies pointed that the prevalence of SUI ascended during pregnancy and declined after childbirth, indicating that the increased pressure from the growing fetus on the bladder may temporarily cause urinary leakage during pregnancy. However, the prevalence of urinary incontinence was higher after delivery than before gestation. High prevalence of SUI during pregnancy and postpartum period has also been associated with low pelvic floor muscle strength. In literature, prevalence of SUI reported ranges from 20-67 % at pregnancy and 6-29% at after childbirth. Appropriate management treatments can prevent development of SUI and/or reduce of prevalence. Many studies have suggested that conservative treatments (therapies that do not involve pharmacological or surgical intervention) can be helpful in correcting the condition. However, most women accept urinary incontinence as an illness related to childbearing and believe the symptoms should not be considered serious. Only one-third of women with urinary incontinence seek medical help. Nurses have worked with health and social care team to determine individuals with UI and to continue continence and provide appropriate care. Consequently, in reducing prevalence and in preventing developing of stress urinary incontinence during pregnancy and postpartum period, nurses have important role and responsibility.

Key Words: Urinary incontinence, stress; risk factors; therapy; nurse's role

Üriner inkontinans (Üİ), her yaştaki kadında yaygın olarak görülen, fiziksel, sosyal, iş ve eğitim faaliyetlerini etkileyen ve yaşam kalitesini azaltan kronik bir sağlık sorunudur. Uluslararası Kontinans Derneği [International Continence Society (ICS)] tarafından “istemsiz idrar kaçırma durumu” olarak tanımlanmaktadır.¹ Dünyada 200 milyondan fazla kadının Üİ’den etkilendiği düşünülmektedir.² On yıl sonrasında, Üİ’nin prevalansının artacağı ve 60 yaş üzerindeki yaşlı insanlarda bu oranın daha fazla olacağı bildirilmektedir. Dolayısıyla inkontinanslı hasta sayısı artacağı için bu problemin tanı ve tedavi maliyetinin de artacağı beklenmektedir.³ Ülkemizde, Üİ’ye yönelik sınırlı sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. Yapılan çalışmalarda Üİ’nin prevalansı %16.4-43.6 arasında değişmektedir.⁴⁻¹⁰

Kadınlarda Üİ’nin en sık görülen tipi stres üriner inkontinans (SÜİ)’tir. SÜİ, mesane ve üretrayı çevreleyen destek dokularının gevşemesine bağlı olarak gelişen, öksürme, aksırma, gülme, ıkınma ve diğer karın içi basıncı artıran fiziksel aktiviteler esnasında görülen istemsiz idrar kaçırma durumudur.¹ SÜİ’nin prevalansı, gebelik döneminde ve doğumdan sonra artmaktadır. Literatüre göre Üİ’nin prevalansının gebelikte %20-67 arasında ve doğumdan sonra ise %0.3-44 arasında değiştiği bildirilmektedir.^{11,12}

Üİ, hayatı tehdit eden bir hastalık değildir, ancak sürekli yaşattığı ıslaklık, kötü kokunun ve irritasyonun verdiği rahatsızlık nedeniyle inkontinanslı bireyleri sıkıntıya sokmakta, özgüven eksikliği yaşatmakta ve depresyona kadar varabilen ruhsal sağlık sorunlarının oluşmasına neden olabilmektedir. Ayrıca sürekli yaşanan ıslaklık hissi nedeniyle, kadınlar toplumdan kendini soyutlamakta ve yalnızlık yaşamaktadır. Hatta kadınlar, ilişki esnasında idrar kaçırma nedeniyle cinsel sorunlar yaşayabilmektedir.¹³⁻¹⁶ Bu kadar sorun yaşamalarına karşın, Üİ nedeniyle tedaviye başvuran kadınların oranı düşüktür. O’Donnell ve ark.nın 4 Avrupa ülkesinde yaptıkları çalışmalarında, kadınların %31’nin Üİ şikayeti nedeniyle doktora başvurduğu bulunmuştur.¹⁴ Yapılan bir çalışmada, utanma, belirtileri hafife alma, tedavi maliyetini

fazla bulma, cerrahi tedaviden korkma, inkontinansı yaşlılığa bağlı normal bir olay olarak görme ve karamsar düşünce yapısına sahip olma gibi nedenlerle tedaviye başvurmadıkları saptanmıştır.¹⁷ Tüm bu nedenlerle genellikle kadınlar tedavilerinde geç kalmakta ve çok sayıda pahalı testlerin ve girişimlerin yapıldığı bir tedavi planından geçmek zorunda kalmaktadırlar. Oysa tedaviye erken dönemde başlanırsa ve Üİ’ye yönelik koruyucu önlemler alınır bu rahatsızlıktan kurtulabilmek mümkün olur.

İncelenen bu makalede gebelik ve doğum sonrası dönemde SÜİ gelişimini etkileyen faktörler, konservatif tedavi yöntemleri ve korunmada hemşirelerin rolleri açıklanmıştır. SÜİ’nin önlenebilecek bir sağlık sorunu olduğunun anlaşılabilmesi için, öncelikle gebelikte ve doğumda SÜİ gelişimine neden olabilecek değişikliklerin neler olduğunun açıklanması yararlı olacaktır.

GEBELİĞİN STRES ÜRİNER İNKONTİNANS GELİŞİMİ ÜZERİNE ETKİSİ

Gebelikte yaşanan anatomik, fizyolojik ve hormonal değişiklikler nedeniyle, alt ve üst üriner sistem ve pelvik taban etkilenmektedir.^{11,18,19} Ancak gebelikte pelvik tabanda meydana gelen değişiklikler hakkında yeterli bilgiye ulaşılamamıştır. Gebeliğin mi yoksa doğum olayının mı pelvik taban bozukluğu yaptığı konusu henüz netlik kazanmamıştır. Gebelik sırasında meydana gelen mekanik ve hormonal değişiklikler pelvik taban desteğini olumsuz yönde etkilemektedir.^{18,19}

Mekanik Değişiklikler. Büyüyen uterusun etkisiyle pelvik organlar aşağıya doğru itilmekte ve pelvik taban kasları sürekli baskı ve zorlamaya maruz kalmaktadır. Gebeliğin erken döneminde yapılan perineal ultrason sonuçlarına göre; pelvik tabanda yer değiştirmenin olduğu ve pelvik taban kaslarının kasılmasının belirgin bir şekilde azaldığı, mesane ve üretra mobilitesinin arttığı, geç dönemde ise bu mobilitenin daha da belirgin bir şekilde arttığı saptanmıştır.¹⁹ Bağ dokusundaki gevşemelerden dolayı meydana gelen mobilite artışı-

nın hormonların etkisiyle olduğu düşünülmektedir.¹⁸

Gebeliğin birinci ve üçüncü trimestrında kadınlarda sık idrara çıkma sorunu yaşanmaktadır. Gebelikte büyüyen uterusun mesaneye basınç yapmasının etkisiyle bu değişikliğin görülmesine karşın, sık idrara çıkma basıncın çok artmadığı dönemlerde de görülmektedir. Sık idrara çıkmaya, hormonal etkiler, artan kan volümü ve glomerüler filtrasyon hızındaki değişiklikler neden olmaktadır.²⁰

Gebeliğin ortasına kadar, kadınların %80'inde fizyolojik hidronefroz ve hidroüreter gelişmektedir. Genişleme daha çok büyüyen uterusun ve ovarian ven pleksusun mekanik baskısı sonucu oluşmaktadır.²¹ Uterusun sağa dönük pozisyonu ve sigmoid kolonun sol üreteri koruyucu etkisinden dolayı genişleme, sağa göre sol tarafta daha belirgin bir şekilde görülmektedir.¹⁹ Ayrıca toplayıcı kanal sisteminde meydana gelen genişleme sonucunda ölü boşluk oluşmakta ve yaklaşık olarak burada 200 mL kadar sıvı birikmektedir. Bu durum ise üriner enfeksiyon gelişme riskini artırmaktadır.²² Üst üriner sistemde ise; böbrekler yaklaşık 1 cm kadar uzamakta, gebeliğin 7. haftası gibi erken dönemde renal pelvis genişlemekte ve hidroüreter meydana gelebilmektedir.¹⁹

Doğuma yakın zamanlarda, fetusun gelen kısmı pelvise yerleştiğinde tekrar mesane üzerine basınç artmaktadır. Bu basınç sonucunda tekrar mesanenin kanlanması artmakta ve lenfatik dolaşım bozulabilmektedir. Ayrıca, büyüyen uterusun baskısıyla normalde konveks olan mesane konkav bir hale gelmekte ve mesane kapasitesi büyük ölçüde azalmaktadır. Bu durum mesanenin doğum travmalarına ve üriner enfeksiyon gelişmesine karşı hassas hale gelmesini sağlamaktadır.²³

Hormonal Değişiklikler: Gebelikte östrojen ve progesteron gibi steroid hormonların üretiminde artış meydana gelmektedir. Östrojen, düz kaslardaki alfa-adrenerjik reseptörleri stimüle ederek kontinansın sürdürülmesinde yardımcı olmaktadır. Ancak progesteron, östrojenin antagonisti gibi davranmakta ve beta-adrenerjik reseptörlerin uyarıl-

masını sağlamaktadır.^{15,19} Artan östrojen ve progesteron hormonu sayesinde mesane ve üretranın mukozası daha fazla kanlanmakta ve ödemli bir hal almaktadır. Artmış östrojen hormonu sayesinde detrusor kasında hipertrofi meydana gelirken, bunun tam tersine yükselen progesteron seviyesi mesanede göreceli olarak hipotoniye yol açmakta ve mesane kapasitesini artırmaktadır.^{19,20,23}

Hormonların etkisiyle glomerüler filtrasyon hızında %40-65 ve etkili renal plazma hızında %50-85 arasında artış meydana gelmektedir. Gebeliğin I. ve III. trimestrında kadınlar, idrar yapma sıklığında artma (frequency) ve ani idrar yapma hissi yaşama (urgency) sorunlarıyla karşılaşmaktadırlar.¹⁹

İnsülin gibi polipeptid yapıda olan relaksin hormonu, erken gebelik haftasından gebeliğin 12. haftasına kadar belirgin bir şekilde artış göstermektedir. Relaksin hormonunun serum seviyesi gebeliğin 17. haftasından itibaren %50 oranında azalmaktadır. Relaksin hormonu, fetusun doğumuna izin veren pelvisin bağ dokusunun modifikasyonu için gereklidir.²⁴ Gebelikte bu hormonun etkisiyle bağ dokunun kollajen içeriği azalmaktadır. Gebelikte kollajen içeriğindeki bu değişimler nedeniyle mesane boynu hareketliliği artabilmekte ve SÜİ'nin gelişmesine neden olabilmektedir.¹⁹

Yukarıda bahsedildiği gibi gebelikte pek çok hormonal ve mekanik nedenlerden dolayı kadınlarda SÜİ görülme sıklığı artmaktadır. Gebelikte ortaya çıkan SÜİ doğumdan sonraki haftalarda kaybolmakta, ancak bazı kadınlarda kalıcı olabilmektedir.¹¹ Üİ, gebeliğin erken döneminden itibaren görülebilmekte ve gebelik haftası ilerledikçe idrar kaçırma sıklığı artmaktadır.¹⁸ Yapılan bir araştırmaya göre, 515 nuligravid kadının gebeliklerinin 12. haftasında %6.4'ünde urge inkontinans ve %18.6'sında SÜİ görüldüğü, gebeliğin 36. haftasında bu prevalansın sırasıyla %19.2'ye ve %42.1'e yükseldiği saptanmıştır.²⁵ Yukarıda bahsedilen tüm bu nedenlerden dolayı gebelik haftası ilerledikçe hem urge, hem de stres Üİ'nin görülme oranının arttığı tespit edilmiştir.

DOĞUMUN STRES ÜRİNER İNKONTİNANS GELİŞİMİ ÜZERİNE ETKİSİ

Kadınlarda Üİ'nin risk faktörleri arasında en çok araştırılan konulardan birisi de doğumdur.²⁶⁻³² Pek çok kadın, normal yaşamın bir parçası olan doğum eylemi nedeniyle sıkça Üİ ve pelvik taban bozuklukları gibi sorunlarla karşı karşıya gelmektedir. Normal vajinal doğum, pelvik tabanın kas, fasiya, sinir ve ligament yapılarında önemli derecede gerilmeye neden olmaktadır. Bu gerilme sonucunda geri dönüşümü olmayan anatomik ve fonksiyonel değişiklikler meydana gelebilmektedir. Mesane ve üretrayı destekleyen yapıların bozulması sonucunda, üretrovezikal hiper-mobiliteye bağlı olarak SÜİ gelişebilmektedir.¹⁸ Bebek başının çekilmesi sırasında, üretrovezikal birleşim bölgesinin ve proksimal uretranın inerve edilmesini sağlayan pudental sinirlerde gerilme meydana gelmekte ve perine aşağıya doğru yer değiştirmektedir.³³ Postpartum üriner ve fekal inkontinans için önemli bir risk faktörü olan pudental sinir yaralanmaları, doğum eyleminin ikinci evresinde fetal başın pelvik tabana baskı yapması sırasında meydana gelebilmektedir. Yapılan bir çalışmada, doğum eyleminden önce ve sonra pudental sinir terminal motor yetmezliği [Pudental nerve terminal motor latency (PNTML)]'nin varlığı araştırıldığında; vajinal ya da sezaryen doğumdan sonra değişimler olduğu gösterilmiştir.³⁴

Vajinal doğum yapan kadınların, doğum sonu dönemde belirgin bir şekilde pelvik taban kas gücünde azalma olduğu belirlenmiştir. Ancak sezaryenle doğum yapanlarda bu bulguya rastlanmamıştır.²⁶ Doğum eylemi sırasında daha çok levator ani kasının pubovisseral kısmında hasar daha fazla meydana gelmektedir. Bu tür levator ani kas hasarlarıyla, SÜİ arasında anlamlı bir ilişkili olduğu belirtilmektedir.³⁴

Vajinal doğum, üretral sfinkter mekanizmasında da hasara yol açabilmektedir. Vajinal doğumun, distal üretral sfinkter mekanizmasını bozduğu düşünülmektedir. Ancak kontinans mekanizmasının sürdürülmesi proksimal üretra ile sağlan-

maktadır. Kadınlarda distal üretral sfinkter mekanizmasının hasarının yanı sıra proksimal sfinkter fonksiyon bozukluğu durumunda SÜİ gelişebileceği belirtilmektedir.¹⁹

Vajinal doğumun Üİ gelişme riskini arttırdığı bilinmesine rağmen, doğum eylemi sırasında yaşanan bazı çok özel olayların etkisi hakkında hala sınırlı bilgilere rastlanmaktadır. Forseps veya vakum kullanımı, fetal doğum ağırlığı, epizyotomi açılması, üçüncü ve dördüncü derecede yırtıkların varlığı, epidural anestezinin uygulanması ve doğum eyleminin ikinci evresinin süresi gibi vajinal doğum eylemi sırasında yaşanan olayların doğum sonrası dönemde pudental sinir hasarı oluşturduğuna dair bilgilere ulaşılmıştır.^{26,27} Ayrıca iri bebek doğumunun hem stres hem de urge inkontinansın gelişimiyle ilişkili olduğu belirtilmektedir.³⁴

Doğum şekliyle Üİ arasındaki ilişki birçok çalışmada incelenmiştir.^{11,28-31} Vajinal doğumun spontan veya müdahaleli olması da Üİ gelişimini etkileyebilmektedir. Spontan vajinal doğum yapan kadınların %21'inde ve müdahaleli doğum yapanların %36'sında Üİ geliştiği belirtilmektedir.²⁹ Doğum eylemi sırasında hastanın ıkınmasına bağlı olarak gelişen mekanik etki, travmatik ve müdahaleli doğumlar sonucunda oluşan laserasyonlar ve pelvik tabanı inerve eden sinirin kısmi hasarı gibi vajinal doğumun etkileri nedeniyle pelvik taban desteği bozulmaktadır. Ancak doğum eylemi başlamadan önce yapılan isteğe bağlı sezaryenin SÜİ gelişmesini önlediği düşünülmektedir.¹⁸ Bununla birlikte sezaryen ile doğum yapmak Üİ'nin gelişimini önlemek için yeterli olmamaktadır. Bu nedenle sezaryenin Üİ gelişmesi üzerindeki etkilerini daha iyi anlayabilmek için ileriye dönük yapılan çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.³² Ayrıca gebelik sırasında pek çok dokuda hasar gelişebilmektedir. Sezaryen sadece doğum eyleminin olumsuz etkilerini önleyebilmekte, gebeliğe bağlı gelişmiş değişiklikler konusunda bir değişim yaratmamaktadır. Bunun yanı sıra sezaryenin abdominal bir cerrahi girişim olduğu unutulmamalıdır ve bu işlemin de pelvik tabana olumsuz etkileri bulunmaktadır. Sezaryen sırasında anestezinin ve

yapılan büyük cerrahi girişimin olası komplikasyonları da göz ardı edilmemelidir.¹⁸ Bu nedenlerden dolayı isteğe bağlı sezaryenin Üİ'nin gelişmesini önlemek amacıyla kullanılması önerilmemektedir.

Yapılan çalışmalarda doğum sayısının Üİ gelişim riskini artırdığı belirtilmektedir.^{28,35} Thom ve Brown'nun yaptıkları çalışmada, nulliparlarda Üİ görülme oranının daha düşük olduğu bulunmuştur.²⁸ Ayrıca bu çalışmada bir, iki ya da üç vajinal doğum yapmış kadınlar arasında Üİ prevalansında bir fark gözlenmemesine karşın, dört ve üzeri doğum yapanlarda bu oranın yüksek olduğu belirtilmektedir.²⁸

STRES ÜRİNER İNKONTİNANSIN TEDAVİSİ

Tedavinin yararları, riskleri ve etkinliği hakkında SÜİ'li kadınlara bilgi verilmelidir ve seçenekler arasından seçim yapması istenmelidir. Üİ'nin tedavisinde genel kural olarak, hastaya en uygun, en az olası yan etkileri olan ve en az invaziv girişim gerektiren tedavi seçeneğiyle başlanması önerilmektedir.³⁶

SÜİ'nin tedavi seçenekleri; davranışsal, farmakolojik ve cerrahidir. Önemli derecede pelvik organ sarkması gibi komplike durumların varlığına ve durumun şiddetine bakılarak tedaviye karar verilmektedir. Farmakolojik ve davranışsal tedavi, cerrahi tedavi öncesinde düşünülmekte ve Üİ şiddeti hafiften ortaya kadar olanlarda tercih edilmektedir.³⁷

Gebe olanlara ve ileride gebe kalmak isteyenlere, erken doğum sonrası dönemde olanlara, spor yapma gibi özel durumlarda ara sıra idrar kaçırarlara, cerrahi tedavi istemeyenlere, özel sağlık sorunları nedeniyle cerrahi tedavi yapılamayanlara, Üİ'yi önemli bir sağlık sorunu olarak görmeyenlere ve işeme disfonksiyonu veya mikst tip inkontinans gibi cerrahi tedaviyi etkileyebilecek diğer ürojinekolojik sorunları olanlara cerrahi dışı tedavi yöntemleri kullanılması önerilmektedir.¹⁵ Bu makalede gebelik ve doğum sonu dönemde SÜİ'nin tedavisi tartışıldığından cerrahi tedavi seçeneklerinden ve nasıl yapıldığından fazla bahse-

dilmemiştir. SÜİ'nin cerrahi tedavisi, nedene göre planlanmaktadır. Mesane boynu hiper-mobilitesi sonucu gelişen SÜİ'de, paraüretal destek yeniden sağlanarak mesane boynu ve proksimal üretra intrapelvik bölgeye yükseltilmekte ve sabitlenmektedir. İntrinsik sfinkter yetmezliği olan SÜİ'nin tedavisinde ise üretranın rezistansı ve kapanabilirliği artırılmaktadır. Bazı cerrahi girişimler hem anatomik destek sağlarken, hem de üretranın rezistansını artırmaya çalışmaktadır. Ancak mesane boynu hiper-mobilitesi olan SÜİ tipinde anatomik destek sağlayan girişimlerin başarı oranı düşüktür. Birinci SÜİ tipinde en sık kullanılan cerrahi yöntem, "retropubik mesane boynu süspansiyonu" dur ve 3-5 yıllık kür ve kısmi iyileşme oranı %84'tür. İkinci tip SÜİ'de en sık "subüretal sling prosedürleri" kullanılmaktadır ve 3-5 yıllık kür ve kısmi iyileşme oranı ise %89'dur.²²

Diyet: SÜİ'li kadınların mesane günlüklerine bakılarak diyet alışkanlığında düzenlemeler yapılabilmektedir. Diyetten kafeinli yiyecek ve içeceklerin uzaklaştırılması amaçlanmaktadır. Çünkü kola, kahve, çay, alkol ve çikolata gibi içecek ve yiyecekler diürezisi artırmaktadır. Konstipasyonun stres üriner inkontinansın gelişiminde bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Bu nedenle konstipasyonu önlemek amacıyla lifli gıdaların alınması ve sıvı alımının artırılması gerekmektedir.^{16,38}

Vajinal Aletler: SÜİ'nin tedavisinde pesser olarak bilinen destekleyici aletler kullanılmaktadır. Pesser mesane, üretra ve rektumu desteklemek için vajinanın içine yerleştirilmektedir. Pek çok şekilde pesser bulunmakta ve kişilerin semptomları ve fiziksel egzersizine bağlı olarak tedavide pesser tipine karar verilmektedir. Üretra, pesser ve simfisis pubis arasında sıkıştırılmakta ve böylece artan abdominal basınçlar sırasında uygun anatomik pozisyonda iken üretranın direncini artırmakta ve üretro-vezikal birleşim bölgesinin sabit kalmasını sağlamaktadır.^{36,38}

İlaç Tedavisi: Alfa-adrenerjik agonistleri (psödoefedrin, imipramin) gibi proksimal üretra basıncını artıran ilaçlar denenebilmektedir. Gerçek SÜİ'si olan kadınlarda oral veya vajinal olarak ös-

trojenler de kullanılabilir. SÜİ genellikle farmakolojik tedaviye yanıt vermemektedir.^{36,38}

Pelvik Taban Kas Egzersizleri (PTKE): SÜİ ve mikst Üİ'nin tedavisinde PTKE'nin kullanılması önerilmektedir. SÜİ tedavisinde kullanılan PTKE'nin amacı, pelvik organların (özellikle mesane, mesane boynu ve üretra) desteğini iyileştirmek ve efor sırasında üretral kapanma basıncını artırmaktır.^{39,40} Egzersizler sırasında iyi zamanlanmış, hızlı ve kuvvetli pelvik taban kas kontraksiyonu, simfisis pubise karşı üretrayı iterek, üretral kapanma basıncını artırmak için üretrayı sıkıştırmakta ve intraabdominal basıncı artıran durumlarda üretranın aşağıya doğru inmesini önleyebilmektedir.⁴⁰ Aynı zamanda egzersizin uyarısıyla hipertrofi olan kaslar, üretral basınç ve pelvik organ destek yapılarında iyileşme meydana getirebilmektedir.⁴¹ Günümüzde pelvik taban kas egzersizleri üriner inkontinansın tedavisinde ilk seçenek olarak görülmektedir. Randomize kontrollü çalışmalarda stres ve mikst tip inkontinansın tedavi ve iyileşme hızınının %56-70 arasında değiştiği belirtilmektedir.³⁹

Gebelerde SÜİ'nin tedavisinde ve önlenmesinde de önerilen en uygun yöntem PTKE'dir.¹² PTKE'nin gebelik ve doğum sonrası dönemde Üİ'yi azalttığına dair çalışmalar bulunmaktadır.^{12,41} Reilly ve ark.nın yaptıkları çalışmada ise gebelik döneminde yapılan PTKE'nin mesane boynu hareketliliği olan primigravidlerde postpartum stres üriner inkontinansı etkili bir şekilde azalttığı

saptanmıştır.⁴² Mørked ve Bø'nun yaptıkları çalışmada, postpartum dönemde yapılan PTKE'nin bir yıl sonrasında SÜİ'nin önlenmesinde ve tedavisinde etkili olduğu belirlenmiştir.⁴¹

PTKE stop testi, dijital palpasyon, vajinal kon uygulaması, perineometre, biofeedback ve elektriksel stimülasyon yöntemleri ile öğretilenmektedir. PTKE programı, nöral adaptasyonun sağlanması ve belirli bir kas tonusuna ulaşılması için en az 6-8 hafta devam edilmesi gerekmektedir. Egzersizin etkileri 2 hafta içerisinde görülmektedir. İnkontinansı olan kişilerde şikayetlerin azalması 6-8 hafta içinde ve 6 ay sonrasında ise iyileşme gerçekleşmektedir.¹⁶

Egzersizin Yapılışı: Egzersizi yaparken bacaklar düz bir şekilde uzatılmalıdır. Bu pozisyonda iken diğer kasların kasılması engellenmiş olur. Sanki gaz ve idrar geçişini durdurmuşçasına pelvik taban kasları kasılmalıdır. İstenilen pelvik taban kaslarını 10 sn kasılı tutup, 10 sn dinlendirmektir. Ancak kasları zayıf olan kadınlarda daha fazla dinlenme aralığı gerekebilir. Egzersizi yaparken nefes tutulmamalı ve gluteal kasları, iç uyluk kasları ve karın kasları kasılmamalıdır.¹⁶ Bu egzersizlerin uygulama sıklığı Tablo 1'de yer almaktadır. Pelvik taban kas egzersizlerinin periyodu, 3 uygulamayı içermektedir. Her uygulamada ise 10 kez tekrarlanan pelvik taban kaslarını kasılı tutma/ gevşetme egzersizleri yer almaktadır. Bu egzersizlerin önce yavaş ve sonra hızlı olarak tekrarlanması gerekmektedir.¹⁶

TABLO 1: Pelvik taban kas egzersizlerinin düzeylerine göre uygulama sıklığı.

Düzye	Günlük uygulama periyodu	Her uygulama periyodundaki egzersiz sayısı	Kasılı tutma/ gevşeme süresi (saniye)	Hızlı kasma/ gevşeme süresi (saniye)
I. Düzye	Günde	Her seferinde 10 kez yapılan	3 saniye/	1 saniye/
	2 kez	3 uygulama	3 saniye	1 saniye
II. Düzye	Günde	Her seferinde 10 kez yapılan	5 saniye/	2 saniye/
	2 kez	3 uygulama	5 saniye	2 saniye
III. Düzye	Günde	Her seferinde 15 kez yapılan	10 saniye/	2 saniye/
	3 kez	3 uygulama	10 saniye	2 saniye

STRES ÜRİNER İNKONTİNANSIN GELİŞMESİNİN ÖNLENMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Günümüzde sağlığın sürdürülmesi, hastalıkların önlenmesiyle birlikte bedensel ve zihinsel sağlık beklentilerine yönelik olarak yeni bilimsel bilgi ve gelişmeler meydana gelmektedir. Bu gelişmeler ışığında beklentilere yanıt verebilmeleri, elde edilen bilimsel bilgileri uygulama alanına ve bakım hizmetlerine yansıtılabilmeleri, diğer meslekler gibi kendilerini ortaya koyabilmeleri için hemşirelikte araştırma yapmanın önemi büyüktür.⁴³ Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sorumlulukları bulunan hemşirelerin, Üİ ile ilgili konularda da çalışma yapmaları istenmektedir. Hemşireler, inkontinanslı olan kişilerin belirlenmesinde, kontinans sürdürme ve uygun kontinans bakımını sağlamada, sağlık ve sosyal bakım veren ekiple birlikte çalışmaktadır.⁴⁴

Üİ'de primer koruma, inkontinansa neden olabilecek durumları önlemektir.⁴⁴ Üİ'nin gelişmesinde etkili risk faktörlerinden birisi de gebelik ve doğum eyleminde yaşanan olaylardır.⁴⁵⁻⁴⁸ Hemşireler, Üİ'nin önlenmesinde etkin rol oynamaktadır. Bunu sağlık eğitimi vererek ve doğum eylemi sırasında müdahaleleri doğru ve zamanında yaparak sağlayabilirler. Üİ'ye yönelik verilecek eğitimde, üzerinde durulması gereken konular aşağıda sıralanmıştır. Bunlar:⁴⁹

- Ağır cisimlerin kaldırılmaması ya da çekilerek taşınmasının öğretilmesi,
- Normal sınırlarda kilo alımının sağlanması,
- Sık kabızlık sorunu yaşamalarının önlenmesi,

- Sigara kullanımının azaltılması ya da önlenmesi,

- Alkol ve kafeinli içecekler gibi idrar yapımını artırıcı ve mesaneyi uyarıcı maddelerin kullanımının önlenmesi ya da azaltılmasıdır.

Doğum eylemi ve gebelik kontrollerinde ise:⁴⁹

- Kadınlara gebelik dönemi boyunca ve doğumdan sonra pelvik taban kas egzersizlerinin öğretilmesi ve düzenli yapmalarının sağlanması,

- Bebeğin doğumu sırasında perinede oluşabilecek travmaları önlemek için perineye masaj uygulanması,

- Perine tabanının travmatize olmasını önlemek için doğum eyleminin ikinci evresinin iyi bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak, kadınların yaşam kalitesini, fiziksel, sosyal, ev, iş ve aile yaşantısını olumsuz yönde etkileyen SÜİ, gebelik ve doğum sonrası dönemde sık olarak görülmektedir. SÜİ'nin etiolojisinde pek çok risk faktörü rol oynamaktadır. Bu risk faktörlerinin bazıları önlenebilmekte ve böylece gebelik ve doğum sonrası dönemde SÜİ'nin meydana gelmesi engellenebilmektedir. Ayrıca kadınlarda SÜİ erken dönemde tespit edilip, tedavi edilebilen bir sorundur. Hemşireler, gebelik ve doğum eyleminde yaşanan olayların etkisi ile gelişen SÜİ'nin önlenmesinde diğer sağlık ekibiyle birlikte çalışmalı ve aktif olarak hasta eğitiminde yer almalıdır. Diyet alışkanlıklarının düzeltilmesi ve pelvik taban egzersizlerinin yapılmasının teşviki gibi hemşirelerin yapacağı bir takım küçük öneriler SÜİ'nin gelişmesinin önlenmesinde yararlı olabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21(2):167-78.
2. Norton P, Brubaker L. Urinary incontinence in women. *Lancet* 2006;367(9504):57-67.
3. Du Moulin MF, Hamers JP, Paulus A, Berendsen C, Halfens R. The role of the nurse in community continence care: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2005; 42(4):479-92.
4. Filiz TM, Topsever P, Uludağ Ç, Görpelioğlu S, Çınar N. [Effects of Age and Urinary Incontinence Severity on Generic SF-36 Quality of Life Measurements in Sakarya, Turkey]. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2007;27(2):189-94.
5. Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz, S. [Prevalence of urinary incontinence and affecting risk factors in women] *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2008;28(4):487-93.

6. Kocak I, Okyay P, Dunder M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Eur Urol* 2005;48(4):634-41.
7. Maral I, Ozkardeş H, Peşkiroçlu L, Bumin MA. Prevalence of stress urinary incontinence in both sexes at or after age 15 years: a cross-sectional study. *J Urol* 2001;165(2):408-12.
8. Ozerdoğan N, Beji NK, Yalçın O. Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. *Gynecol Obstet Invest* 2004; 58(3):145-50.
9. Biri A, Durukan E, Maral I, Korucuoğlu U, Biri H, Tıraş B, et al. Incidence of stress urinary incontinence among women in Turkey. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17(6): 604-10.
10. Cetinel B, Demirkesen O, Tarcan T, Yalcin O, Kocak T, Senocak M, et al. Hidden female urinary incontinence in urology and obstetrics and gynecology outpatient clinics in Turkey: what are the determinants of bothersome urinary incontinence and help-seeking behavior? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007; 18(6):659-64.
11. Mason L, Glenn S, Walton I, Appleton C. The prevalence of stress incontinence during pregnancy and following delivery. *Midwifery*. 1999; 15(2):120-8.
12. Mørkved S, Bø K, Schei B, Salvesen KA. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2003;101(2):313-9.
13. Norton PA. Prevalence and social impact of urinary incontinence in women. *Clin Obstet Gynecol* 1990;33(2):295-7.
14. O'Donnell M, Lose G, Sykes D, Voss S, Hunskaar S. Help-seeking behaviour and associated factors among women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and the United Kingdom. *Eur Urol* 2005;47(3):385-92.
15. Yalçın ÖT. [Urogynecology]. In: Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A, eds. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. 2nd ed. Ankara: Güneş Kitabevi; 2006. p.925-64.
16. Eskiuyurt N, Karan A, Yalçın,Ö. [Physical therapy and rehabilitation in urinary incontinence]. In: Güner H, ed. *Ürojinekoloji*. 1st ed. Ankara: Atlas Kitapçılık; 2000. p.135-55.
17. Miller KL. Stress urinary incontinence in women: review and update on neurological control. *J Womens Health* 2005;14(7):595-608.
18. Salman MC, Özyüncü Ö, Durukan T. [Pregnancy, childbirth and pelvic floor disorders]. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2005;2(5): 37-42.
19. Chaliha C, Stanton SL. Urological problems in pregnancy. *BJU Int* 2002;89(5):469-76.
20. Murray SS, McKinney ES. Foundations of Maternal-Newborn Nursing. In: Murray SS, McKinney E, eds. 4th ed. St. Louis Missouri: Saunders Elsevier; 2006. p.116-7, 907-8.
21. Jeyabalan A, Lain KY. Anatomic and functional changes of the upper urinary tract during pregnancy. *Urol Clin North Am* 2007;34(1):1-6.
22. Yalçın ÖT. [Stress urinary incontinence]. In: Çiçek N, Mungan T, eds. *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2007. p.607-16.
23. Ricci SS. Essentials of Maternity, Newborn, and Women's Health Nursing. In: Ricci SS, ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2007. p.157-59, 241.
24. Kristiansson P, Samuelsson E, von Scholtz B, Svärdsudd K. Reproductive hormones and stress urinary incontinence in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80(12):1125-30.
25. van Brummen HJ, Bruinse HW, van der Bom JG, Heintz AP, van der Vaart CH. How do the prevalences of urogenital symptoms change during pregnancy? *Neurourol Urodyn* 2006; 25(2):135-9.
26. Rogers RG, Leeman LL. Postpartum genitourinary changes. *Urol Clin North Am* 2007; 34(1):13-21.
27. Peschers UM, Schaer GN, DeLancey JO, Schuessler B. Levator ani function before and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104(9):1004-8.
28. Tetzschner T, Sørensen M, Lose G, Christiansen J. [Anal and urinary incontinence after obstetric anal sphincter rupture]. *Ugeskr Laeger* 1998;160(22):3218-22.
29. Thom DH, Brown JS. Reproductive and hormonal risk factors for urinary incontinence in later life: a review of the clinical and epidemiologic literature. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46(11):1411-7.
30. Foldspang A, Mommsen S, Lam GW, Elvings L. Parity as a correlate of adult female urinary incontinence prevalence. *J Epidemiol Community Health* 1992;46(6):595-600.
31. Chin HY, Chen MC, Liu YH, Wang KH. Postpartum urinary incontinence: a comparison of vaginal delivery, elective, and emergent cesarean section. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17(6):631-5.
32. Liebling RE, Swingler R, Patel RR, Verity L, Soothill PW, Murphy DJ. Pelvic floor morbidity up to one year after difficult instrumental delivery and cesarean section in the second stage of labor: a cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(1):4-10.
33. Nygaard I. Urinary incontinence: is cesarean delivery protective? *Semin Perinatol* 2006; 30(5):267-71.
34. Newman DK. Managing and Treating Urinary Incontinence. In: Newman DK, ed. 2nd ed. Baltimore: Health Professions Press; 2002. p.29-51.
35. Scarpa KP, Herrmann V, Palma PC, Ricetto CL, Morais SS. Prevalence and correlates of stress urinary incontinence during pregnancy: a survey at UNICAMP Medical School, São Paulo, Brazil. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17(3):219-23.
36. Zaccardi JE, Cox SB. Evaluation and management female incontinence. *AWHONN Lifestyles* 2004;8(4):326-32.
37. Gray M. Stress urinary incontinence in women. *J Am Acad Nurse Pract* 2004;16(5): 188-90, 192-7.
38. Beji Kızılkaya N. [Behavioral treatment methods in the treatment of urinary incontinence]. *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı*. (No:5), 1st ed. İstanbul: Emek Matbaacılık; 2002. p.123-8.
39. Bø K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004;15(2):76-84.
40. Hay-Smith EJ, Dumoulin C. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(1): CD005654.
41. Mørkved S, Bø K. Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one-year follow up. *BJOG* 2000;107(8):1022-8.
42. Reilly EI, Freeman RM, Waterfield MR, Waterfield AE, Stegler P, Pedlar F. Prevention of postpartum stress urinary incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: A randomised controlled trial of antenatal pelvic floor exercises. *BJOG* 2002;109(1):68-76.

43. Bayık A. [Nursing discipline and research]. In: Erefe İ, ed. Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri. 1st ed. İstanbul: Odak Ofset; 2002. p.13-26.
44. Yeşiltepe Oskay Ü. [The prevention of urinary incontinence and improvement of continence]. In: Beji Kızılkaya N, ed. Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. (No:5), 1st ed. İstanbul: Emek Matbaacılık; 2002. p.61-73.
45. Farrell SA, Allen VM, Baskett TF. Parturition and urinary incontinence in primiparas. *Obstet Gynecol* 2001;97(3):350-6.
46. Antonakos CL, Miller JM, Sampsel CM. Indices for studying urinary incontinence and levator ani function in primiparous women. *J Clin Nurs* 2003;12(4):554-61.
47. Meyer S, Schreyer A, De Grandi P, Hohlfeld P. The effects of birth on urinary continence mechanisms and other pelvic-floor characteristics. *Obstet Gynecol* 1998;92(4 Pt 1):613-8.
48. Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Nielsen JB. Postpartum urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82(6):556-63.
49. Karaçam Z. [Behavioral therapy methods in prevent to develop urinary incontinence in women and nursing role]. *Sendrom* 2003; 15(3):112-7.