

T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**STRES ÜRİNER İNKONTİNANS TANISI ALAN KADINLARA VERİLEN
EĞİTİMİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Naile AKŞİT AKINCI

Tez Danışmanı
Prof.Dr.Nalan Özhan ELBAŞ

ANKARA
EKİM 2009

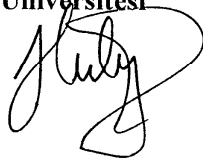
**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütölmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.**

Tez Savunma Tarihi : 26../10../2009


**İmza
Prof.Dr.Nalan ÖZHAN ELBAŞ
Gazi Üniversitesi
Jüri Başkanı**

**Yard.Doç.Dr.Hülya BULUT
Gazi Üniversitesi**



**Yard.Doç.Dr. Azize KARAHAN
Başkent Üniversitesi**



TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleşmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Nalan Özhan Elbaş tez danışmanım olarak çalışmaya yol gösterici ve destekleyici katkılarda bulunmuştur.

Sayın Yard. Doç. Dr.Hülya Bulut, Sayın Yard. Doç. Dr Dilek Yıldırım, Sayın Yard. Doç. Dr. Azize Karahan tez izleme komitesinde görev alarak çalışmaya değerli katkılar sağlamışlardır.

Çalışmanın yapıldığı Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi doktor ve hemşireleri gerekli ortamı sağlayarak çalışmaya destek olmuşlardır.

Bugünlere gelmemde büyük payı olan sevgi ve anlayışlarıyla beni destekleyen ve hep yanımda olan çok sevdiğim anneme, babama ve kardeşlerime,

Hayatı paylaştığım, sonsuz güven, sevgi ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim sevgili eşime,

En içten dileklerimle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
GRAFİK DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI	1
1.2. AMAÇ	6
1.2.1. Araştırmanın amacı	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. ALT ÜRİNER SİSTEMİN FONKSİYONEL ANATOMİSİ	7
2.1.1. Pelvik taban	7
2.1.2. Pelvik Organlar	9
2.2. ALT İDRAR YOLLARININ NÖRAL KONTROLÜ	10
2.3. İŞEME FİZYOLOJİSİ	12
2.4. ÜRİNER İNKONTİNANSTA SEMPTOMLAR VE BULGULAR	12
2.5. STRES ÜRİNER İNKONTİNANS FİZYOPATOLOJİSİ	14
2.6. STRES ÜRİNER İNKONTİNANS SINIFLANDIRILMASI	16
2.7. ÜRİNER İNKONTİNANSIN RİSK FAKTÖRLERİ	19
2.7.1. Yatkınlaştırıcı Faktörler	19
2.7.2. Anotomik ve nörolojik faktörler	20
2.7.3. İnkontinansı ilerletici risk faktörleri	21
2.8. ÜRİNER İNKONTİNANSTA TANISAL DEĞERLENDİRME	22

2.8.1. Ürodinamik Laboratuvar İncelemeleri.....	24
2.9. ÜRİNER İNKONTİNANSTA TEDAVİ	25
2.9.1. Konservatif tedavi.....	25
2.9.2. Farmakolojik ajanlar	28
2.9.3. Cerrahi tedavi	29
2.10. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI, İNKONTİNANS VE HEMŞİRELİK BAKIMI	29
3. BİREYLER VE YÖNTEM.....	32
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	32
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	32
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	33
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI.....	34
3.4.1. Araştırmada kullanılan araçlar.....	34
3.4.2. Araştırmanın ön uygulaması.....	37
3.4.3. Araştırmanın uygulanması.....	38
3.4.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	40
3.4.5. Verilerin değerlendirilmesi	40
4. BULGULAR.....	41
5. TARTIŞMA	57
5.1. KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ	58
5.2. STRES ÜRİNER İNKONTİNANSI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ.....	59
5.4. HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ	63
5.5. KADINLARIN PED TESTİ SONUÇLARININ VE PED KULLANMA DURUMLARININ İNCELENMESİ.....	64
5.6. KADINLARIN DAHA ÖNCE TEDAVİ VE EĞİTİM ALMA DURUMLARININ İNCELENMESİ	65

5.7. YAŞAM KALİTESİ TESTİNİN VE VERİLEN EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	66
6. SONUÇLAR	71
7. ÖNERİLER.....	75
8. ÖZET.....	76
9. ABSTRACT.....	78
10. KAYNAKLAR.....	80
11. EKLER	94
ÖZGEÇMİŞ.....	147

KISALTMALAR

- ICS** : International Continence Society (Uluslararası Kontinans Derneği)
- ABD** : Amerika Birleşik Devleti
- SÜİ** : Stres Üriner İnkontinans
- Üİ** : Üriner İnkontinans
- İSY** : İntrensek Sfinkter Yetmezliği
- MÜİ** : Miks Üriner İnkontinans
- PTK** : Pelvik Taban Kontraksiyonları
- PTE** : Pelvik Taban Egzersizleri
- EMG** : Elektromyografi
- USG** : Ultrasonografi
- UPP** : Urethral Pressure Profile (Üretral Basınç Profili)
- PVR** : Postvoidal Rezidüel İdrar
- BKİ** : Beden Kitle İndeksi
- I-QOL** : İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil

Sayfa No:

2.1. Perineal Membran	8
2.2. Alt İdrar Yollarının Nöral Kontrolü	10
3.1. Araştırmada ped testi ölçümünde kullanılan hassas terazi	36

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo

Sayfa No:

4.1.	Kadınların tanıtıcı özellikleri	41
4.2.	Kadınların obstetrik özellikleri	42
4.3.	Kadınların hastalığa ilişkin özellikleri	43
4.4.	Kadınların idrar kaçırdıkları durumlar	44
4.5.	Kadınların hastalığı ilerletici risk faktörlerine göre özellikleri.....	44
4.6.	Kadınların ped testi sonuçları	45
4.7.	Tanıtıcı özellikler ile ped testi sonuçlarının karşılaştırılması.....	46
4.8.	Obstetrik özellikler ile ped testi sonuçlarının karşılaştırılması.....	47
4.9.	İlerletici risk faktörleri ile ped testi sonuçlarının karşılaştırılması	48
4.10.	Kadınların idrar kaçırdıkları durumlar ile ped testi sonuçlarının karşılaştırılması	49
4.11.	Kadınların daha önce sağlık kurumuna başvurma ve tedavi alma durumu	50
4.12.	Kadınların tanıtıcı özellikleri ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması.....	51
4.13.	Kadınların obstetrik özellikleri ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması.....	52
4.14.	Kadınların idrar kaçırılan süre ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması.....	53
4.15.	Kadınların idrar kaçırmada artış durumu ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması.....	53

4.16. Kadınların idrar kaçırılan durumlar ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması.....	54
4.17. Kadınların kendi ifade ettikleri ped kullanma ve ped test sonucunun yaşam kalitesi puanları ile karşılaştırılması	55
4.18 Kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması.....	56

GRAFİK DİZİNİ

Grafik

Sayfa No:

4.1. Kadınların ped testi sonuç ve ped kullanma durumu dağılımları45

1. GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI

Ülkemizdeki kadınların çoğunda pelvik destek yapıların gevşemesi ve eksternal çizgili sfinkter zayıflaması görülür. Bu duruma bağlı olarak kadın sağlığını tıbbi, fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik olarak ciddi anlamda etkileyen idrar kaçırma görülmektedir.¹

Üriner inkontinans tanımlanmasında halen çelişkiler olsa da Uluslararası Kontinans Topluluğu (International Continence Society-ICS) üriner inkontinansı sosyal ve hijyenik sorunlara yol açan ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmıştır.²

Thomas ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada üriner inkontinans prevalansı 15-60 yaş grubunda %10-25 arasında bulunmuştur.³ Üriner inkontinans, her yaştaki erkek ve kadını etkileyebilmektedir. Yapılan çalışmalarda kadınlarda erkeklerden daha fazla oranda üriner inkontinans görüldüğü saptanmıştır.⁴

Her yaş grubundaki kadınlarda üriner inkontinans görülmesine karşın, yaşlı kadınlarda görülme sıklığı daha fazla olmaktadır.⁵ ABD' de yaşlanmanın tıbbi, epidemiyolojik ve sosyal yönlerini araştıran çalışmada (Medical Epidemiologic and Social Aspects of Aging, MESA) 60 yaşın üzerindeki kadınlarda üriner inkontinans yıllık insidans oranı %20 olarak belirlenmiştir.⁶ Bu oran yaşlı bakımevinde kalan kadınlarda %70'lere kadar ulaşmaktadır.⁷

Üriner inkontinansın çeşitli tipleri bulunmaktadır. Bunların içinde stres üriner inkontinans en sık görülen inkontinans tipidir.^{8,9} ICS stres inkontinansı, fizik aktivite gibi karın içi basıncının arttığı durumlarda istem dışı idrar kaçırmaya olarak tanımlanmıştır.² Stres üriner inkontinans öksürmek, hapşırma, koşmak, zıplamak, sandalyeden yatağa geçmek (felçli hastalarda), cinsel aktiviteler ve aerobik gibi bazı farklı aktiviteler ile de ilişkilidir.¹⁰

Kök ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, üriner inkontinans semptomları bulunan 85 hasta içersinde en yüksek oranda stres tip inkontinansın (%40) yer aldığı görülmektedir.¹¹

Stres üriner inkontinans, kadınlarda sosyal ve hijyenik koşulları ağırlaştıran en önemli problemlerden birisidir.^{12,13,14} İnkontinanslı kadınların büyük çoğunluğunun şikayetlerinden ötürü rahatsız oldukları bu nedenle sosyal ve fiziksel aktivitelerini hatta sıvı alımını bile kısıtladıkları saptanmıştır.^{15,16,17} Lam ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kadınların %19'u kendilerini arkadaş ziyareti, spor yapmak, alışveriş yapmak, işe gitmek gibi birçok sosyal aktiviteden uzak tutmak zorunda olduklarını belirtmişlerdir.¹⁸ Siracuano ve arkadaşlarının çalışmasında üriner inkontinans şikayeti olanların %22'sinin idrar kaçırmayı utanç verici ve küçük düşürücü bir durum olarak algıladığı, inkontinansı olan kadınların %62'sinin kendilerini sinirli veya gergin hissettiklerini, %9'uda antidepresan kullandıklarını ifade etmişlerdir.¹⁹

İnkontinans nedeniyle cinsel yaşam da olumsuz etkilenmektedir. Üriner inkontinanslı (Üİ) vakaların %86'sında seksüel disfonksiyon tespit edilmiştir.²⁰ Cinsel ilişki esnasında idrar kaçırmaya stres üriner inkontinanslı hastalarda yaygın bir semptomdur.²¹

Üriner İnkontinansın ekonomik etkilerini de göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Maliyet yalnızca tanı testi, cerrahi ve pedlerle ilişkili değildir. Çamaşır kullanımının, çamaşırın yıkanmasının ve sarf malzemelerinin artması, ayrıca hemşire bakımı ihtiyacında artması maliyete dahil edilmektedir. İnkontinans evde hemşirelik bakımını gerektirebilmektedir. Hasta açısından olduğu kadar, aile bireyleri ve sağlık personeli açısından da zorlukları olan üriner inkontinans, ABD ve Batı Avrupa ülkelerinde, yaşlı bir kişiyi bakımevine yerleştirmede, önemli gerekçelerden biri olarak belirtilmektedir.²²

Üriner inkontinans, maddi açıdan da yük getiren bir problemdir. ABD'de 1987'de Üİ için harcanan toplam paranın 10 milyar dolardan fazla olduğu bildirilmektedir. Bu rakamın, o dönemde diyaliz ve koroner by-pass cerrahisi için harcanan paraların toplamından fazla olduğu belirtilmektedir.²³ 1995 yılında, yalnızca 65 yaş üzerindeki kişilerde üriner inkontinans tedavisinin toplam maliyeti 26.3 milyar dolar olarak belirtilmiştir. Hasta başına topluma maliyet 1984 yılından 1995'e göre %174 oranında artmıştır.²⁴

Üriner inkontinans toplumda yaygın olarak görülmesine ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemesine rağmen kadınların sadece küçük bir kısmı tedavi arayışı içersine girmektedir.²⁵ Kadınlar, bu durumu hastalık olarak değil yaşlılığın bir sonucu olarak düşündüklerinden üriner inkontinansı sosyal bir problem olarak algılamakta ya da utanma ve çekinme hissettiklerinden dolayı şikayetlerini dile getirmemekte, dolayısıyla profesyonel yardım ve tedavi alamamaktadırlar.^{26,27,28} Stres üriner inkontinanslı kadınların doktora başvurana kadar ortalama 9 yıl gibi uzun bir süre geçirdikleri tespit edilmiştir. Bu durum hastanın hem psikososyal sağlığını bozmakta, hem de tedavi maliyetini arttırmaktadır.^{29,30,31}

Sağlık hizmetlerinin geleneksel modellerinde amaç hastalığın tedavisi ve acı çekmenin sonlandırılması iken günümüzde bu amaç sağlığın sürdürülmesi ve artırılmasına yardımcı olacak yaşam biçiminin ve bireysel felsefenin yaratılmasına dönüşmüştür. Bu durum bireysel bütünlüğün sağlanması ve bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmekle ilgili tüm gelişmeleri kapsamaktadır.³² Bu süreçte hemşirenin özellikle eğitici rolü ön plana çıkmaktadır. Barlett (1995) hasta eğitimini uyum ve memnuniyetin artırılması, masrafların düşürülmesi, morbidite ve mortalitenin azaltılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, hastalara yetki verilmesi ya da hastaların otonomilerinin artırılması için bir yol olarak önermektedir.³³

Aslan'ın yaptığı çalışmada üriner inkontinans'ta verilen eğitimin, yaşam kalitesini yükselttiği belirtilmektedir. Hemşire sağlıklı, hasta bireylere ve ailelerine ürogenital sistemin yapısı ve işleyişi, inkontinansın özellikleri, tuvalet alışkanlığı, koruyucu ürünler, diyet, kilo sınırlaması, çevre koşullarının düzenlenmesi ve ulaşılabilecek merkezler ile ilgili bilgi verir, danışmanlık yapar.³⁴

Son yıllarda üriner inkontinans konusunda eğitilmiş hemşireler inkontinans problemi deneyimleyen hastaları tanılamada, konservatif tedavi yöntemlerini hastaya öğretip uygulamada sağlık ve sosyal bakım elemanları ile birlikte çalışarak vazgeçilmez bir rol üstlenmişlerdir. Literatürde gelişmiş ülkelerde kontinans danışmanı olarak hizmet veren sağlık profesyonellerinin çoğunluğunu (%93) hemşirelerin oluşturduğu belirtilmektedir.³⁵ Özellikle konservatif tedavi tekniklerinden olan pelvik taban kas egzersizi eğitiminde hemşireler tek başlarına ya da fizyoterapistlerle birlikte sorumluluk almaktadırlar.³⁶

Günümüzde stres inkontinans tedavisinde pelvik taban kaslarını geliştiren egzersizler, birinci seçenek olarak kabul edilmektedir. Bo, stres inkontinans tedavisi için pelvik taban kas egzersizlerinin ilk tercih olması gerektiğini ifade etmiştir.³⁷ Burgio, Whitehead ve Engel'in yaptıkları çalışmada üriner inkontinanslı hastalara uygulanan Kegel egzersizleri sonrası iki hafta içinde %82 oranında başarı sağlandığı saptanmıştır.³⁸ Aslan yaptığı çalışmada ileri yaştaki kadınlara uygulanan pelvik taban kas egzersizlerinin, üriner şikayetleri azaltmada ve pelvik taban kas gücünü arttırmada oldukça etkili olduğunu saptamıştır.³⁹

Ülkemizde üriner inkontinansın önlenmesi ve kontinansın sağlanmasına yönelik verilen sağlık hizmetinde, ekip çalışması oldukça azdır. Hemşire, inkontinans problemi olan kişileri belirlemek ve uygun bakımı sağlamak için, sağlık ekibi içerisinde önemli pozisyonundadır.⁴⁰ Hemşire mesleki rollerini kullanarak, üriner inkontinansın tanı, tedavi hizmetlerini planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarında aktif olarak görev almalıdır. Ancak ne yazık ki ülkemizde hemşireler inkontinans bakımında aktif olarak rol almamakta ve bu alanda uzmanlaşmayı sağlayan eğitim programı olanaklarından yoksun kalmaktadırlar. Hemşirelerin görevleri, daha çok hastaların tedavi ve bakımıyla sınırlandırılmıştır. Gözlemlerimiz doğrultusunda hastaların stres üriner inkontinansa yapılması gerekenlere yönelik bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve poliklinikte çalışan hemşire ve doktorların hastaların eğitimine yönelik girişimde bulunmadıkları belirlenmiştir.

Üriner inkontinansın önlenmesi ve düzeltilmesi ile ilgili sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Eğitim hizmeti örneği olacak bir çalışma, bu konuda çalışan hemşirelere nitelikli ve etkili bir hizmet sunmada yardımcı olabilecektir.

1.2. AMAÇ

1.2.1. Araştırmanın amacı

Bu araştırma, stres üriner inkontinans görülen kadınlara verilen eğitimin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

4.3. ALT ÜRİNER SİSTEMİN FONKSİYONEL ANATOMİSİ

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

2.1.1. Pelvik taban

Pelvik taban kranial yönden bakıldığında ön tarafta simfizis pubis, arkada sakrum ve yanlarda spina iskiadikaların sınırladığı eşkenar dörtgen şeklindedir. Spina iskiadikaların arasından geçen bir çizgi ile pelvik taban ön ve arka segmentlere ayrılır. Pelvik tabandaki çizgili kaslar, kendi fasyal bağlantılarıyla birlikte çalışarak, tüm pelvis içinde pelvik organ prolapsusunu önler ve kontinansı sağlar.⁴¹

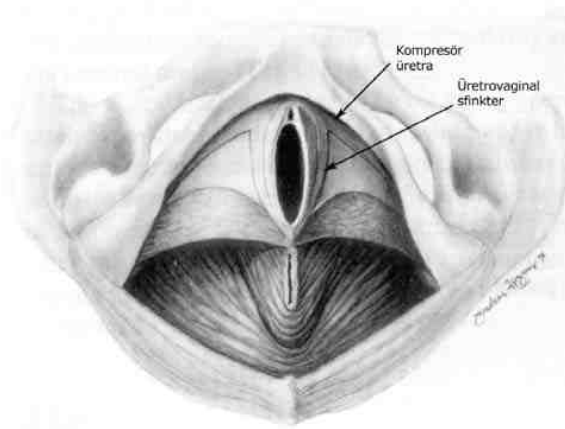
Pelvik diyafram

Pelvik organların ve endopelvik fasyanın hemen altında pelvik diyafram adı verilen ve abdominopelvik kaviteye primer destek görevi gören çizgili kas tabakası yer alır. Pelvik diyafram levator ani ve koksigeus kaslarını içerir. Levator ani kası iki kısımdan oluşur; Diyafragmatik kısım (iliokoksigeus) ve daha önemli olan pubovisseral kısım (pubokoksigeus). Pubokoksigeal kısım daha kalın ve “U” şeklinde bir kas olup pubik kemikten başlayarak vajina ve rektumun yan duvarlarına bağlanır.⁴¹

Levator ani esas parçaları olan, pubokoksigeus, iliokoksigeus ve iskiokoksigeus kaslarıyla birlikte üretra, vajina ve rektumun aşağıdan desteginde önemli rol oynamaktadır.⁴² Normalde levator kasları pelvik visserayı bir hamak gibi tutar, pelvik destegin horizontal tabanını sağlar. Mesane, proksimal vajina ve intrapelvik rektum levator zemini üzerinde yatar ve bu levator zemin artmış karın içi basıncına karşı gelir, böylece stabiliteyi sağlar ve üriner-fekal kontinansa yardım eder.⁴³

Perineal membran (ürogenital diyafram)

Pubik kemiğe ve vajina lateral duvarlarına tutunan, pelvik çıkımın ön kısmında bulunan, üçgen şeklinde fibromusküler bir tabakadır. Pelvik diyafragmanın hemen altında yer alır, üretra ve vajina perineal membranın içinden geçer ve perineal membran bunların desteğinde rol oynamaktadır. Klasik olarak perineal membranın, inferior ve superior fasyalarla birlikte fasyalar arasında bulunan derin transvers perinei kaslarından oluştuğu tanımlanmıştır. Bu kaslar, büyük olasılıkla perineal membran üzerinde bulunan kompresör üretra ve üretrovajinal sfinkter kaslarından (Şekil 2.1) veya vajina lateral duvarına yapışan transvers liflerden oluşmuştur.⁴⁴



Şekil 2.1. Perineal membran ve kompresör üretra ve üretrovajinal sfinkterle ilişkisi.⁴⁵

2.1.2. Pelvik Organlar

Mesane

İdrarın depolanmasını ve dışarı atılmasını sağlayan düz kas liflerinden(m. detrusor vezika) yapılmış bir kesedir. Ortalama hacmi 220 ml olup, 500 ml kadar genişleyebilir. Erişkinde boş mesane pelvis minor'de simfisis pubika'nın hemen arkasında yer alır. Dolduğu zaman üst sınırı karın boşluğuna girer, umblikus seviyesine kadar yükselebilir.⁴⁶

Mesane korpus ve trigon olarak iki kısımda incelenir. Mesanenin korpusu primer olarak idrarın depolanması ve işeme sırasında etkili detrusor kas kontraksiyonundan sorumludur. Trigon iki üreteral orifis ve mesane çıkımından oluşan, mesanenin tabanından apeksine yayılan üçgen şeklindeki bölgedir.⁴⁷

Mesane boynunun yapısı erkek ve kadınlarda farklıdır. Kadın mesane boynunun sfinkterik fonksiyonu kısıtlı olduğundan, kadınların %50' sinde öksürme esnasında idrar proksimal üretraya kaçır.⁴⁸

Üretra

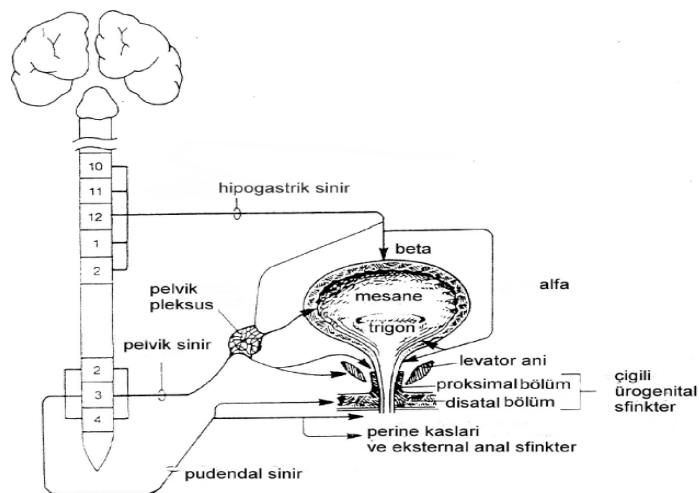
Üretra çizgili ve düz kaslardan oluşmuştur. Longitudinal düz kasların kasılması üretranın sabitlenmesinde ve sirküler kas elementlerinin oluşturduğu gücün lümeni kapatmasında ya da işeme sırasında mesane boynunun açılmasına yardımcıdır. Üretral basınç profili oluşturmada, üretral düz kas, çizgili kas ve lamina proprianın rolleri üzerine tartışmalar vardır.⁴⁹

Perine

Pelvik desteğin ikinci bir seviyesi perinede ortaya çıkar. Kadınlarda ürogenital üçgen klitoris, üretra ve vajinal açıklık ile ikiye bölünür. Perinenin anal üçgeninin merkezinde anal kanal vardır. Derin anal sfinkter lifleri anal kanalı tamamen çevrelerler ve superiorda levator ani'nin inferomedial lifleri (pubokoksigeus-puborektalis) ile birleşirler. Levatorların alt kısmında yüzeysel kompartmanının daha derininde müskülofasyal bir tabaka (ürogenital diyafram) yer alır. Bu seviyede çizgili kas lifleri istemli üriner sfinkterik fonksiyonu sağlamak amacıyla vajina ve üretrayı çevreler.⁴³

2.2. ALT İDRAR YOLLARININ NÖRAL KONTROLÜ

Alt üriner sistem lokal innervasyonu temel olarak parasempatik ve sempatik otonom sinir sistemi ile periferik somatik motor ve duyu sistemleriyle olmaktadır.⁵⁰



Şekil 2.2: Alt İdrar Yollarının Nöral Kontrolü ⁴⁵.

Sempatik sinir sistemi: Lomber spinal korttan çıkan sempatik akım, mesane ve üretraya nonadrenerjik uyarıcı ve inhibe edici uyaranlar yollar. Sempatik sinirlerin aktivasyonu, mesane gövdesinde gevşeme ve mesanede idrar depolanmasını sağlayacak şekilde mesane çıkımı ve üretrada kasılmaya yol açar. Periferik sempatik yollar, sempatik gangliyon zincirinden inferior mezenterik gangliyon ve hipogastrik sinirler ile pelvik gangliyonlara uzanan komplike bir yol izler.⁵⁰

Parasempatik Sinir Sistemi: Alt idrar yollarını innerve eden parasempatik pregangliyonik nöronlar (PGN)sakral parasempatik çekirdek (SPN) olarak bilinen sakral ara gri maddenin lateralinde yerleşmiş bir bölgede bulunurlar. Parasempatik PG, ventral kök üzerinden uyarıcı taşıyıcı asetilkolin salgılayan periferik gangliyonlara ulaşırlar. İnsanda parasempatik postgangliyonik nöronlar pelvik plexus ile detrusor duvarında yerleşmiştir.⁵¹

Somatik Sinir Sistemi: Eksternal üretral sfinkter (EUS) motornöronları, Onuf'un çekirdeği olarak bilinen ventral boynuzun lateralinde yerleşmiştir. Sfinkter motor nöronları ayrıca lateral funikulusların lateralinde, ara gri maddenin dorsalinde ve merkezi kanalın dorsomedialinde transvers olarak yerleşmiş dendritik paketlerde de bulunur.⁵²

Reseptör	Yerleşim	Düz kastaki etki	Sonuç
α adrenerjik	Mesane tabanı, boynu, iç sfinkter	Kasılır	Depolama
β adrenerjik	Mesane superior bölümü	Gevşer	Depolama
Kolinerjik	Mesane tümü	Kasılır	Boşaltma

Mesane reseptörlerinin yerleşimi

2.3. İŞEME FİZYOLOJİSİ

Normal miksiyon, duyuşal bilgi mesanenin olduğunu iletteğinde, fiziksel ve sosyal olarak uygun bir zamanda istemli olarak gerçekleşir. İşeme depolama evresi ve boşaltma evresi olmak üzere iki evrede incelenebilir.⁵³

Depolama evresi: Giderek artan sempatik uyarı ve baskılanan parasempatik uyarı yolu ile mesane içi basınç düşük tutulur. Normal bir mesanede mesane içi basınç 0-6 cmH₂O olup, 15 cmH₂O'yu aşmamalıdır. Mesane duvarının kompliyansı 10 cmH₂O'ya dek yeterli olur. Sıkışma hissi ile birlikte (300 ml) detrüsörü gevşeten, sfinkteri kasan refleks yollar aktive olur. Normal mesane kapasitesi 400-750 ml arasında değişkenlik gösterebilir. İlk doluluk hissi 100-200 ml, doluluk hissi 300-400 ml, acilen boşaltma gereksinimi ve ağrı olarak tanımlanabilen “urgency” ise 400-500 ml'de hissedilir. Depolama evresinde düşük mesane içi basınçlarda hipogastrik- pudendal (sempatik) sinirler, yüksek mesane içi basınçlarda (>15 cmH₂O) pelvik-pudendal sinirler aracılığı ile detrüsörün refleks inhibisyonu sağlanır.⁵³

Boşaltma evresi: Mesaneden gelen uyarılar ve dorsolateral pons ve mamiller cisimlerde giderek artan aktivite işeme eşığını düşürür. Sfinkter mekanizmasının sakral işeme merkezine refleks inhibisyonu ortadan kalkar, sempatik aktivite inhibe olur, parasempatik yollar aktive olur ve sonuçta detrüsör kasılır.⁵³

2.4. ÜRİNER İNKONTİNANSTA SEMPTOMLAR VE BULGULAR ^{54,55}

Urge inkontinans:

Semptom, aniden güçlü bir işeme isteği ile (urge) gelen istemsiz idrar kaışıdır. Bulgu, idrar kaçışının kontrol edilemeyen işeme aciliyetiyle eşzamanlı izlenmesidir. İstemli işemeler arasında sık ama

düşük miktarlarda idrar kaçıırma olabileceği gibi mesanenin tümüyle boşalmasına neden olan fazla miktarlarda idrar kaçıırma da görülebilir.

Bilinçsiz inkontinans

Semptom, idrarın urge ya da stres eşlik etmeksizin kaçırılmasıdır. Bulgu, sürekli kaçıışın gözlemlenmesidir.

Nokturnal Enürezis;

Semptom, uyku esnasında idrar kaçıırma şikayetidir. Bulgu, uyku esnasında kaçıışın gözlemlenmesidir.

İşeme Sonrası Damlama;

Semptom, işeme sonrasında damlama şeklinde idrar kaçıışı şikayetidir. Bulgu, bu şekilde idrar kaçıışının gözlemlenmesidir.

Mikst inkontinans;

Pollaküri, urge ve urge inkontinans ile ilişkili stres inkontinansa mikst inkontinans denir.

Stres Üriner İnkontinans

Semptom, idrarın istemsiz olarak öksürme, fizik aktivite, spor aktivitesi, ani pozisyon değişikliği gibi durumlarda kaçırılmasıdır. Bulgu, idrar kaçıışının öksürme, gülme ya da fizik aktivite ile eşzamanlı görülmesidir.

2.5. STRES ÜRİNER İNKONTİNANS FİZYOPATOLOJİSİ

Stres üriner inkontinas (SÜİ) detrüsör kontraksiyonu olmaksızın intraabdominal basınç artışı ile intravezikal basıncın üretral direncin üstüne çıkması ve mesaneden üretraya istemsiz idrar kaçışıdır. Çok eski yıllardan bu yana idrar kaçırmada temel bozukluğun üretra yapısal desteğinde bozulma üretraya yeterli kompresyonun olmadığı düşünülerek tedavi girişimleri hep bu yönde planlanmıştır. 1923'de Bonney idrar kaçırmaya nedeninin üretra ve üretrovezikal bileşkenin simfizis pubis altına doğru yer değiştirmesi olduğunu ileri sürmüştü, nihayet 1949'da Marshal, Marchetti ve Krantz'ın vezikoüretral suspansiyonla stres tipte idrar kaçırmayı başarılı bir şekilde tedavi ettiklerini aydınlamaları ile bu görüş daha da ağırlık kazanmış ve yıllar süren bir kabul görmüştür.

1961'de Enhorning SÜİ fizyopatolojisi için klasik hipotezini yayınlamıştır. Bu hipoteze göre kontinansın devam edebilmesi için mesane, mesane boynu ve proksimal üretra kemik pelvis içinde bulunmalıdır. Üretra ve mesane boynunda distale doğru bir mobilite olması abdominal basıncın mesane ve mesane boynu/ üretraya eşit yansımaya engel olacak ve artan mesane basıncı ile idrar kaçağı görülecektir. 1993'e McGuire stres tipte idrar kaçıran hastalarda aslında iki neden olabileceğini ileri sürmüştü, suspansiyon ameliyatları ile başarısız olan vakaları bu görüşle izah etmeye çalışmıştır.^{56,57}

Günümüzde anatomik tip ve intrensek sfinkter yetmezliği (İSY) ayırımı yapmanın gerekliliği önemli oranda kabul edilmemekle birlikte birlikte bu iki kavramın anlaşılması SÜİ fizyopatolojisinin anlaşılmasına büyük ölçüde yardımcı olacaktır.^{58,59}

1. Anatomik SÜİ: Tüm olguların %90-95'inde bulunur. Mesane boynu ve proksimal üretranın intrensek sfinkterik fonksiyonu normaldir. Günlük sıradan aktiviteler esnasında üretra duvarı kapalıdır ve

kontinans devam eder. İşeme esnasında üretra açılır ve idrar normal biçimde boşalır. Üretral basınç genelde intravezikal basıncın yüksektir, ancak intraabdominal basıncın ani artışlarında (öksürme, hapşırma gibi) üretra kapanma basıncı negatif olur ve idrar kaçağı görülür. İntraabdominal basıncın eşit olmayan yansımaları, mesane boynu desteğinin zayıflaması ve stres esnasında posteriora rotasyonla abdominal boşluk dışına sarkmasına bağlıdır. Pratik olarak bu durum mesane boynunun pelvik diyafragma dışına fıtıklaşması olarak tanımlanabilir. Bu herniyi onarmaya yönelik süspansiyon operasyonları ile %90 üzerinde başarı sağlanır. Bu tip SÜİ klasik olarak Gren tanımlamış olduğu Tip 1 ve Tip 2 SÜİ'ye uyar ve mesane ile üretranın pelvik desteğinin zayıflığına bağlıdır. Doğum travması, histerektomi, hormonal değişiklikler, pelvik denervasyona bağlı veya konjenital olabilir.

2. İntrensek Sfinkter Yetmezliği (İSY): McGuire'in tanımladığı Tip 3 SÜİ'dir. Üretra sfinkterik fonksiyonunu kaybetmiştir. Üretra duvarı kapanamaz ve üretral basınç sıklıkla çok düşüktür. Hafif bir aktivite ile bile idrar kaçağı olur. İşeme esnasında üretra açık kalır ve idrar akımına karşı çok düşük bir direnç görülür. Özellikle geçirilmiş çok sayıda idrar kaçırma cerrahisi sonrası görülen tiplerde üretra fibrotik, rigid, deforme bir tüp haline gelmiştir. Bu hastalarda çelişkili bir klinik tablo görülür. Üretra yetersizdir, idrar kaçması kolayca provake olur ancak istirahat esnasındaki üretrak kapanma basıncı yüksektir ve işeme esnasında obstrüktif bir üretral fonksiyon görülebilir. Bu hastaların idrar kaçıran olması rigid üretral duvarın su sızdırmaz bir yapı oluşturamamasına bağlıdır. Ancak rigid üretra işeme esnasında tam açılmadığı için aynı zamanda obstrüksiyon görülür. Her iki durumda da idrar kaçması bir sarkmaya "desensusa" bağlı değildir ve onarılacak bir fıtık da mevcut değildir. Bu nedenle klasik süspansiyon operasyonları büyük oranda başarısız olacaktır. İSY geçirilmiş operasyonlar dışında, travma, radyoterapi ve nörojenik patolojilere bağlı olabilir. Bu tipte en belirgi özellik istirahat halinde detrüsör kontraksiyonu olmaksızın mesane boynu ve üretranın açık olmasıdır.

2.6.STRES ÜRİNER İNKONTİNANS SINIFLANDIRILMASI

SÜİ'nin anatomik, radyolojik ve ürodinamik bulgularına göre çeşitli sınıflamaları yayınlanmıştır. Bu sınıflamalar arasından kullanılan ikisi Blaivas ve Olsson ve Raz sınıflamalarıdır.

Blaivas ve Olsson'a, 1988 stres üriner inkontinans sınıflamasına göre.⁶⁰

Tip 0: Hasta tipik olarak stres inkontinanstaki yakını fakat klinik veya ürodinamik olarak inkontinans saptanamaz. Video-ürodinamik incelemede mesane boynu ve proksimal üretra istirahat sırasında kapalıdır ve symphysis pubisin alt kenarı seviyesinde veya bu seviyenin üstünde bulunur. Stres sırasında mesane boynu ve proksimal üretra aşağı iner ve açılır. İnkontinansın belirlenememesinin sebebi, inceleme sırasında eksternal üretral sfinkterin çok kısa süreli istemli kontraksyonu olabilir.

Tip 1: Mesane boynu istirahat anında kapalı ve symphysis pubisin üzerindedir. Stres sırasında mesane boynu ve proksimal üretra açılır ve inkontinans gözlenir. Sistosel yoktur ya da küçük bir sistosel vardır.

Tip 2A: İstirahatte mesane boynu kapalı fakat symphysis pubis altında yer alır. Stres sırasında, mesane boynu ve proksimal üretra açılır ve dönerek aşağıya iner. Bu sistoüretroselin karakteristik özelliğidir. Abdominal basınç artışlarında üriner inkontinans görülür.

Tip 2 B: Mesane boynu istirahatte kapalıdır ve symphysis pubis seviyesinde veya altında lokalizedir. Stres sırasında aşağıya daha fazla inebilir veya inmeyebilir. Fakat Proksimal üretra açılır ve inkontinans oluşur.

Tip 3: İstirahat anında mesane boynu ve proksimal üretra açıktır. Proksimal üretra artık bir sfinkter görevi göremez.

RAZ' a göre;⁶¹

TipI: Anatomik inkontinans, intakt bir sfinkter ünitesinin yer değiştirmesine bağlıdır.

TipII: İntrensek sfinkter yetmezliği, sfinkterin fonksiyon bozukluğuna bağlıdır. Hipermobilité var ya da yoktur.

Mesane Anormalliklerinin Neden Olduğu Üriner İnkontinans⁶²

İstemsiz Detrusor Kontraksiyonları (Detrusor Overaktivitesi):

Detrusor aşırı aktivitesi nörolojik kökenli, idiyopatik nedenli ya da nörolojik olmayan klinik durumlar nedeniyle olabilir. Üretral obstrüksiyonu olan hastalarda semptomlar obstrüksiyon tedavi edildikten sonra düzelir. Bayanlarda nadir görülen üretral obstrüksiyon nedeni genellikle geçirilmiş pelvik cerrahidir. Mesane boynu resuspansiyonu ile birlikte olan veya olmayan üretrolizis vakalarının %60'da detrusor instabilitesi geliştiği görülmüştür.

Detrusor Instabilitesi: Bu terim istemsiz detrusor kontraksiyonlarının olduğu ancak kontraksiyonların nörolojik bozukluklara bağlı olmadığı durumlarda kullanılır. Sebepleri; mesane çıkış obstrüksiyonu, enfeksiyon, mesane taşları, mesane kanserleri ve idiyopatikdir.

Detrusor Hiperrefleksi: Bu terim istemsiz detrusor kontraksiyonlarının nörolojik bozukluklara sekonder geliştiği durumlarda

kullanılır. Sebepleri; supraspinal nörolojik lezyonlar (inme, Parkinson hastalığı, hidrocefali, beyin tümörü, multipl sklerozis) ve suprasakral nörolojik lezyonlardır (spinal kord hasarı, multipl sklerozis, spina bifida ve transvers myelit).

Mesane Kompliyansında Azalma: Mesane dolumu sırasında anormal azalmış volüm basınç ilişkisi demektir. Basit terimlerle azalmış mesane kompliyansı mesane dolumu sırasında detrusor basıncında aşırı artışını gösterir ve klinik açıdan mesane duvarının “katılığının”ölçüsüdür. Düşük mesane kompliyansı, mesanenin elastik ve vikoelastik özelliklerinde değişim olması ile detrusor kan dolaşımındaki değişim nedeniyle ya da her iki nedenin karışımıyla gelişebilir. Düşük mesane kompliyansı sıklıkla eşlik eden sfinkterik anormallikler olmaksızın tek başına üriner inkontinansa neden olmaz.

Taşma İnkontinansı: Bozulmuş detrusor kontraksiyonu veya mesane çıkış obstrüksiyonuna sekonder mesanenin yeterli boşaltılamamasına bağlı idrar kaçağıdır.⁶

Mesane Anormallikleri	-Detrüsör aşırı aktivitesi *Detrüsör instabilitesi *Detrüsör hiperrefleksisi -Düşük mesane kompliyansı
Sfinkter Anormallikleri	-Üretral aşırı mobilite -İntrinsik sfinkter yetmezliği

Üriner inkontinansa neden olan durumlar

2.7. ÜRİNER İNKONTİNANSIN RİSK FAKTÖRLERİ

Üriner inkontinansın risk faktörleri yatkinlaştırıcılar, kışkırtıcılar, ilerleticiler ve dekompanse ediciler olarak sınıflandırılır.^{63,64,65}

2.7.1.Yatkinlaştırıcı Faktörler

Cinsiyet

Üriner inkontinans kadınlarda daha sıktır. Rapor edilen prevelans oranları kadınlar için %4.5-53 ve erkekler için %1.6-24 civarındadır.⁶

Yaş

Üİ her yaştaki kadın ve erkekte görölmektedir. Daha genç popölasyonlarda SÜİ daha sık görölür. Yaşlanma Üİ'nin doğrudan nedeni olmamasına rağmen, üriner sistem işlevlerindeki yaşa bağıl değışimler nedeni ile daha çok yaşlı kadınlarda izlenmektedir. Tüm toplumların yaşlandığı düşünöldüğünde, yakın gelecekte Üİ prevelansında artış beklenmektedir. Yaşlanan hastalarda inkontinans ile birlikte idrar yapma sayısında artış, noktüri ve urgency görölebilir; bunlar da santral sinir sisteminin alt üriner sistem üzerindeki kontrol mekanizmalarındaki yaşlanmaya bağıl değışikliklere işaret etmektedir.⁶⁷

Genetik

Bazı çalışmalarda stres ve urge inkontinansa genetik yatkinlık gösterilmiştir.⁶⁴

İrk, Kültür, Çevre

Stres inkontinans beyazlarda zencilerden daha sık görülür ancak nedenler büyük ihtimalle multifaktöriyeldir.⁶⁷

Kollajen

Kollajen hareket sisteminin yapı taşlarını, özellikle kemik, kıkırdak, lif ve eklemleri oluşturan proteindir. Stres inkontinansı olan hastalarda daha az destek özelliği olan kollojen subtipi daha baskın tespit edilmiştir. Stres inkontinansı olan premenapozal kadınlardan alınan paraüretal doku biyopsilerinde %30'dan fazla kollejen görülürken bu liflerin çapları kontrol grubun göre %30 daha büyüktür. Postmenapozal stres inkontinansı olan kadınlarda, yaşlılarıyla kıyaslandığında kollajen konsantrasyonunda bir farklılık görülmemiştir.⁶⁷

2.7.2. Anatmik ve nörolojik faktörler

Doğum

Doğum yapmak uzun zamandır stres inkontinans, ürogenital prolaps ve anal inkontinans için risk faktörü olarak bilinmektedir. Vajinal doğum pelvik yumuşak doku hasarı ve pelvik tabanın parsiyel denervasyonuna neden olarak stres inkontinans etiyolojisinde rol oynayabilir.

Snooks ve arkadaşları (1984) eksternal anal sfinkterin postpartum inervasyonunu incelemişler ve vajinal doğum esnasında eksternal anal sfinkterin ve innervasyonunun hasar görebileceğini ancak bunun sezaryan doğumla olmadığını bulmuşlardır. Anormallikler daha çok

multiparlarda olmaktadır buda daha çok uzamış ikinci basamak travay ve forseps doğumlarıyla ilişkilidir.⁶⁸ Allen ve arkadaşları (1990) doğum sonrası elektromyografik olarak pelvik tabanının parsiyel denervasyonunu göstermişler, daha sonra 96 kadının %80'inde reinervasyon olduğunu saptamışlardır.⁶⁹

Doğum ağırlığı ve enstrümanlı doğum gibi obstetrik risk faktörleri ve bunların stres inkontinans gelişmesindeki rolleri halen tartışmalıdır.⁶⁴

Pelvik sinir ya da kas hasarı ve radyasyon üriner inkontinans için diğer kışkırtıcı nedenlerdir.

2.7.3. İnkontinansı ilerletici risk faktörleri

Beslenme, obezite, sigara içimi, aktivite düzeyi, tuvalet alışkanlıkları, sıvı alımı ve ilaç kullanımıdır.

Dekompanse edici faktörler: Yaşlanma, fizik ve mental iyilik hali, çevre ve ilaç kullanımıdır. Kognitif anormallikler (Alzheimer gibi) ve fizik immobilizasyon (Parkinson hastalığı gibi) doğrudan inkontinansa neden olmasa da klinik problemi alevlendiren komorbid durumlardır. Yaşlı popülasyonda geçici inkontinans yapan nedenler ekarte edilmelidir. Bu nedenler akılda kalacak şekliyle **DIAPPERS** kısaltmasıyla hatırlanabilir.⁷⁰

- D** : Delirium,
- I** : Enfeksiyon,
- A** : Atrofik vajinit ya da üretrit,
- P** : İlaçlar (pharmaceuticals),
- P** : Psikolojik problemler,
- E** : Aşırı idrar çıkışı (Excess urine output),
- R** : Kısıtlı mobilite (restricted mobility),
- S** : Konstipasyon (stool impaction).

2.8. ÜRİNER İNKONTİNANSTA TANISAL DEĞERLENDİRME

Fizik Muayene

Fizik muayene, üriner inkontinansa katkıda bulunabilecek anatomik ve nörolojik anormallikleri bulmaya yönelik olmalıdır. Nörolojik muayene hastanın odaya girmesiyle yürüyüş şekli ve davranışlarının gözlenmesiyle başlar. Hafif bir topallama ya da koordinasyon kaybı, anormal konuşma, fasiyal asimetri ya da diğer anormallikler nörolojik hastalıkların hemen göze çarpmayan belirtileri olabilir.

Abdomen ve lomber bölgeler kitle, herniler ve distandü mesane açısından muayene edilmelidir. Kadınlarda, mesane boşken (pelvik organları kontrol etmek için) ve mesane dolu iken (inkontinans ve prolapsı kontrol etmek için) vajinal muayene yapılmalıdır. Litotomi pozisyonunda hasta ıkınırken ve öksürtülürken inkontinans oluşturmaya çalışılır.⁷¹

İşeme Günlüğü

İşeme ve günlükleri ve ped testleri hastanın işeme şeklini kendi çevresinde ve çeşitli günlük aktiviteler esnasında belgelemeyi sağlar. Ayrıca işeme günlüğü ile kendini izleme, hastaya urge inkontinans ataklarını azaltmaya yarayacak davranış değişikliklerini görülebilecek anlayış sağlar. İşeme günlüklerinin yapısı, içeriği ve süresi için formal standardizasyon yoktur. İşeme günlükleri süre olarak 24 saatten 14 güne kadar değişmektedir.⁷²

Ped Testi

Ped testi, belirlenen bir zamanda idrar kaçıışının yarı objektif bir ölçüsüdür. Kısa süreli (1saat) ve uzun süreli (24-72 saat) ped testleri tanımlanmıştır ancak düşük test-yeniden test validasyonu nedeniyle hiçbirisi yaygın kabul görmemiştir.⁷² Kısa süreli ped testlerinin güvenilirliği uzun süreli testlerden düşüktür.⁷³ Ancak bazı yazarlar mesane volümünü standardize ederek kısa süreli çalışmaların güvenilirliğini arttırabileceğini göstermiştir. Ağırlık artışının ve ped sayısının,24,48 ve 72 saatlik testlerde güvenilir değerle olduğu belirtilmektedir.⁷⁴ 24 saatlik test oldukça kullanışlı olup bittikten sonra hastaya testin inkontinans derecesini iyi yansıtip yansıtmadığı sorulmalıdır. Eğer hasta idrar kaçıışının daha az ya da daha çok olduğunu bildirirse bu bilgi de kayıt edilip uygunsa test yenilenmelidir.

En basit ped testi, hastanın fenazopridin (üriner sistem üzerine spesifik lokal analjezik) alırken 24 saat boyunca 6 saatte bir pedini değıştirmesi şeklinde uygulanır. Pedde toplanan boya miktarı, inkontinansın ciddiyeti için kaba bir yaklaşık değıerdir. Alternatif olarak pedler tartılır ve kuru pedlerin ağırlığı çıkartılarak idrar kaçağı olarak kaydedilir (1g,1ml idrara tekabül eder). 24 saat içinde 8 g kadar ağırlık artışı normal kabul edilir.

ICS bir seri standart aktivite yapılırken 1 saatlik ped testini önermektedir. Eğer sonuçların hasta ya da araştırmacı tarafından inkontinansı yansıtmadığı düşünülürse 1 saat daha uzatılabilir ya da test, mesane belirlenmiş miktarda doldurularak yenilenebilir. Test sonuçları en fazla idrar kaçıışının kaydedildiğı 1 saatlik teste göre gram cinsinden verilir. 2 g'a kadar ağırlık artışı ölçüm hatalarından, terlemeden ya da vajinal akıntıdan kaynaklanabilir. 1 g'dan az artış deneysel hata kabul edilir ve hasta kuru kabul edilir.⁷⁵

2.8.1.Ürodinamik Laboratuvar İncelemeleri

Ürodinamik tetkik, basit “eyeball ürodinamiden” karmaşık çok kanallı sekronize video-basınç-akım- EMG çalışmalarına kadar geniş bir aralıkta mevcuttur. Labaratuar ürodinamisinin temel avantajı birden çok parametreyi aynı oranda gösterebilmesi ve kaydedebilmesidir.⁶⁴

Ürodinamik araştırmanın amaçları⁶⁴

1. Hastanın inkontinansının etiyolojisini belirlemek,
2. Detrusor disfonksiyonunu değerlendirmek ve inkontinans tedavisi sonrası işeme disfonksiyonu olasılığını tespit etmek,
3. Pelvik taban prolapsı derecesini ve anatomik anormalliğin düzeltilmesi ihtiyacını belirlemek,
4. Üst üriner istem hasarı gelişimi için ürodinamik risk faktörlerini tanımlamaktadır.

Üroflowmetri	Sfinkter elektromyografi
Rezidüel idrar ölçümü	Üretral basınç profilometrisi
Abdominal idrar kaçırma basıncı	Sistometri
Sfinkter elektromyografi(EMG)	Videourodinami

Ürodinamik İnceleme Yöntemleri

2.9. ÜRİNER İNKONTİNANSTA TEDAVİ

Üriner inkontinansta tedavi medikal-konservatif yaklaşımlar veya cerrahidir. Üİ'lı hastaların tedavisinde amaç; mesane kontrolünün tekrar kazanılmasıdır. Bu nedenle birçok tedavi yöntemi kullanılmaktadır.⁶²

1. Konservatif Tedavi • Davranışsal Tedavi i. Pelvik Taban Kas Egzersizi ii. Biofeedback iii. Vaginal Kon iv. Mesane Eğitimi v. Tuvalete Gitme Programı • Elektriksel Stimülasyon
2.Farmakolojik Tedavi
3.Cerrahi Tedavi

Üriner inkontinansta tedavi şekilleri

2.9.1.Konservatif tedavi

Davranış terapisi

Davranış terapisi, inkontinans hastalarının durum hakkında öğitebileceği ve inkontinansı en aza indirmek ya da elimine etmek için stratejiler geliştirilebilecekleri esasına dayanan bir grup tedaviyi anlatmaktadır.

Pelvik taban kas egzersizleri (PTE)

PTE ilk kez 1948 yılında Arnold Kegell tarafından tanımlanmıştır.⁷⁸ PTE’de amaç; pelvik taban kaslarını güçlendirmek ve üretral sfinkter fonksiyonunu iyileştirmektir. Ayrıca kişilerde olabilecek pelvik organ prolapsusunu azaltmak ve vaginayı daha stabil hale getirmektir. Zayıflamış pelvik kaslar, intrabdominal basınç artışı sırasında idrarın kaçmasına neden olur.^{78,79} Uzun süre yapılan PTE ile tip I liflerinde hipertrofi meydana gelir bu da vaginal destek yapının artmasına neden olur. PTE ile aynı zamanda motor ünitlerin birbiri ile olan ilişkisi ve koordinasyonu da düzenlenir. Düzenli ve doğru yapılan PTE ile aktif motor ünit sayısı ve bunların uyarılması artar.⁷⁹ Egzersizin fizyolojik etkileri ancak 2. haftanın ortasında çıkmaya başlar. 6.-8. haftalarda hastanın şikayetlerinde azalma ve 6. ayda tamamen düzelme olur. Bunun için egzersizin düzenli ve doğru şekilde yapılması önemlidir.⁸⁰ Bo ve arkadaşları SÜİ’li hastaları 4 gruba ayırarak tedavi etmişlerdir. 1. gruba PTE, 2. gruba ES., 3. gruba vaginal kon ile tedavi verilmiş, 4. grup kontrol grubu olarak alınmıştır. Çalışmanın sonucunda PTE’nin diğer tedavi yöntemlerine göre daha etkili olduğunu tespit etmişlerdir.³⁷

Egzersiz programının başarılı olabilmesi için uygun hasta seçimi önemlidir. Kişinin genç ve premenapozal dönemde olması, obes olmaması, mevcut semptomlarının şiddetinin az ve kısa süreli olması başarı şansını artırır. Yine hasta ile iyi kooperasyonun kurulması başarı şansını artırır. Geçirilmiş cerrahi girişim ve depresyon tedavinin başarı şansını azaltır.⁷⁸

Bugün SÜİ tedavisinde PTE, birinci seçenek olarak kabul edilmektedir. Bu kaslar herhangi bir eklem hareketine sebep olmadığından birçok kadın pelvik taban kasını (PTK) doğru şekilde çalıştırmadığını bilmez ve anlamakta zorluk çeker. Egzersizi öğretme hastanın doğru kasını kullanıp kullanmaması açısından son derece önemlidir. Hastaya egzersiz

öğretmeden önce gerekli anatomik bilgiler kapsamlı şekilde verilmelidir. Egzersizler hastaya birebir öğretilmelidir. Egzersize başlamadan önce hastanın mesanesi boşaltılmalı, rahat hareket edebileceği kıyafet giymesi söylenmelidir. Hasta dizler hafif fleksiyonda, baş hafifçe kalkık ve sırtüstü pozisyonda pelvik taban kaslarını kasma ve gevşeme yöntemi öğretilir.⁷⁸

- Kasma yöntemi; PTK'nı idrar ve gaz geçişini durduruyormuşçasına arkadan öne doğru sık.
- Gevşeme yöntemi; PTK'nı idrar ve gaz geçişine izin verecekmiş gibi rahat bırak.

PTE yapılırken karın, kalça ve uyluk kasları kasılmamalı ve valsava manevrası yapılmamalıdır. Egzersiz programı düzenli şekilde takip edilmeli ve devam ettirilmelidir. Hasta motivasyonu ve programın modifiye edilmesi için ayda bir kez kas kuvveti değerlendirmesi yapılmalıdır.⁷⁸ PTE yan etkisinin olmaması, maliyetinin düşük olması ve hastanın kendi kendine yapabilmesi açısından avantajlı bir tedavi yöntemidir.⁸¹

Vajinal koni

Vajinal koniler ev ortamında biofeedback sağlamak için kullanılır. Koni, vajina içine levator kaslar üzerinden yerleştirilir, hasta koninin aşağıya doğru kaydığını hissettiğinde pelvik kaslarını kasar. Hasta en hafif koniyi yerinde tutabildiğinde, sırayla daha ağır koniler kullanılır⁸².

Biofeedback

Biofeedback fizyolojik olayların bir ekran ve ses düzeni aracılığı ile görsel ve işitsel sinyaller halinde hastaya yansıtılmasıdır⁸³.

Tuvalete gitme programı oluşturma

Hastanın düzenli aralıklarla (2-4 saat) tuvalete gitmesi önerilir. Amaç düzenli bir işeme programı oluşturarak hastanın idrar kaçırma olayında önce idrar yapmasını ve kuru kalmasını sağlamaktır.⁸²

Elektrik stim layonu

Elektrik stim layonu; Pelvik taban kaslarını tanımlayamayan hastalarda uygulanan bu kas gruplarını uyaran vajinal veya rektal yoldan düşük doz elektrik akım uygulamasıdır.⁸⁴

2.9.2. Farmakolojik ajanlar ⁴⁵

Antikolinergik Ajanlar	- İstemsiz kontraksiyonların oluşacağı mesane volümünü arttırlar. - Detr�sor kontraksiyonlarının amplitüdünü azaltırlar. * Mesane kapasitesinin artması semptomların azalmasına yol açar.
Muskulotropik Relaksanlar	- Düz kas gevşetici özellikleri ile zayıf antikolinergik ve anestezik etkileri
Trisiklik Antidepresanlar	- Santral ve periferik antikolinergik etkinlik (mesane kontraktilesini azaltır) - Santral sedatif etki ve alfa adrenergik agonist etkinlik (sfinkter resinstansını arttırır).
Kalsiyum Antagonistleri	- Mesane kontraktilesini azaltırlar

2.9.3. Cerrahi tedavi

SÜİ'nin cerrahi ve girişimsel tedavilerini aşağıdaki başlıklar altında toplayabiliriz.⁸⁵

- 1-Retropubik askı ameliyatları (Açık girişimler),
- 2-Transvaginal askı ameliyatları (Needle süspansiyon),
- 3-Pubovaginal slingler,
- 4-Periüretal enjeksiyon, artifisyonel sfinkter.

2.10. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI, İNKONTİNANS VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Dinamik bir nitelik taşıyan yaşam kalitesi kavramının sürekli gelişim içersinde olması ve çok yönlü özellikler taşıması, tanımlanmasını güçleştirmektedir. Genel anlamda bireysel “iyi oluş”un ifadesi anlamına gelen yaşam kalitesinin sosyolojik, psikolojik, ekonomik, kültürel etmenlerle belirlendiği açıktır.⁸⁶

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” şeklinde tanımlanmıştır. Burada temel olarak savunulan, “iyi bir sosyal çevre (bu daha çok ekonomik anlamdadır) bireysel kalite algılarının da iyi olması sonucunu doğurur” fikridir.⁸⁷

Andrew ve withey yaşam kalitesi kavramını “bireylerin doyumunu ile onların sosyal ilişkilerinin kesişimi olarak tanımlamışlardır. Laborde ve Powers, Countrilin kendine güven sklasından yola çıkarak bireylerin geçmiş, bugün ve gelecek yaşamlarından doyum bulma arasındaki ilişkiye bakarak yaşam kalitesini tanımlamışlardır.⁸⁸

Yaşam kalitesi göstergelerini hasta kendisi belirttiği için subjektiftir. Ancak verilerin hastanın kendisinden toplanması değerlendirme yönünde büyük avantaj sağlamaktadır. Ayrıca hastalar sağlık profesyonellerinin algılayamadıkları fiziksel, mental, sosyal ve psikolojik durumlarında meydana gelen çok küçük değişiklikleri algılayabilirler. Hastanın hayat kalitesini belirlemede hiçbir yöntem hastanın kendi yaşam biçimini algılaması kadar değerli olamaz.⁸⁹

Üİ kadınların yaşam kalitesini etkileyebilen; utanma duygusu, kendine olan güvenin azalması, sosyal aktivitelerde azalma sonucunda yalnızlaşmaya yol açabilen ve ciddi anlamda ekonomik yük getirebilen önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.⁹⁰ İdrar kaçırmada yaşam kalitesi, sorunun yaşamı nasıl ve ne kadar etkilendiğini, uygulanan tedavi ve tedavi yöntemlerinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla ölçülmektedir. Hemşirelikte yaşam kalitesine yönelik araştırma alanları; özgül bir hastalığa karşı hastanın fiziksel ve psiko-sosyal yanıtını tanılamak, hastalık ve tedaviye yanıt olarak semptom yönetimini belirlemek, hasta ve/veya ailenin tedaviye yanıtını karşılaştırmak, özgül rehabilitasyon uygulamalarının etkisini göstermek ve sağlık-hastalık sürecindeki zayıf dönemleri tanımayı içerir.⁹¹ Hemşirelik yaklaşımları yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek davranışlar ve tepkiler üzerinde yoğunlaşmalıdır.⁴⁰

Hemşirelerin inkontinansın gelişmesini önlemek ve bu sorunu yaşayan kadınların tedavisinde aktif olarak rol almak temel sorumlulukları arasında yer almaktadır.⁹⁰ Hemşireler, cinsiyet avantajı nedeniyle kadınlara daha yakın olmaları ve toplum içinde her düzeyde sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapmalarından dolayı kadınların sağlık problemlerini daha fazla paylaşabilmektedirler. Bu yüzden toplumda, Üİ tanınması, değerlendirilmesi, izlemi ile Üİ'dan korunmada hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir.¹¹

Hemşireler, inkontinanslı olan kişilerin belirlenmesinde, kontinansı sŸrdŸrme ve uygun kontinans bakımını sağlamada, sağlık ve sosyal bakım veren ekiple birlikte çalışmaktadır. Hemşireler tek başına ya da diğer sağlık personeliyle birlikte pelvik taban kas egzersizlerini hastalara uygulatabilmekte ve sonuçları değerlendirebilmektedir. Hemşireler, Ÿriner inkontinansın önlenmesi ve bu sorunun giderilmesinde kullanılan etkili tedavi yontemlerine ilişkin konularda kadınlara eğitim vermelidir. Kadınlara verilecek olan eğitimin içeriğinde, öncelikle Ÿriner inkontinansa neden olabilecek risk faktörlerinin önlenmesi ya da azaltılmasına yonelik temel bilgiler yer almalıdır. Kadınlara verilecek eğitimde; ağır cisimlerin kaldırmaması ya da çekilerek tasınmasının öğretilmesi, normal sınırlarda kilo alımının sağlanması, sık kabızlık sorunu yaşamalarının önlenmesi, sigara kullanımının azaltılması ya da önlenmesi, alkol ve kafeinli icecekler gibi idrar yapımını artırıcı ve mesaneyi uyarıcı maddeleri kullanımının önlenmesi ya da azaltılması, kadınlara pelvik taban kas egzersizlerinin öğretilmesi ve dŸzenli yapmalarının sağlanması sayılabilir.^{92,9}

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma, stres üriner inkontinans görülen kadınlara verilen eğitimin yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel ve prospektif olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Üroloji polikliniği'inde yapılmıştır. Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi üroloji polikliniği, inkontinans şikayetiyle başvuran hasta sayısının fazla olması, araştırmacının hizmet verdiği hastanede hemşirelerin poliklinikte etkin rol almadıklarını, hastalara eğitim ve bilgilendirme yapılmadığını gözlemlemesi sonucunda, hemşirelerin inkontinans bakımında poliklinikteki rolünü ortaya koymak ve hastalara ulaşma kolaylığı nedeni ile tercih edilmiştir.

Üroloji polikliniğinde 2 hemşire, 1 uzman doktor, 3 asistan doktor, 2 teknisyen, 3 sekreter, 2 hizmetli çalışmaktadır. Üroloji polikliniğinde çalışma saatleri 08.00-17.00 arasındadır. Burada günde ortalama 100 hastaya hizmet verilmektedir. Üroloji polikliniği bünyesinde, 1 USG odası, 2 poliklinik odası, 1 pansuman odası, 1 biyopsi odası, 1 ESWL odası, 1 video ürodinami odası bulunmaktadır.

Araştırmanın yapıldığı poliklinikte hemşire, kan alma, eksik malzemelerin temin edilmesi, biyopsi ve perkütan nefrostomi katateri takılmasında doktoru asiste etmek gibi görevler üstlenmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini stres üriner inkontinans şikayeti ile Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Üroloji polikliniğine başvuran hastalar oluşturmuştur. Stres üriner inkontinans'ta verilen eğitimin yaşam kalitesine etkisi konulu çalışma için anlamlılık düzeyi, etki büyüklüğü ve testin gücü dikkate alınarak GPOWER paket programı yardımı ile minimum 40 hasta ile çalışılması öngörülmüştür. Hasta sayısındaki görülme sıklığı ve uygulamanın zorluk derecesi ve zaman kısıtları dikkate alındığında elde edilen 40 denekle çalışmanın tamamlanabileceği varsayımı ile çalışmalara başlanmıştır. Örneklem hesabında 0,05 hata payı ve minimum power(güç) 0,7 olarak varsayılmıştır.

Stres üriner inkontinans için eğitim öncesinde uygulanacak yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilecek sonuçlar ile eğitim sonrası elde edilecek sonuçlar karşılaştırılmıştır.

Çalışma süresi içerisinde iletişim kayıtlarındaki değişikliklerden dolayı 4 hastaya ulaşılamamıştır. 19.12.2008 -17.04.2009 tarihleri arasında örneklem kapsamına alınan 36 kadın hasta ile araştırma tamamlanmıştır.

Örneklem kapsamına ise;

- Üroloji polikliniğinde stres üriner inkontinans tanısı alan,
- 25-75 yaş arası,
- Katılmaya istekli,
- Üriner enfeksiyonu bulunmayan
- Kayıt tutacak düzeyde okur- yazar olan hastalar alınmıştır.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

3.4.1 Araştırmada kullanılan araçlar

Bu araştırmanın verileri, hasta tanıtım formu (EK 1), inkontinans yaşam kalitesi ölçeği (EK 2), ped testi (EK 3), hasta eğitim kontrol listesi (EK 4), hasta eğitim kitapçığı (EK 5), beden kitle indeksi tablosu (EK 6), onam formu (EK 7), etik kurul onayından (Ek 8) oluşan veri toplama araçları kullanılarak toplanmıştır.

Hasta tanıtım formu (EK 1)

Hasta tanılama formu sosyo-demografik değişkenleri (5 soru), obstetrik özellikleri (1 soru), hastalıkla ilgili özellikleri (16 soru) belirlemek üzere toplam 22 sorudan oluşmaktadır.

İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği (EK 2)

28 sorudan oluşan ölçeğin ilk formu 1996 yılında Wagner ve arkadaşları tarafından üriner inkontinanslı hastalarda yaşam kalitesini belirlemek amacıyla Amerika'da gerçekleştirilmiştir.

Ancak ölçek 1999 yılında Patrick ve arkadaşları tarafından tekrar gözden geçirilmiştir ve Avrupa versiyonların oluşturulması aşamasında psikometrik ölçümlerin değerlendirilmesi ile altı sorusu çıkarılarak soru sayısı 22'ye düşürülmüştür. Avrupa versiyonu mevcut olan ölçek, aynı zamanda 11 dile çevrilmiştir.

İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği üç alt alan ölçeğinden oluşmaktadır. Bunlar davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme,

sosyal izolasyondur. 22 sorudan oluşan inkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeğinde (I-QOL),bütün maddeler beş kategorilik Likert tipi skalada değerlendirilmektedir. (1=çokfazla, 2=oldukça, 3=orta düzede, 4=biraz, 5=hiç). I-QOL ve alt ölçeklerinin puanları, her bir maddenin puanlarının toplanması, bu toplamın madde sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. Hesaplanan toplam puan daha iyi anlaşılabilmesi için, 0'dan 100'e kadar olan ölçek değerine dönüştürülmektedir. I-QOL alt boyut ölçekleri de aynı tarzda puanlanır. Yüksek puanlar düşük puanlara göre yaşam kalitesinin düzeyinin daha iyi olduğunu göstermektedir.

Ülkemizde I-QOL ölçeğinin geçerlilik güvenirlik çalışması 2001 yılında Nebahat Öztaç Erdoğan tarafından yapılmıştır. Test-Retest güvenirliği sınıf içi korelasyon katsayısı (intraclass correlation coefficient) istatistik testi ile içsel tutarlılık (internal consistency) güvenirliği ise cronbach's alphası istatistik testi kullanılarak belirlenmiştir. Bu testlerin sonuçları tablo 2'de yer almaktadır.

Ölçek ve alt alan ölçekleri	Cronbach's Alfa	Test-Retest
İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği (22 madde)	.96	.97
Davranışların sınırlandırılması (1.,2.,3.,4.,10.,11.,13.,20.maddeler)	.88	.93
Psikososyal etkilenme (5.,6.,7.,9.,15.,16.,17.,21.,22.maddeler)	.92	.95
Sosyal İzolasyon (8.,12.,14.,18.,19. maddeler).	.90	.94

İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği (I-QOL) ölçek ve alt alan ölçekleri

Yukarıdaki sonuçlardan da görüldüğü gibi, 22 maddenin tamamını içeren I-QOL ölçeği ve üç alt ölçeğinin alfa ve sınıf içi korelasyon katsayısı değerleri, ölçeğin istatistiksel olarak güvenirliliğini ve uygulanabilir olduğunu göstermektedir.

Ped testi (EK 3)

Üriner inkontinans varlığını ve şiddetini belirlemek amacıyla kullanılan bir testtir. Çalışmamızda ICS tarafından standardize edilen ped testi protokolü uygulanmıştır ⁴¹.Araştırmamızda pedin ağırlığı hassas terazi ile tartılmıştır (pedin ilk ağırlığı 8 gr'dır). Tartılan ped ilk ağırlığından çıkarılarak aradaki fark, kaçırılan idrar miktarı olarak aşağıdaki parametreler doğrultusunda değerlendirilmiştir.

<2 gr – Kuru

2-10 gr – Hafif / orta derecede idrar kaçırma

10-50 gr – Ağır derecede idrar kaçırma

> 50 gr – Çok ağır derecede idrar kaçırma



Şekil 3.1: Araştırmada ped testi ölçümünde kullanılan hassas terazi (Hassasiyet derecesi ± 0.1).

Hasta eğitim kontrol listesi (EK 4)

Stres üriner inkontinans tanısı alan hastanın eğitim gereksinimlerini saptamak amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.

Hasta eğitim kitapçığı (EK 5)

Hasta eğitim kitapçığı ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmıştır. Üriner sistemin yapısı ve işleyişi, stres üriner inkontinansın nedeni ve tanımı, stres üriner inkontinansa pelvik taban kas egzersizleri, yeme içmede değişiklikler / sınırlamalar, boşaltım alışkanlıkları, kilo fazlalığının ve sigara kullanımının stres üriner inkontinansa etkisi konularını içermektedir.

Beden kitle indeksi (BMI) tablosu (EK 6)

Yetişkin kişiler için (25-29 yaş) ağırlık (kg) /boy (m) formülü ile bulunan sayı, şişmanlık durumunu göstermektedir. Bulunan sayı Atilla (1996) tarafından verilen parametreler doğrultusunda değerlendirilmiştir⁹⁴.

BMI < 16.00	3.Derece Zayıflık
BMI 16.00 -16.99	2. Derece Zayıflık
BMI 17.00 -18.49	1. Derece Zayıflık
BMI 18.50 -24.99	NORMAL
BMI 25.00 -29.99	1. Derece Şişmanlık
BMI 30.00 -39.99	2. Derece Şişmanlık
BMI ≥ 40.00	3. Derece Şişmanlık

3.4.2. Araştırmanın ön uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması 15.12.2008 -17.12.2008 tarihleri arasında Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji polikliniğine başvuran stres inkontinans tanısı konulan 5 kadın hastaya uygulanmıştır. Ön uygulama sonrası anket sorularında ve eğitim kitapçığında gerekli değişiklikler yapılmıştır.

3.4.3. Araştırmanın uygulanması

Araştırmanın uygulanmasına T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'ne bağlı hastane etik kurulundan 05.12.2008 tarihinde 12352 nolu yazısıyla araştırmanın etik açısından uygun bulunduğu dair yazı (EK 8) alındıktan sonra başlanmıştır.

Araştırma, planlanan örneklem sayısına ulaşıncaya kadar üroloji polikliniğine gelen, uygulamayı kabul eden, örneklem grubuna uygun kadınlara uygulanmıştır. Uygulama Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi üroloji polikliniğinde öğleden önce 7 no'lu (girişim odası) ve öğleden sonra 10 no'lu (sistometri odası) odada gerçekleştirilmiştir.

Poliklinik doktoru gelen hastalardan TİT (tam idrar tahlili) istemiştir ve idrar yolu enfeksiyonu olmadığı saptanan kadınlar örneklem kapsamına alınmıştır.

Hastalar araştırma konusunda bilgilendirildikten sonra yazılı onamları alınmıştır.

Beden kitle indekslerini belirlemek amacıyla poliklinikte boy ve kiloları ölçülmüştür. İnkontinansın şiddetini ve varlığını belirlemek amacıyla ped testi uygulanmıştır. Hasta tanıtım formu, inkontinans yaşam kalitesi ölçeği (I-QOL), hasta eğitim kontrol listesi hastalara sorularak araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Hastalara EK 5'de ki eğitim kitapçığı doğrultusunda alt üriner sistemin yapısı ve işleyişi, stres üriner inkontinansın nedeni ve tanımı, pelvik taban kas egzersizleri uygulanışı, pelvik taban kas egzersizlerinin yararları, pelvik taban kas egzersizlerini uygularken dikkat edilecek hususlar, yeme içmede değişiklikler ve sınırlamalar, boşaltım alışkanlıkları ve kilo fazlalığının ve sigara kullanımının stres üriner inkontinansa etkisi anlatılmıştır. Araştırmacı pelvik egzersizleri önce kendisi göstermiş daha sonra hastalara pelvik

egzersizler uygulamalı olarak öğretilmiştir. Hastaların uygulamadaki yanışları düzeltilmiş ve merak ettikleri konularda soru sormalarına fırsat verilmiştir. Bilgilerin kalıcı olması için hastalara eğitimci tarafından geliştirilen hasta eğitim kitapçığı verilmiştir.

Hastalara bilgi verildikten sonra yazılı onamlarının alınması, anket formunun ve inkontinans yaşam kalitesi ölçeğinin doldurulması ortalama 20 dakika, ped testi uygulaması 60 dakika sürmüştür. Hastalara eğitimin verilmesi ve pelvik egzersizlerin uygulanması ortalama 30-40 dakika sürmüştür.

Hastalar 6 hafta sonra telefonla aranmıştır. Hastaların yaşam kalitelerinde iyileşme olup olmadığını değerlendirmek için inkontinans yaşam kalitesi ölçeğı (I-QOL) tekrar uygulanmıştır.

Araştırma Uygulama Basamakları

İlk Görüşmede

1. Tam İdrar Tahlili
2. Hasta Onam Formu
3. Boy ve Kilo Ölçümü
(BMİ Hesaplaması)
4. Ped Testi
5. Hasta Tanıtım formu
6. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeğı
7. Hasta Eğitim kontrol Listesi
8. Hasta Eğitimi

Uygulamadan 6 hafta sonra

1. İnkontinans Yaşam Kalitesi
Ölçeğı

3.4.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada örneklem grubuna dahil olan kadınların yaş ortalaması yüksek ve eğitim seviyeleri düşük olduğundan eğitimin anlaşılabilirliğini ve etkinliğini sağlamak, pelvik egzersizleri öğretmek zor olmuştur. Özellikle ped testi uzun ve yorucu olduğundan hastalar teste devam etmekte zorlanmışlardır. Üroloji polikliniğinde uygulama yapılan odalar bazen dolu olduğundan eğitimin verilmesi için hasta ve araştırmacı beklemek zorunda kalmıştır. Uygulama yapılan sedyenin üzerine temiz çarşaf bulmak ve yaşlı olan hastaların sedyeye çıkarılması güç olmuştur. Araştırmada kullanılan hassas terazi, ped testinde kullanılan pedler kurumda olmadığından araştırmacı tarafından temin edilmiştir. Uygulama sonrası değerlendirmede hastaların kliniğe gelmeleri sağlanamadığından ped testi tekrar uygulanamamış ve inkontinans yaşam kalitesi ölçeği telefonla uygulanmak zorunda kalmıştır.

3.4.5. Verilerin değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 12 paket programı yardımı ile değerlendirilmiştir. Verilere ilişki frekans ve yüzde dağılımlar elde edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişki için Korelasyon analizi, üç ve daha fazla grupta karşılaştırmalarda verilerin normal dağılmamasından dolayı Kruskal-Wallis H testi, 2 grupta karşılaştırmalarda ise gene verilerin normal dağılım göstermemesinden dolayı Mann-Whitney U testi, ilişkinin yönünün ve derecesinin ölçülmesinde spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Ayrıca, eğitim öncesi ve eğitim sonrası sonuçlarının karşılaştırmasında non-parametrik testlerden Wilcoxon işaret testi kullanılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup, $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmadan elde edilen veriler bu bölümde tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 4.1: Kadınların tanıtıcı özellikleri (n=36)

Tanıtıcı özellikler	n	%
Yaş grupları		
32-50	12	33.3
51-60	9	25
≥61	15	41.6
Eğitim durumu		
İlkokul	28	77.8
Ortaokul	3	8.3
Lise	5	13.9
Mesleki durum		
Evhanımı	35	97.2
Emekli	1	2.8
Medeni durum		
Evli	33	91.6
Dul/Boşanmış	3	8.4

Tablo 4.1’de kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin veriler sunulmuştur. Araştırma kapsamına alınan kadınların yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde, en fazla 61+ yaş grubu kadının (%41) olduğu görülmektedir. Kadınların yaş ortalaması 55.86 ± 11.1 ’dir.

Kadınların eğitim durumları incelendiğinde kadınların çoğunun (%77.8) ilkokul mezunu olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların mesleki durumları incelendiğinde bir kadının emekli geri kalanın ev hanımı (%97.2) olduğu görülmektedir. Çalışmaya alınan kadınların medeni durumları incelendiğinde %91.6'sının evli,%8.4'ünün dul/boşanmış olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2: Kadınların obstetrik özellikleri (n=36)

Obstetrik özellikler	n	%
Gebelik sayısı		
1-2	8	22.2
≥3	28	77.8
Doğum sayısı		
1-2	12	33.3
≥3	24	66.7
Doğum şekli		
Normal doğum	35	97.2
Sezeryan ve normal doğum	1	2.8

Tablo 4.2'de kadınların obstetrik özelliklerine ilişkin veriler sunulmuştur. Araştırma kapsamına alınan 36 kadının gebelik sayıları incelendiğinde, ≥3 gebeliği olan (%77.8) ve ≥3 doğum yapan (%66.7) kadın sayısının en fazla olduğu görülmektedir. Tabloda belirtilmemekle birlikte kadınların %5.5'inin düşük yaptığı ve 4 kilo ve üstü bebek doğurduğu, %8.3'ünün kürtaj olduğu, %2.7'sine doğum esnasında vakum/forseps kullanıldığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınlardan bir kişi dışında ki bütün kadınlar (%97.2) normal doğum yapmıştır.

Tablo 4.3: Kadınların hastalığa ilişkin özellikleri (n=36)

Hastalığa ilişkin veriler	n	%
İdrar kaçırma süresi (yıl)		
<5	26	72.2
5-10	6	16.7
>10	4	11.1
İdrar kaçırmada artış		
Artma var	27	75.0
Artma yok	9	25.0
Kaçırdığı idrar miktarı		
Nemli/birkaç damla	5	13.9
Islak/az miktarda	8	22.2
Oldukça ıslak/1 fincan	13	36.1
Çok ıslak sıkacak kadar	10	27.8
Ped kullanma durumu		
Kullanmıyor	4	11.1
1-4 adet	30	83.3
5 ve üstü	2	5.6

Tablo 4.3'de hastalığa ilişkin veriler sunulmuştur. İdrar kaçırma süresi ortalama 4.03 ± 3.8 2'dir. Kadınların en fazla oranda (%72.2) 5 yıldan daha az zamandır idrar kaçırdığı tespit edilmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların %75'i idrar kaçırmada artış olduğunu ifade ederken, %25'i artış olmadığını ifade etmiştir. Kadınların ortalama kullandığı ped sayısı 2.09 ± 1.2 bulunmuştur. Veriler incelendiğinde kadınların en fazla (%36.1) oldukça ıslak/ bir fincan kadar idrar kaçırdığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4: Kadınların idrar kaçırdıkları durumlar (n=36)

İdrar kaçırılan durumlar	n	%
Öksürme	34	94.4
Gülme	35	97.2
Hapşırma	33	91.7
Bir şeyler kaldırma	27	75.0
Yataktan kalkma	24	66.7
Merdiven çıkma	19	52.8
Fiziksel aktivite	19	52.8
Zinde kalma/sportifaktivite	13	36.1
Cinsel ilişki	8	22.2

Tablo 4.4’de kadınların idrar kaçırdıkları durumlara ilişkin veriler sunulmuştur. Kadınların en fazla öksürürken (%94.4), hapşırırken (%91.7) ve gülerken (%97.2) idrar kaçırdığı saptanmıştır.

Tablo 4.5: Kadınların hastalığı ilerletici risk faktörlerine göre özellikleri (n=36)

Risk faktörleri	n	%
Sigara		
Kullanıyor	14	38.9
Kullanmıyor	22	61.1
Kafeinli içecek		
İçiyor	25	69.4
İçmiyor	11	30.6
Kronik kabızlık		
Var	9	25
Yok	27	75
BKİ		
1.derece zayıflık	2	5.7
Normal	8	22.9
1.derece obezite	11	31.4
2.derece obezite	13	37.1
3.derece obezite	1	2.9

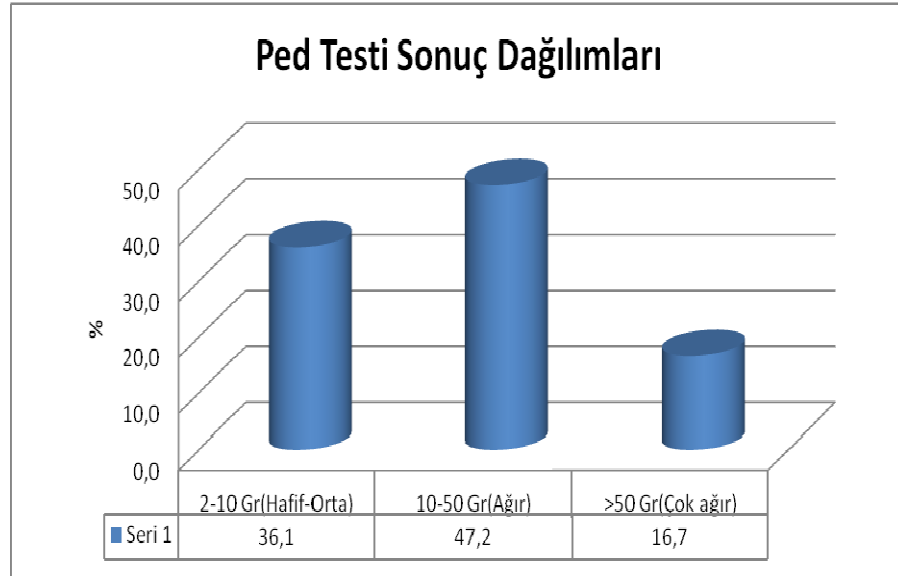
Tablo 4.5’de kadınların üriner inkontinansta ilerletici risk faktörlerine ilişkin veriler verilmiştir. Kadınların %38.9’u sigara

kullanmakta,%69.4'ü kafeinli içecek tüketmektedir. Kadınların %25'i kronik kabızlık sorunlarının var olduğunu belirtmiştir. Veriler incelendiğinde 2.derece obez kadın sayısının (%37.1) en fazla oranda olduğu görülmektedir. Tabloda görülmemekle birlikte kadınlar bir günde ortalama 6.94 ± 2.3 bardak sıvı tüketmektedir.

Tablo 4.6: Ped testi sonuçları (n=36)

Ped testi sonuçları	n	%
Ped testi sonucu(gr)		
2-10 gr (Hafif-orta)	13	36.1
10-50 gr (Ağır)	17	47.2
>50 gr (Çok ağır)	6	16.7

Tablo 4.6'da kadınların ped testi sonuçlarına ilişkin veriler sunulmuştur. Kadınların ped testi sonuçları %36.1'i 2-10 gr(Hafif-orta), %47.2'si 10-50 gr (Ağır), %16.7'sinin >50 gr (Çok ağır) şeklindedir.



Grafik 4.1: Hastaların ped testi sonuç dağılımları

Tablo 4.7: Tanıtıcı özellikler ile ped testi sonuçlarının dağılımları (n=36)

		PED TEST SONUCU (gr)							
		2-10 Gr(Hafif-Orta)		10-50 Gr(Ağır)		>50 Gr(Çok ağır)		Total	
Tanıtıcı Özellikler		n	%	n	%	n	%	n	%
Yaş	32-50	7	58.3	4	33.3	1	8.3	12	100.0
	51-60	4	44.4	3	33.3	2	22.2	9	100.0
	61+	2	13.3	10	66.7	3	20.0	15	100.0
	Total	13	36.1	17	47.2	6	16.7	36	100.0
Eğitim durumu	İlkokul	10	76.9	14	82.4	4	66.7	28	77.8
	Ortaokul-Lise	3	23.1	3	17.6	2	33.3	8	22.2
	Total	13	100.0	17	100.0	6	100.0	36	100.0
Medeni durum	Evli	13	100.0	16	94.1	2	33.3	31	86.1
	Dul/Boşanmış	0	0.0	1	5.9	4	66.7	5	13.9
	Total	13	100.0	17	100.0	6	100.0	36	100.0

Tablo 4.7’de yaş, eğitim ve medeni duruma göre ped testi sonuçlarının dağılımları tabloda görülmektedir. Kadınların yaş gruplarına göre ped testi sonuçları incelendiğinde 32-50 yaş grubunda olanların daha çok (%58.3) hafif-orta miktarda (2-10 gr),61+ yaş grubundakilerin ise ağırlıklı olarak ağır/çok ağır miktarda (10-50 ve >50 Gr) idrar kaçırdığı görülmektedir.

Eğitim ve medeni duruma göre ped test sonucu dağılımları incelendiğinde ilkokul mezunlarının %50’sinin ağır miktarda (10-50 gr) idrar kaçırdığı, ortaokul-lise mezunlarının %37.5’inin hafif/orta (2-10 gr) ve ağır (10-50 gr) miktarda idrar kaçırdığı görülmektedir. Evli olanların %51.6’sının hafif/orta (2-10 gr) miktarda idrar kaçırdığı, dul-boşanmış olanların ise %80’ninin ağır (10-50 gr) miktarda idrar idrar kaçırdığı görülmektedir.

Tablo 4.8: Obstetrik özellikler ile ped testi sonuçlarının karşılaştırılması
(n=36)

Ped Test Sonucu (gr)							Mann-Whitney U	
Gebelik sayısı	n	Mean	Median	Min	Max	ss	z	p
1-2 Gebelik	8	21.6	14.0	2.0	55.0	21.6	-0.742	0.465
3+ Gebelik	28	25.6	23.0	2.0	63.0	19.2		
Doğum sayısı								
1-2 Doğum	12	24.3	18.5	2.0	55.0	21.1	-0.436	0.679
3+ Doğum	24	25.0	23.0	2.0	63.0	19.9		

Tablo 8’de obstetrik özellikler ile ped testi sonuçları karşılaştırılmıştır. Gebelik sayısı grupları arasında ped testi sonuçları açısından anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 3+ gebelik olanlarda ped testi gr değerleri daha yüksek görülmektedir.

Doğum sayısı grupları arasında ped testi sonuçları açısından anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 3+ doğum olanlarda ped testi gr değerleri daha yüksek görülmektedir.

Tablo 4.9: İlerletici risk faktörleri ile ped testi sonuçlarının karşılaştırılması
(n=36)

Risk Faktörleri		Ped test sonucu (gr)						Kruskal-Wallis H	
		n	Mean	Median	Min	Max	ss	KWH	p
BMI değeri	Zayıf ve Normal	10	27,1	23,5	2,0	63,0	24,1	0,669	0,715
	Grade 1	11	21,5	9,0	2,0	54,0	21,1		
	Grade 2-3	14	23,0	23,0	4,0	50,0	14,5		
		Ped test sonucu (gr)						Mann-Whitney U	
								z	p
Sigara içme durumu	Evet	14	18,4	11,0	2,0	50,0	16,0	-1,201	0,229
	Hayır	22	28,7	26,5	2,0	63,0	21,5		
Kafeinli içecek alma (Fincan)	İçiyor	25	21,1	11,0	2,0	57,0	19,2	-1,787	0,073
	İçmiyor	11	33,0	31,0	4,0	63,0	20,0		
Kronik kabızlık	Var	9	42,1	53,0	11,0	63,0	19,5	-2,961	0,003*
	Yok	27	18,9	11,0	2,0	55,0	16,7		

Tablo 9'da risk faktörleri ile ped testi sonuçları karşılaştırılmıştır. BMI grupları, sigara kullanan ve kullanmayanlar, kafeinli içecek tüketen ve tüketmeyenler arasında ped testi sonuç değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). Kronik kabızlığı olanların ped ağırlığının (42.1) kronik kabızlığı olmayanlara (18.9) göre daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 4.10: Kadınların idrar kaçırdıkları durumlar ile ped testi sonuçlarının karşılaştırılması (n=36)

İdrar Kaçırılan Durumlar		n	Ped Test sonucu (gr)				Mann-Whitney U		
			Mean	Median	Min	Max	ss	z	p
Yataktan kalkma	Evet	24	25,0	20,0	2,0	63,0	19,3	-0,453	0,651
	Hayır	12	24,2	18,0	2,0	57,0	22,2		
Merdiven çıkma	Evet	19	31,2	30,0	5,0	63,0	18,3	-2,521	0,011*
	Hayır	17	17,5	6,0	2,0	57,0	19,8		
Bir şeyler kaldırma	Evet	27	26,0	26,0	2,0	63,0	20,0	-0,877	0,381
	Hayır	9	20,9	17,0	2,0	55,0	20,6		
Fiziksel aktivite	Evet	19	29,9	30,0	4,0	63,0	19,9	-1,871	0,061
	Hayır	17	18,9	11,0	2,0	55,0	18,9		
Zinde kalma/sportif aktivite	Evet	13	30,2	30,0	4,0	63,0	20,9	-1,285	0,198
	Hayır	23	21,6	13,0	2,0	57,0	19,2		
Cinsel ilişki	Evet	8	21,0	18,5	4,0	54,0	17,0	-0,476	0,634
	Hayır	28	25,8	23,0	2,0	63,0	20,9		

Tablo 4.10'da kadınların idrar kaçırdıkları durumlar ile ped testi sonuçları karşılaştırılmıştır. Yataktan kalkma, birşeyler kaldırma, fiziksel aktivite, sportif aktivite ve cinsel ilişki sırasında idrar kaçıran ve kaçırmayanlar arasında ped testi sonuç değerleri açısından anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). Merdiven çıkarken idrar kaçıranlarda ped testi sonuçları anlamlı derecede yüksek görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 4.11: Kadınların daha önce sağlık kurumuna başvurma ve tedavi alma durumu (n=36)

Değişkenler	n	%
Sağlık kurumuna başvurma		
Evet	6	16.7
Hayır	30	83.3
Tedavi yönteminden yararlanma		
Alan	4	66.6
Almayan	2	33.3

Tablo 4.11’de Kadınların daha önce sağlık kurumuna başvurma ve tedavi alma durumuna ilişkin veriler sunulmuştur. Kadınların %16.7’si inkontinans şikayeti nedeni ile daha önce bir sağlık kurumuna başvurmuştur ve bu kadınlardan iki tanesi (%33.3) ilaç tedavisi almıştır. Araştırmaya katılan kadınlardan hiçbiri daha önce eğitim almamıştır.

Tabloda belirtilmemekle beraber kadınların %2.8’i TAH-BSO (Rahmin ve yumurtalıkların alınması), %5.6’sı vajinal histerektomi ameliyatı olmuştur.

Tablo 4.12: Kadınların eğitim öncesi tanıtıcı özellikleri ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması (n=36)

Yaş grubu		Yaşam Kalitesi Puanı						Kruskal- WallisH	
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	KWH	P
Davranışların Sınırlanması	32-50	12	24.9	26.0	11.0	36.0	7.6	2.751	0.252
	51-60	9	22.6	23.0	10.0	33.0	7.0		
	61+	15	20.5	20.0	15.0	29.0	4.0		
Psikososyal Etkilenme	32-50	12	28.1	26.5	16.0	42.0	8.8	0.043	0.978
	51-60	9	27.4	27.0	12.0	41.0	9.6		
	61+	15	26.6	27.0	20.0	34.0	4.8		
Sosyal İzolasyon	32-50	12	10.5	10.5	5.0	18.0	4.7	0.074	0.961
	51-60	9	11.2	8.0	6.0	17.0	4.7		
	61+	15	10.3	9.0	6.0	17.0	3.2		
I-QOL TOPLAM PUAN	32-50	12	63.5	63.0	35.0	94.0	18.8	0.821	0.663
	51-60	9	61.2	62.0	28.0	88.0	20.2		
	61+	15	57.3	56.0	45.0	77.0	10.6		

Eğitim durumu		Mann-Whitney U							
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	U	P
Davranışların Sınırlanması	İlkokul	28	22.5	20.5	11.0	36.0	6.0	-0.057	0.954
	Ortaokul-Lise	8	22.5	24.5	10.0	34.0	7.7		
Psikososyal Etkilenme	İlkokul	28	27.4	27.0	19.0	41.0	5.7	-0.247	0.804
	Ortaokul-Lise	8	27.1	25.0	12.0	42.0	12.2		
Sosyal İzolasyon	İlkokul	28	10.5	10.0	5.0	17.0	3.7	-0.153	0.878
	Ortaokul-Lise	8	10.8	8.5	5.0	18.0	5.4		
I-QOL TOPLAM PUAN	İlkokul	28	60.4	59.0	35.0	88.0	13.6	-0.266	0.789
	Ortaokul-Lise	8	60.4	53.0	28.0	94.0	23.8		
Davranışların Sınırlanması	Evli	31	23.1	22.0	11.0	36.0	6.2	-1.492	0.135
	Dul/Boşanmış	5	18.4	19.0	10.0	26.0	5.8		
Psikososyal Etkilenme	Evli	31	27.8	27.0	16.0	42.0	7.2	-0.711	0.477
	Dul/Boşanmış	5	24.2	24.0	12.0	34.0	8.8		
Sosyal İzolasyon	Evli	31	10.6	9.0	5.0	18.0	4.0	-0.115	0.908
	Dul/Boşanmış	5	10.6	11.0	6.0	17.0	4.7		
I-QOL TOPLAM PUAN	Evli	31	61.5	58.0	35.0	94.0	15.7	-0.985	0.324
	Dul/Boşanmış	5	53.2	55.0	28.0	77.0	18.3		

Tablo 4.12’de kadınların tanıtıcı özellikleri ile yaşam kalitesi puanları karşılaştırılmıştır.

Araştırmamızda eğitim öncesi yaşam kalitesi puanları toplamı 60.4 bulunmuştur.

Araştırmamızda tanıtıcı özellikler ile yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.13: Kadınların obstetrik özellikleri ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması (n=36)

Kadınların obstetrik özellikleri		I-QOL			
		Davranışların Sınırlanması	Psikososyal Etkilenme	Sosyal İzolasyon	TOPLAM PUAN
Gebelik sayısı	r	-0.214	-0.011	0.009	-0.087
	p	0.211	0.948	0.956	0.616
	N	36	36	36	36
Doğum sayısı	r	-0.183	0.029	0.034	-0.050
	p	0.286	0.868	0.845	0.772
	N	36	36	36	36

*Spearman korelasyon analizi

* $p<0,05$

Tablo 4.13’de Kadınların obstetrik özellikleri ile yaşam kalitesi puanları karşılaştırılmıştır. Gebelik sayısı ve doğum sayısı ile puanlar arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.14: Kadınların idrar kaçırılan süre ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması (n=36)

		Davranışların Sınırlanması	Psikososyal Etkilenme	Sosyal İzolasyon	I-QOL TOPLAM PUAN
İdrar kaçırılan süre (Yıl)	r	0.065	0.093	0.158	0.108
	p	0.705	0.589	0.358	0.529
	N	36	36	36	36

*Spearman korelasyon analizi

*p<0,05

Tablo 4.14'de Kadınların idrar kaçırılan süre ile yaşam kalitesi puanları karşılaştırılmıştır. İdrar kaçırma problemi başlama zamanı ile puanlar arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir (p>0,05).

Tablo 4.15: Kadınların idrar kaçırmada artış durumu ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması (n=36)

		Yaşam Kalitesi Puanları						Mann-Whitney U	
İdrar kaçırmada artış		n	Mean	Median	Min	Max	ss	Z	P
Davranışların Sınırlanması	Evet	27	21.1	20.0	10.0	34.0	6.0	-2.199	0.026*
	Hayır	9	26.7	26.0	18.0	36.0	5.6		
Psikososyal Etkilenme	Evet	27	26.4	27.0	12.0	42.0	6.6	-0.988	0.323
	Hayır	9	30.0	33.0	16.0	41.0	9.3		
Sosyal İzolasyon	Evet	27	10.3	9.0	5.0	18.0	3.6	-0.588	0.556
	Hayır	9	11.6	12.0	5.0	18.0	5.2		
I-QOL	Evet	27	57.7	57.0	28.0	94.0	14.7	-1.335	0.181
TOPLAM PUAN	Hayır	9	68.2	77.0	44.0	88.0	18.0		

*p<0,05

Tablo 4.15'de Kadınların idrar kaçırmada artış durumu ile yaşam kalitesi puanları karşılaştırılmıştır. İdrar kaçırma şikayeti artanlarda davranışların sınırlanması puanları anlamlı derecede düşük görülmektedir (p<0,05). Diğer puanlarda evet-hayır diyenler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 4.16: Kadınların idrar kaçırılan durumlar ile yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması (n=36)

Yataktan kalkma			Yaşam Kalitesi Puanları					Mann-Whitney U	
		n	Mean	Median	Min	Max	ss	Z	P
Davranışların Sınırlanması	Evet	24	20.4	19.5	10.0	33.0	5.8	-2.931	0.003*
	Hayır	12	26.7	26.5	18.0	36.0	5.1		
Psikososyal Etkilenme	Evet	24	25.0	25.0	12.0	39.0	6.0	-2.488	0.012*
	Hayır	12	32.0	33.0	16.0	42.0	8.1		
Sosyal İzolasyon	Evet	24	9.5	8.0	5.0	17.0	3.3	-2.078	0.037*
	Hayır	12	12.8	13.5	5.0	18.0	4.6		
I-QOL TOPLAM PUAN	Evet	24	54.8	53.5	28.0	88.0	13.5	-2.638	0.008*
	Hayır	12	71.4	77.0	47.0	94.0	15.3		
Merdiven çıkma									
Davranışların Sınırlanması	Evet	19	19.8	20.0	10.0	27.0	4.5	-2.639	0.008*
	Hayır	17	25.5	26.0	11.0	36.0	6.8		
Psikososyal Etkilenme	Evet	19	25.2	26.0	12.0	34.0	5.9	-1.317	0.187
	Hayır	17	29.6	27.0	16.0	42.0	8.4		
Sosyal İzolasyon	Evet	19	10.0	9.0	6.0	17.0	3.3	-1.574	0.565
	Hayır	17	11.2	11.0	5.0	18.0	4.7		
I-QOL TOPLAM PUAN	Evet	19	55.0	55.0	28.0	78.0	12.5	-1.921	0.054
	Hayır	17	66.4	63.0	35.0	94.0	17.7		
Davranışların Sınırlanması	Evet	27	21.9	20.0	10.0	36.0	6.2	-1.246	0.212
	Hayır	9	24.2	26.0	11.0	33.0	6.7		
Psikososyal Etkilenme	Evet	27	27.1	27.0	12.0	42.0	7.2	-0.018	0.985
	Hayır	9	28.0	27.0	16.0	41.0	8.4		
Sosyal İzolasyon	Evet	27	10.7	10.0	5.0	18.0	3.8	-0.717	0.473
	Hayır	9	10.1	8.0	5.0	18.0	4.8		
I-QOL TOPLAM PUAN	Evet	27	59.7	58.0	28.0	94.0	16.0	-0.421	0.673
	Hayır	9	62.3	62.0	35.0	85.0	16.9		
Fiziksel aktivite									
Davranışların Sınırlanması	Evet	19	21.7	20.0	10.0	36.0	6.5	-1.065	0.286
	Hayır	17	23.3	22.0	11.0	34.0	6.1		
Psikososyal Etkilenme	Evet	19	26.7	27.0	12.0	41.0	7.6	-0.301	0.762
	Hayır	17	27.9	27.0	16.0	42.0	7.4		
Sosyal İzolasyon	Evet	19	10.5	9.0	6.0	17.0	3.8	-0.031	0.974
	Hayır	17	10.7	11.0	5.0	18.0	4.4		
I-QOL TOPLAM PUAN	Evet	19	58.9	58.0	28.0	88.0	16.5	-0.587	0.557
Zinde kalma/sportif aktivite									
Dvranışların Sınırlanması	Evet	13	21.5	20.0	10.0	33.0	6.1	-0.727	0.467
	Hayır	23	23.0	21.0	11.0	36.0	6.5		
Psikososyal Etkilenme	Evet	13	26.2	28.0	12.0	39.0	7.8	-0.362	0.716
	Hayır	23	28.0	27.0	16.0	42.0	7.3		
Sosyal İzolasyon	Evet	13	10.3	8.0	6.0	17.0	4.2	-0.481	0.631
	Hayır	23	10.7	10.0	5.0	18.0	4.0		
I-QOL TOPLAM PUAN	Evet	13	58.0	58.0	28.0	88.0	16.8	-0.593	0.552
	Hayır	23	61.7	57.0	35.0	94.0	15.8		
Cinsel ilişki									
Davranışların Sınırlanması	Evet	8	19.9	18.5	10.0	33.0	8.0	-1.355	0.175
	Hayır	28	23.2	21.5	15.0	36.0	5.7		
Psikososyal Etkilenme	Evet	8	21.9	20.0	12.0	34.0	6.8	-2.421	0.015*
	Hayır	28	28.9	28.0	16.0	42.0	6.9		
Sosyal İzolasyon	Evet	8	8.4	8.0	5.0	17.0	3.7	-1.973	0.048*
	Hayır	28	11.2	11.0	5.0	18.0	4.0		
I-QOL TOPLAM PUAN	Evet	8	50.1	46.5	28.0	78.0	16.7	-1.962	0.049*

*p<0,05

Tablo 4.16'da kadınların idrar kaçırılan durumlar ile yaşam kalitesi puanları karşılaştırılmıştır. Yataktan kalktığında idrar kaçırılarda idrar kaçırmayanlara göre puanların anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Merdiven çıkarken idrar kaçırılarda davranışların sınırlandırılması puanlarının düşük olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Diğer puanlarda evet-hayır diyenler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Bir şeyler kaldırmada, fiziksel aktivite yapanlarda, sportif aktivite yapanlarda idrar kaçırılanların veya kaçırmayanların arasında puanlar açısından anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırılanlar ile kaçırmayanlar arasında davranışların sınırlandırılması puanları açısından anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte evet diyenlerde puanlar daha düşük görülmektedir.

Tablo 4.17: Kadınların kendi ifade ettikleri ped kullanma ve ped testi sonucunun yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması (n=36)

		Davranışların	Psikososyal	Sosyal	I-QOL
		Sınırlanması	Etkilenme	İzolasyon	TOPLAM
					PUAN
Ped kullanma durumu (Günlük ped sayısı)	r	-0.393	-0.283	-0.065	-0.307
	p	0.026*	0.117	0.723	0.088
	N	32	32	32	32
Ped test sonucu (gr)	r	-0.353	0.031	0.146	-0.088
	p	0.035*	0.858	0.396	0.611
	N	36	36	36	36

*Spearman korelasyon analizi

* $p<0,05$

Tablo 4.17'de Kadınların kendi ifade ettikleri ped kullanma ve ped testi sonucu ile yaşam kalitesi puanları karşılaştırılmıştır. Günde kullanılan ped sayısı arttıkça davranışların sınırlandırılması puanlarının anlamlı derecede düştüğü görülmektedir ($p<0,05$). Günlük ped sayısı ile

diğer puanlar arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir ($p>0,05$). Ped testi sonucunda ped ağırlığı arttıkça davranışların sınırlandırılması puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Ped testi sonucu ile diğer puanlar arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.18: Kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması (n=36)

EĞİTİM ÖNCESİ	Yaşam Kalitesi Puanları				ss	Wilcoxon	
	Mean	Median	Min	Max		z	p
Davranışların Sınırlanması	22.5	21.0	10.0	36.0	6.3	-4.995	0.0001*
Psikososyal Etkilenme	27.3	27.0	12.0	42.0	7.4	-4.734	0.0001*
Sosyal İzolasyon	10.6	9.5	5.0	18.0	4.0	-4.913	0.0001*
I-QOL Toplamı	60.4	58.0	28.0	94.0	16.0	-4.995	0.0001*
EĞİTİM SONRASI							
Davranışların Sınırlanması	28.9	29.0	18.0	40.0	6.5	-4.995	0.0001*
Psikososyal Etkilenme	34.7	37.0	18.0	45.0	6.6	-4.734	0.0001*
Sosyal İzolasyon	16.5	16.5	9.0	25.0	4.2	-4.913	0.0001*
I-QOL Toplamı	80.1	84.0	46.0	109.0	16.5	-4.997	0.0001*

Tablo 4.18’de kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası yaşam kalitesi puanları karşılaştırılmıştır. Kadınların eğitim öncesi davranışların sınırlandırılması alt boyutu ortalaması 22.5 ± 6.3 iken, eğitim sonrası bu ortalama 28.9 ± 6.5 ’e yükselmiştir. Eğitim öncesi psikososyal etkilenme alt boyutu ortalaması 27.3 ± 7.4 iken, eğitim sonrası 34.7 ± 6.6 olmuştur. Eğitim öncesi sosyal izolasyon alt boyutu ortalaması 10.6 ± 4.0 iken, eğitim sonrası 16.5 ± 4.2 ’ye yükselmiştir. Eğitim sonrasında son test puanlarının ön test puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Kadının istem dışı idrar kaçırmaması olan üriner inkontinans, tıbbi, hijyenik ve sosyal bir problemdir. Bu klinik patoloji yalnız alt üriner sistemin bir bozukluğu değil, birçok nedenle ortaya çıkabilen, kompleks ve çok faktörlü bir durumdur.⁹⁵

Yapılan birçok çalışma, inkontinansın ciddi etkilerini ortaya koymaktadır. İnkontinanslı hastalar, çoğunlukla kendilerine olan güvenlerinin az olduğunu, utanma ve suçluluk duygusu hissettiklerini belirtmişlerdir. Bu durumun onları verimli çalışmaktan ve sosyal aktivitelerde yer almaktan alıkoymaya sebep olmuştur. Bu grup hastaların birçoğunun idrar kaçırmamasının yaşlanmanın doğal bir parçası olduğunu düşünüp etkin sonuç alamama inancı ile problemleriyle ilgili başvuruda bulunmadıkları belirlenmiştir.^{6,11, 15,18} Wong ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kadınların %73.3'ü stres inkontinansı bir hastalık olarak algılamadıklarını ifade etmişlerdir.²⁸

Stres Üriner inkontinansın yaş, şişmanlık, jinekolojik rahatsızlıklar, geçirilmiş operasyonlar, radyoterapi gibi etiyolojisinde pek çok risk faktörünün rol oynamasının yanında, gebelik ve doğum eylemi sırasında yaşanan olayların önemli bir yeri bulunmaktadır. Çünkü gebelik ve doğum eyleminde yaşanan olaylar nedeniyle, inkontinansın sürdürülmesinde önemli bir yeri olan mesane boynu ve üretrayı destekleyen ve kontrol eden fascia, ligament, pelvik taban kasları ve sinirler zarar görebilmektedir.⁹⁶

Pelvik taban kas eğitimi ve egzersizleri, stres idrar inkontinansa karşı konservatif müdahalelerin temelini oluşturmaktadır. Stres üriner inkontinansı, cerrahi tedavi etkin bir yöntem olmakla birlikte uzun bir nekahat döneminin gerekliliği, ameliyat edilenlerin %10-40'ında inkontinansın tekrarlaması ve postoperatif komplikasyon ihtimali konservatif tedaviye eğilimi arttırmaktadır. Pelvik taban kas egzersizi, stres üriner inkontinansın cerrahi olmayan tedavisinde önemli bir unsur haline gelmiştir.^{82,97}

Araştırmamız stres üriner inkontinans tanısı alan kadınlara verilen eğitimin yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular kadınların tanıtıcı özelliklerine, stres üriner inkontinansı etkileyen faktörlere, hastalığa ilişkin özelliklere, kadınların ped testi sonuçları ve ped kullanma durumlarına, daha önce tedavi ve eğitim alma durumlarına, yaşam kalitesi testinin ve verilen eğitimin etkinliğine ilişkin bulgular olmak üzere altı başlık altında ele alınarak tartışılmıştır.

5.1. KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Kadınların eğitim durumları incelendiğinde kadınların çoğunun (%77.8) ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Bektaş'ın yaptığı çalışmada kadınlarda eğitim seviyesi yükseldikçe stres üriner inkontinans prevalansının azaldığı görülmektedir.⁹⁸

Araştırma kapsamına alınan kadınların mesleki durumları incelendiğinde bir kadının emekli geri kalanın ev hanımı (%97.2) olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya alınan kadınların medeni durumları incelendiğinde %91.6'nın evli,%8.4'ünün dul/boşanmış olduğu belirlenmiştir.

5.2. STRES ÜRİNER İNKONTİNANSI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Yapılan bazı çalışmalar yaş ilerledikçe stres üriner inkontinansa prevelansın arttığını, bazıları ise prevelansın düştüğünü göstermektedir. Araştırmamızda en fazla 61+ yaş grubu kadının (%41) olduğu belirlenmiştir. Kadınların yaş ortalaması 55.86 ± 11.1 bulunmuştur. Kadınların yaş gruplarına göre ped testi sonuçları incelendiğinde 32-50 yaş grubunda olanların daha çok (%58.3) hafif-orta miktarda (2-10 gr), 61+ yaş grubundakilerin ise ağırlıklı olarak ağır/çok ağır miktarda (10-50 ve >50 gr) idrar kaçırdığı saptanmıştır. Araştırmamız sonuçlarına göre kadınların yaşı ilerledikçe stres üriner inkontinansa sahip olma durumunun arttığını söyleyebiliriz.

Literatürde yaş ile üriner inkontinans prevelansı arasındaki ilişki ile ilgili farklı bilgiler mevcuttur. Ekin ve arkadaşları araştırmamızla benzer şekilde, 1400 hastada yaptıkları çalışmada 50 yaşından sonra inkontinans prevelansının arttığı saptanmıştır.⁹⁹ Elving ve arkadaşları inkontinans prevelansında yaş ile doğrusal bir artış bulmuşlardır.¹⁰⁰ Araştırmamız sonuçlarından farklı olarak, Jolleys, stres inkontinans prevelansının 50 yaşlarında en yüksek noktaya ulaştığını ve sonra azaldığını rapor etmiştir.¹⁰¹ Kondo ve arkadaşları ise SÜİ insidansının 55 yaşından sonra azaldığını saptamışlardır.¹⁰²

Doğum yapma ile inkontinans arasında ilişki kurulması yaygın olarak kabul gören bir durumdur. Literatürde doğum sayısının inkontinansa etkisine yönelik farklı bilgiler mevcuttur. Thomas ve arkadaşları inkontinans ve parite arasında anlamlı bir birliktelik saptamışlardır. Doğum sayısı ile stres üriner inkontinans prevelansının arttığı, en sık, dört veya daha fazla çocuğu olan kadınlarda düzenli inkontinans olduğunu belirtmişlerdir.³ Milsom ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da artmış üriner inkontinans prevelansı ile fazla doğum

sayısının ilişkili olduğu saptanmıştır. Özellikle prevelans artışının ilk doğumdan sonra belirgin olduğunu belirlemişlerdir.¹⁰³

Mutlu'nun yaptığı çalışmada stres inkontinanslı hastaların parite ortalaması 3.62, Fırıncioğulları ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise ortalama gebelik sayısı 3.33 bulunmuştur.^{85,104} Araştırmamızda da benzer şekilde ortalama gebelik sayısı 3.61 ± 1.6 ve ortalama canlı doğum sayısı 3.17 ± 1.4 bulunmuştur. Gebelik sayısı grupları arasında ped testi sonuçları açısından ise anlamlı farklılık bulunmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 3+ gebelik olanlarda ped testi gr değerleri daha yüksek görülmektedir.

Pelvik taban ve üretral kasların parsiyel denervasyonuna yol açtığı için vajinal doğumun sezaryan doğuma göre kadınlarda idrar inkontinansına daha çok neden olduğuna ilişkin birçok çalışma mevcuttur.^{3,10,105} Doğumlarla üriner inkontinans arasındaki ilişkiyi araştıran ve 65 yaşın altındaki 15.000'in üzerinde kadını içeren geniş bir çalışmada stres üriner inkontinans insidansı nulliparlarda %4,7, doğumlarını sezaryen ile yapanlarda %6,9, doğumlarını vajinal yolla yapanlarda %12,2 olarak bulunmuştur¹⁰⁵. Araştırmamızda da benzer şekilde normal doğum yapan kadınlar fazla oranda bulunmuştur (%97.2). Doğum sayısı grupları arasında ise ped testi sonuçları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 3+ doğum olanlarda ped testi gr değerleri daha fazla görülmektedir.

Baloğlu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada vajinal doğum sonrası daha yüksek stres üriner inkontinans oranları saptanmış olsalarda semptomların başlangıç dönemi göz önüne alındığında, doğum travması dışındaki faktörlerin (zayıf fibril ağları, azalmış kollejen miktarı ya da tip 1-3 oranı,v.b) inkontinansa zemin hazırlayan asıl faktörler olduğuna dikkat çekmişlerdir aynı zamanda gebelikte ortaya çıkan stres üriner

inkontinansın, doğum sonrasında kalıcı inkontinans için risk faktörü oluşturmadığını saptamışlardır.¹⁰⁶

Obezitenin idrar inkontinans için önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koyan birçok çalışma mevcuttur. Yapılan çalışmalarda üriner inkontinansı olan kadınların çoğunun obez olduğu saptanmıştır.^{65,107,108} Obez kadınlarda karın içi basınç artışının daha belirgin olarak inkontinans mekanizmasını bozduğu belirlenmiştir. Vücut-kitle indeksi 27'nin üzerinde olanlarda inkontinans şiddetinde artışlar belirlenmiştir.¹⁰⁹ Kızılkaya ve arkadaşları yaptıkları çalışmada obezitenin stres üriner inkontinansda predispozan bir faktör olduğunu saptamışlardır.¹¹⁰

Güler'in yaptığı çalışmada inkontinanslı kadınların %38.1'inde grade I obesite ve %27.5'inde grade II obesite olduğu tespit edilmiştir. Vücut kitle indeksi arttıkça stres üriner inkontinansın arttığı belirlenmiştir.¹¹¹ Barber ve arkadaşlarının 444 stres üriner inkontinanslı hastayla yaptığı çalışmada BMI ortalaması 29 (kg/m) bulunmuştur.¹¹² Dwyer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise obesite gerçek stres inkontinans ve detrüsör instabilitesi olan kadınlarda, normal popülasyona göre daha fazla bulunmuştur.¹¹³

Çalışmamızda araştırmaya katılan kadınların çoğunun obez olduğu saptanmıştır. Kadınların %31.4'ünün 1.derece obez, %37.1'inin 2.derece obez,%2.9'unun ise 3.derece obez olduğu belirlenmiştir. Kadınların BMI ortalaması 28 (kg/m) olarak saptanmıştır. Bu sonuç literatür ve diğer çalışma sonuçlarını destekler şekildedir. Ancak BMI değerleri ile ped testi sonuçları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Aslan'ın yaptığı çalışmada da bizim çalışmamızla benzer şekilde BMI ile ped testi sonuçları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.³⁴

Kafeinli içecekler, işeme sıklığını artırmakta ve boşaltılan idrar volümünü çok az miktarda etkilemektedir. Liao ve arkadaşların 907 hastada yaptıkları çalışmada üriner inkontinanslı kadınların %61.4'ünün günde en az 100 mg kafein tükettiği belirlenmiştir.¹¹⁴ Kocaözün yaptığı çalışmada ise kadınların %55.6'sının müdahale grubunda ve %58.3'ünün kontrol grubunda kahve tüketim alışkanlıkları olduğu tespit edilmiştir.⁹⁶ Bizim çalışmamızda da literatürle benzer şekilde kadınların %69.4'ünün kafeinli içecek tükettiği belirlenmiştir. Kafeinli içecek içenler ve içmeyenler arasında ped testi sonuçları açısından ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuç günde tüketilen kahve miktarının bilinmemesi nedeniyle olabilir.

Sigara içen kadınlarda ise estrogen seviyesinin ve kollajen sentezinin azalttığı saptanmıştır.^{107,108} Sampselle ve arkadaşları çalışmalarında sigara içenlerde sigara içmeyenlere göre inkontinans gelişme riskinin %38 daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir.¹¹⁵ Danforth ve arkadaşlarının 83 355 kadında üriner inkontinans risk faktörlerini belirlemek üzere yaptığı çalışmada olguların %35'inin sigara kullandığı tespit edilmiştir.¹¹⁶ Bizim çalışmamızda da literatürle benzer şekilde kadınların %38.9' unun sigara kullandığı belirlenmiştir. Sigara kullanan ve kullanmayanlar arasında ise ped testi sonuçları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Kronik kabızlığın pudental sinirde gerilmeye neden olduğundan, pelvik kas fonksiyonunda bozukluğa yol açabileceği ve mesane üzerinde basınca neden olabileceği belirlenmiştir.^{107,108} Çalışmamızda kadınların %25'inde kronik kabızlık sorunu tespit edilmiştir. Kronik kabızlık olanlarda ped testi sonuçları ise anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Araştırmamız sonucuna göre kronik kabızlığın inkontinans şiddetini arttırdığını söyleyebiliriz.

Yeterli miktarda sıvı alınmaması idrarı dansitesini artırır, mesaneyi ve üretrayı irite ederek daha sık idrar kaçırmaya neden olur. Çalışmamızda da benzer şekilde kadınların bir günde ortalama 6.94 ± 2.3 bardak sıvı tükettiği tespit edilmiştir. Kadınların sıvı tüketiminin az olmasının nedeni daha fazla idrar kaçırmaktan korktuklarından olabilir.

Geçirilmiş cerrahi operasyonların üretral ve periüretral skar dokusu formasyonu ile stres üriner inkontinansa yol açabileceği düşünülmektedir. Kızılkaya ve arkadaşları jinekolojik ameliyat geçirmenin stres üriner inkontinans için bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir.¹¹⁰

Üriner inkontinans başlangıcında histerektominin rolü tartışmalıdır. Milsom'un geniş öçekli popülasyon temelli çalışmasında histerektomi önemli bir risk olarak bulunmuştur.¹⁰³ Norton ise tutarlı bir birliktelik saptamamıştır.²⁶ Bizim çalışmamızda da kadınların yalnızca %5.6'sı vajinal histerektomi ameliyatı olmuştur. Araştırmamızda örneklem sayısının azlığı nedeniyle bu konuda bir bulgu yer almamaktadır

5.3. HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ

Çalışmamızda kadınların idrar kaçıрма süresi ortalama 4.03 ± 3.8 yıl bulunmuştur. Kadınların en fazla oranda (%72.2) 5 yıldan daha az zamandır idrar kaçırdığı tespit edilmiştir. Kadınların %75'inde idrar kaçırmada artış olduğu saptanırken, %25'inde artış olmadığı tespit edilmiştir. Veriler incelendiğinde kadınların en fazla oranda (%36.1) oldukça ıslak/ bir fincan kadar idrar kaçırdığı belirlenmiştir.

Lasserre ve arkadaşlarının 224 hasta ile yaptığı çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde hastaların en fazla oranda (%61.6) 5 yıldan daha az zamandır idrar kaçırdıklarını tespit etmiştir. Hastaların %65'inde idrar kaçırmada artış saptanmıştır.¹¹⁷

Aslan yaptığı çalışmada vaka grubunun ortalama 7.72 ± 7.28 yıldır, kontrol grubunun ise 3.84 ± 3.46 yıldır idrar kaçırdığını tespit etmiştir. Kadınların %50'si birkaç damla, %30'u pedi ıslatacak kadar, %12'si ise dış kıyafetleri ıslatacak kadar idrar kaçırdığını belirtmiştir.³⁹ Zengin'in yaptığı çalışmada da kadınların ortalama 5.88 ± 6.07 yıldır idrar kaçırdığı saptanmıştır.¹¹⁸

Yapılan çalışmalarda kadınların daha çok öksürürken, gülerken ve fiziksel zorlanma ile idrar kaçırdıkları belirtilmiştir.^{111,119}

Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak kadınların en fazla %94.4' ünün öksürürken, %91.7'sinin hapşırırken, %97.2'sinin gülerken, %66.7'sinin yataktan kalkarken, %52.8'inin merdiven çıkarken, %75.0'inin bir şeyler kaldırırken, %52.8'inin fiziksel aktivite sırasında, %36.1'inin zinde kalma/sportif aktivite sırasında, %22.2'sinin ise cinsel ilişki sırasında idrar kaçırdığı tespit edilmiştir.

5.4. KADINLARIN PED TESTİ SONUÇLARININ VE PED KULLANMA DURUMLARININ İNCELENMESİ

Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından üriner inkontinansın tanı ve tedavisinde ped testinin kullanılması önerilmektedir.² Ped testi üriner inkontinansın varlığını ve derecesini objektif olarak göstermede kullanılan bir testtir. Çalışmamızda kadınların en fazla (%63.9) ağır/çok ağır idrar kaçırdığı tespit edilmiştir. Aslan ve Kızılkaya'nın yaptığı çalışmada benzer şekilde kadınların en fazla ağır/çok ağır idrar kaçırdığı saptanmıştır.^{34,110}

Çalışmamızda kadınların %88.9'unun ped kullandığı ve ortalama kullandığı ped sayısı 2.09 ± 1.2 bulunmuştur. Kadınların koruyucu ped kullanması inkontinansla baş etmede kullandığı bir yöntem olarak

değerlendirilebilir. Huang ve ark.'nın (2006) 40-70 yaş arası kadınlarda yaptığı çalışmasında, araştırmamızla benzer şekilde idrar kaçıran kadınların %64'nün ped ya da emici materyal kullandığı belirlenmiştir.¹²⁰ Benlioğlu'nun yaptığı çalışmada da kadınların %52'sinin ped kullandığı belirlenmiştir.¹¹⁹

5.5. KADINLARIN DAHA ÖNCE TEDAVİ VE EĞİTİM ALMA DURUMLARININ İNCELENMESİ

Araştırmamızda kadınların %16.7'si inkontinans şikayeti nedeni ile daha önce bir sağlık kurumuna başvurduğu ve bu kadınlardan iki tanesinin (%33.3) ilaç tedavisi aldığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınlardan hiçbiri daha önce eğitim almadığı saptanmıştır. Bunun nedeni, kadınların inkontinansa yönelik sorun yaşamalarına rağmen büyük birçoğunun utanma, çekinme ve inkontinansı yaşlanmanın bir sonucu olarak görme nedeniyle doktora başvurmaması olabilir.

Yapılan çalışmalarda araştırmamız sonuçlarıyla benzer şekildedir. Zengin'in yaptığı çalışmada kadınların tamamına yakını idrar kaçırmaya yönelik daha önce tedavi almamıştır.¹¹⁸ Kök'ün yaptığı çalışmada kadınların %80'inin herhangi bir sağlık kurumuna başvurmadığı, %85.9'unun ise idrar kaçırmaya bulgularından dolayı hiçbir zaman tedavi almadığı belirlenmiştir.¹¹ Bektaş'ın yaptığı çalışmada ise kadınların %37'sinin (42/111) stres üriner inkontinans şikayeti nedeniyle doktora gittiği tespit edilmiştir. Geçmişte stres üriner inkontinans şikayeti olan kadınların %72.1'nin (80/111) hiçbir tedavi almadığı saptanmıştır.⁹⁸

5.6. YAŞAM KALİTESİ TESTİNİN VE VERİLEN EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Üriner inkontinansın sosyal ve psikolojik etkileri iyi bilinmektedir. Hastalar bu durumu oldukça utanç verici bir hadise olarak tanımlamaktadırlar. Diğer bir etkisi de sosyal aktiviteler yönünden kısıtlanmış olma durumudur. Sürekli ıslaklık ve irritasyon kişiye sıkıntı vermekte, yetersizlik duygusu yaratmakta hatta depresyona kadar uzanan psikolojik bozukluğa yol açmakta ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olabilmektedir.¹²¹ Bu nedenle, idrar inkontinanslı bireyin yaşam kalitesi ölçümünün mevcut durumun tanınması ve tedavisinde önemli olduğu belirtilmiştir. Simenova ve arkadaşları üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine olan etkisini araştırmışlar ve inkontinan kadınların kontinanalara göre daha kötü yaşam kalitesi olduğunu gözlemlemiştir.¹²²

Literatürde yaş ile üriner inkontinanstaki yaşam kalitesi puanları arasında farklılıklar mevcuttur. Araştırmamızda kadınların yaş grupları ve eğitim grupları arasında yaşam kalitesi puanları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Özerdoğan'ın yaptığı çalışmada araştırmamızla benzer şekilde yaş grupları ile yaşam kalitesi puanları ile alt boyutlarından aldıkları puan arasında anlamlı fark bulunmamıştır.¹²¹ Aslan'ın çalışmasında araştırmamızdan farklı olarak yaş arttıkça şikayet şiddet indeksi ve semptom etki indeksi puanlarının arttığı görülmüştür.³⁹ Güler'in yaptığı çalışmada da yaş grubuna göre yaşam kalitesi sonuçları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında 45 yaş ve üzerindeki kişilerin inkontinansa bağlı olarak fiziksel durum, fiziksel durumun kısıtladığı roller, enerji/bitkinlik, ruhsal iyilik durumu, ağrı ve genel sağlık durumlarının daha kötü olduğu ve Beck depresyon skorunun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.¹¹¹

Araştırmamızda kadınların gebelik sayısı, doğum sayısı ile yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Araştırmamızdan farklı olarak Kim ve arkadaşları fazla sayıda doğum yapanlarda inkontinans şiddetinin arttığını ve haftalık idrar kaçırmanın sık görüldüğünü tespit etmiştir. Aynı zamanda yaşam kalitelerinin düşük olduğunu saptamışlardır.¹²³

Kadınların idrar kaçırma problemi başlama zamanı ile yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$). İdrar kaçırma şikayeti artanlarda davranışların sınırlandırılması puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Özerdoğan ve Beji'nin çalışmasında en olumsuz etkilenen yaşam kalitesi alanı sosyal izolasyon yaşama durumu, daha sonra davranışların sınırlandırılması alanı olarak belirlenmiştir.¹²⁴ Aslan'ın yaptığı çalışmada araştırmamızla benzer şekilde idrar kaçırma süresi ile yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.³⁹

Güler'in yaptığı çalışmada ise araştırmamızdan farklı olarak İnkontinans süresi arttıkça kadınların yaşam kalitesi özellikle ruhsal durumları ve genel sağlıkları olumsuz yönde etkilendiği bulunmuştur.¹¹¹

Araştırmaya katılan kadınlardan yataktan kalktığında idrar kaçıranlarda yaşam kalitesi puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınlarda yataktan kalktığında idrar kaçıranlar ve kaçırmayanlar arasında ped testi sonuçlarına bakıldığında ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Merdiven çıkarken idrar kaçıranlarda davranışların sınırlandırılması puanlarının düşük olduğu diğer alt alan ölçek puanlarında evet-hayır diyenler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Bunun nedeni merdiven çıkarken idrar kaçıranlarda ped testi sonuçlarının anlamlı dercede yüksek çıkması olabilir. Merdiven çıkarken

kaçırılan idrar miktarındaki artış yaşam kalitesini olumsuz etkilemiş olabilir. Bir şeyler kaldırırken, fiziksel aktivite yaparken, sportif aktivite yaparken idrar kaçıranların ve kaçırmayanların arasında puanlar açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Yapılan ped testi sonuçlarında da gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Cinsel ilişki sırasında idrar kaçıranlar ile kaçırmayanlar arasında yaşam kalitesi puanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte evet diyenlerde puanların daha düşük belirlenmiştir ($p>0,05$). Kök'ün yaptığı araştırmada araştırmamızla benzer şekilde hastaların Üİ bulgularından etkilenme algıları ile cinsel yaşamları arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır.¹¹

Norton inkontinan hastaların fiziksel aktivitelere katılmaktan çekindiklerini, kontinanslara göre daha az sosyal aktivitede bulunduklarını saptamıştır. Buna ilaveten seksüel ilişki üzerine de olumsuz etki etmektedir. Norton inkontinans tedavisi için araştırılan %40 hastanın seksüel ilişkiden kaçındıklarını saptamıştır.²⁶

Çalışmamızda ped testi sonucunda miktar arttıkça davranışların sınırlandırılması puanları anlamlı derecede düşük saptanmıştır ($p<0,05$). Kaçırılan idrar miktarı arttıkça kişilerin hareketlerini kısıtlama ihtiyacı duyduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca İdrar miktarı arttıkça kullanılan ped sayısı da arttığı içinde davranışların sınırlandırılması artmaktadır. Sarı'nın yaptığı çalışmada araştırmamızla benzer şekilde hastaların idrar kaçırma miktarı ve idrar kaçırma sayısı arttıkça davranışlarını daha çok sınırlandırdıkları, kendilerini daha çok izole ettikleri ve bu nedenle yaşam kalitelerinin negatif yönde daha fazla etkilendiği belirlenmiştir.¹²⁵ Aslanın'ın yaptığı çalışmada ped test sonucu yükseldikçe şikayet indeks puanı artmaktadır.³⁹ Araştırmamız bulguları bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar ile benzerlik göstermektedir. Araştırma sonuçlarına göre kadınların idrar miktarı ile diğer puanlar arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Kadınların eğitim öncesi davranışların sınırlanması alt boyutu ortalaması 22.5 ± 6.3 iken, eğitim sonrası bu ortalamanın 28.9 ± 6.5 'e yükseldiği saptanmıştır. Eğitim öncesi psikososyal etkilenme alt boyutu ortalaması 27.3 ± 7.4 iken eğitim sonrası 34.7 ± 6.6 olduğu saptanmıştır. Eğitim öncesi sosyal izolasyon alt boyutu ortalaması 10.6 ± 4.0 iken, eğitim sonrası 16.5 ± 4.2 'ye yükseldiği tespit edilmiştir. Toplam puanlardaki değişim ortalaması 20.3 ± 16.5 bulunmuştur. Eğitim sonrasında son test puanlarının ön test puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Bulduğumuz sonuçlardan stres inkontinans şikayeti olan kadınlara verilen eğitimin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini söyleyebiliriz.

Zengin'in yaptığı çalışmada eğitim sonrası çalışma grubundaki hastaların davranışların sınırlandırılması alt boyut puanlarındaki değişim ortalaması 18.01 ± 9.47 , psikososyal etkilenme alt boyutu puanlarındaki değişim ortalaması 25.16 ± 16.38 , sosyal izolasyon alt boyut puanlarındaki değişim ortalaması 27.94 ± 15.81 ve I-QOL toplam puanlarındaki değişim ortalaması çalışmamızla benzer şekilde 23.19 ± 11.43 bulunmuştur.¹¹⁸

Bovbjerg ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada verilen eğitim sonrası davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme alt boyutu ve sosyal izolasyon alt boyutunda düzelme olduğu belirlenmiştir.¹²⁶

Aslan'ın yaptığı çalışmada kadınlara pelvik egzersizler öğretilmiş ve yaşam kalitelerindeki değişim King Sağlık Anketiyle değerlendirilmiştir. Araştırmanın sonucunda genel sağlığı algılama, rol sınırlamaları, fiziksel sınırlamalar, sosyal sınırlamalar, inkontinans etkisi ve duygular alt boyutlarında vaka grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir.³⁹

Sarı'nın yaptığı çalışmada çalışma ve kontrol grubundaki hastaların davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon alt boyutu ve I-QOL toplam puanlarındaki değişim ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Çalışma grubundaki hastaların egzersiz sonrası yaşam kalitesi artarken, kontrol grubundaki hastaların izlem sonrası yaşam kalitesi azalmıştır.¹²⁵

Kocaöz'ün yaptığı çalışmada pelvik egzersizlerin uygulandığı vaka grubunda olan kadınlarda, kontrol grubuna göre gebelik ve doğum sonu dönemde daha az stres üriner inkontinans sorunu yaşandığı belirlenmiştir. Ayrıca müdahale grubuna göre kontrol grubu kadınlarında, gebelik haftasında pelvik taban kas gücünün anlamlı olarak daha zayıf olduğu saptanmıştır.⁹⁶ Cammu ve arkadaşları (2000) tarafından gerçek stres idrar inkontinansı olan 52 kadında pelvik taban kas egzersizinin 10 yıllık sonuçları incelenmiştir. Çalışma sonucunda, başarılı PTE eğitiminin olumlu sonuçlarının %66 ihtimalle en az 10 yıl devam ettiği belirtilmektedir.¹²⁷

Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar üriner inkontinansı tedavi etmek, yaşam kalitesine olumsuz etkisini en aza indirmek için kadınlara verilen eğitimin önemini açıkça ortaya koymaktadır. Çok boyutlu bir problem olan üriner inkontinans tedavisi multidisipliner bir ekip çalışması ile gerçekleştirilir. Bu ekibin önemli üyelerinden biri olan hemşirenin hastanın değerlendirilmesi, üriner inkontinans tedavi hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında aktif olarak rol alması gerekmektedir.

6.SONUÇLAR

Araştırmamız T.C. Sağlık Bakanlığı Yüksek İhtisas Hastanesi Üroloji Polikliniğinde 36 hastaya verilen eğitimin yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla planlanmış ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 55.86 ± 11.1 'dir. Kadınların çoğunun (%77.8) ilkokul mezunu olduğu ve bir kadının emekli geri kalanın ev hanımı (%97.2) olduğu bulunmuştur. Çalışmaya alınan kadınların %91.6'sinin evli,%8.4'ünün dul/boşanmış olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

Araştırma kapsamına alınan kadınların gebelik sayıları incelendiğinde ≥ 3 gebeliği olan (%77.8) ve ≥ 3 doğum yapan (%66.7) kadın sayısının en fazla olduğu belirlenmiştir. Kadınların %5.5'inin düşük yaptığı ve 4 kilo ve üstü bebek doğurduğu, %8.3'ünün kürtaj olduğu, %2.7'sine doğum esnasında vakum/forseps kullanıldığı saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınlardan bir kişi dışında ki bütün kadınlar (%97.2) normal doğum yapmıştır (Tablo 4.2).

Kadınların ortalama idrar kaçırma süresi ortalama 4.03 ± 3.82 'dir. Araştırmada kadınların %75'inde idrar kaçırmada artış olduğu saptanırken, %25'inde artış olmadığı tespit edilmiştir. Kadınların en fazla (%36.1) oldukça ıslak/ bir fincan kadar idrar kaçırdığı belirlenmiştir. Kadınların ortalama kullandığı ped sayısı 2.09 ± 1.2 bulunmuştur (Tablo 4.3).

Kadınların en fazla öksürürken (%94.4), hapşırırken (%91.7) ve gülerken (%97.2) idrar kaçırdığı saptanmıştır (Tablo 4.4).

Kadınların %38.9'u sigara kullanmakta,%69.4'ü kafeinli içecek tüketmekte, %25'inde ise kronik kabızlık sorunu olduğu tespit edilmiştir. Veriler incelendiğinde 2.derece obez kadın sayısının (%37.1) en fazla oranda olduğu bulunmuştur. Kadınlar bir günde ortalama 6.94 ± 2.3 bardak sıvı tüketmektedir (Tablo 4.5).

Kadınların ped testi sonuçları %36.1'i 2-10 gr(hafif-orta), %47.2'si 10-50 gr (ağır), %16.7'si, >50 gr (çok ağır) şeklinde tespit edilmiştir (Tablo 4.6).

Kadınların yaş gruplarına göre ped testi sonuçları incelendiğinde 32-50 yaş grubunda olanların daha çok (%58.3) hafif-orta miktarda (2-10 gr), 61+ yaş grubundakilerin ise ağırlıklı olarak ağır/çok ağır miktarda (10-50 ve >50 gr) idrar kaçırdığı saptanmıştır (Tablo 4.7).

Eğitim ve medeni duruma göre ped test sonucu dağılımları incelendiğinde ilkokul mezunlarının %50'sinin ağır miktarda (10-50 gr) idrar kaçırdığı, ortaokul-lise mezunlarının %37.5'inin hafif/orta (2-10 gr) ve ağır (10-50 gr) miktarda idrar kaçırdığı tespit edilmiştir. Evli olanların %51.6'sının hafif/orta (2-10 gr) miktarda idrar kaçırdığı, dul-boşanmış olanların ise %80'ninin ağır (10-50 gr) miktarda idrar idrar kaçırdığı belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Gebelik sayısı grupları arasında ped testi sonuçları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 3+ gebelik olanlarda ped testi gr değerleri daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Doğum sayısı grupları arasında ped testi sonuçları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 3+ doğum olanlarda ped testi gr değerleri daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8).

BMI grupları, sigara kullanan ve kullanmayanlar, kafeinli içecek tüketen ve tüketmeyenler arasında ped testi sonuç değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Kronik kabızlığı olanların ped ağırlığının (42.1) kronik kabızlığı olmayanlara (18.9) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.9).

Yataktan kalkma, birşeyler kaldırma, fiziksel aktivite, zinde kalma ve cinsel ilişki sırasında idrar kaçıran ve kaçırmayanlar arasında ped testi sonuç değerleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Merdiven çıkarken idrar kaçıranlarda ped testi sonuçları anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.10).

Kadınların %16.7'sinin inkontinans şikayeti nedeni ile daha önce bir sağlık kurumuna başvurduğu ve bu kadınlardan iki tanesinin (%33.3) ilaç tedavisi aldığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınlardan hiçbirinin daha önce eğitim almadığı saptanmıştır. Kadınların %2.8'i TAH-BSO (Rahmin ve yumurtalıkların alınması), %5.6'sı vajinal histerektomi ameliyatı olmuştur (Tablo 4.11).

Yaş grupları, medeni durum ve eğitim grupları arasında yaşam kalitesi puanları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.12).

Gebelik sayısı, doğum sayısı yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.13).

Kadınların idrar kaçıрма problemi başlama zamanı ile yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo

4.14). İdrar kaçırma şikayeti artanlarda davranışların sınırlandırılması puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.15).

Araştırmaya katılan kadınlardan yataktan kalktığına idrar kaçıranlarda yaşam kalitesi puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Merdiven çıkarken idrar kaçıranlarda davranışların sınırlandırılması puanlarının düşük olduğu diğer alt alan ölçek puanlarında evet-hayır diyenler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Bir şeyler kaldırırken, fiziksel aktivite yaparken, sportif aktivite yaparken idrar kaçıranların ve kaçırmayanların arasında puanlar açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Cinsel ilişki sırasında idrar kaçıranlar ile kaçırmayanlar arasında davranışların sınırlandırılması puanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte evet diyenlerde puanların daha düşük belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.16).

Ped testi sonucunda miktar arttıkça davranışların sınırlandırılması puanları anlamlı derecede düşük saptanmıştır ($p<0,05$). İdrar miktarı ile diğer puanlar arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.17).

Kadınların eğitim öncesi davranışların sınırlandırılması alt boyutu ortalaması 22.5 ± 6.3 iken, eğitim sonrası bu ortalama 28.9 ± 6.5 'e yükseldiği saptanmıştır. Eğitim öncesi psikososyal etkilenme alt boyutu ortalaması 27.3 ± 7.4 iken eğitim sonrası 34.7 ± 6.6 olduğu saptanmıştır. Eğitim öncesi sosyal izolasyon alt boyutu ortalaması 10.6 ± 4.0 iken, eğitim sonrası 16.5 ± 4.2 'ye yükseldiği tespit edilmiştir.

Eğitim sonrasında son test puanlarının ön test puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.18).

7. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar ve literatür doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Yaşlı nüfusun artması ile birlikte Üİ sorununun artış göstereceği bir gerçektir. İnkontinansın gelişimini önlemek veya var olan inkontinans şikayetini tedavi etmek için tüm kadınlara eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmeli ve bunun yaygınlaşması sağlanmalıdır. Hemşireler kadınların risk faktörlerine maruz kalmasını önleyerek ya da azaltarak inkontinanstan korunmayı sağlamalıdır.
- Hemşirelerin inkontinans bakımında aktif olarak rol alması sağlanmalı ve bu alanda uzmanlaşmalarını sağlayan eğitim programları düzenlenmeli.
- Hastanelerde inkontinansın önlenmesine yönelik eğitim kitapçıkları geliştirilmeli, broşürler ve CD'ler hazırlanmalı, pelvik egzersizlerin uygulanması, inkontinansın tanınması ve gerekli testlerin uygulanması için uygun ortam oluşturulmalı, ekip çalışması yapılmalıdır.
- Çalışma farklı kuruluşlarda tekrarlanmalı ve pelvik egzersizlerin uzun vadede sonuçları değerlendirilmelidir.

8. ÖZET

STRES ÜRİNER İNKONTİNANS TANISI ALAN KADINLARA VERİLEN EĞİTİMİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Araştırma; stres üriner inkontinans tanısı alan kadınların yaşam kalitesini yükseltmek amaçlı verilen eğitimin etkinliğini değerlendirmek için yapılmış olan prospektif bir yarı deneysel çalışmadır. Araştırmanın örneklemine, 19.12.2008 -17.04.2009 tarihleri arasında araştırmanın yapıldığı hastanenin üroloji polikliniğine başvuran, örneklem seçim kriterlerine uygun özellikleri taşıyan, araştırmaya katılmayı kabul eden rastgele olarak seçilen 40 kadın oluşturmuştur. Çalışma süresi içerisinde iletişim kayıtlarındaki değişikliklerden dolayı 4 hastaya ulaşılamamıştır. 36 hasta ile araştırma tamamlanmıştır.

Çalışmanın verilerini elde etmek için, uygulama öncesi tanıtıcı anket formu, yaşam kalitesi ölçeği, eğitim kontrol listesi hastalara sorularak araştırmacı tarafından doldurulmuştur. İnkontinansın varlığı ve şiddeti ped testi ile değerlendirilmiştir. Hastalara eğitim kitapçığı doğrultusunda eğitim verilmiş ve pelvik egzersizler uygulanmıştır. Hastalar 6 hafta sonra telefonla aranmıştır. Hastaların yaşam kalitelerinde iyileşme olup olmadığını değerlendirmek için inkontinans yaşam kalitesi ölçeği (I-QOL) tekrar uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 12 paket programı yardımı ile değerlendirilmiştir.

Elde edilen verilere göre araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 55.86 ± 11.1 bulunmuştur. Kadınların ped testi ortalaması 24.72 ± 20.0 'dir. Kadınların hiçbirisi daha önce eğitim almamış ve sadece %4'ü ilaç tedavisi almıştır. Stres üriner inkontinansın yaşam kalitesine

etkisi inkontinans yaşam kalitesi ölçeği (I-QOL) ile değerlendirilmiştir. Kadınların eğitim öncesi davranışların sınırlanması alt boyutu ortalaması 22.5 ± 6.3 iken, eğitim sonrası bu ortalama 28.9 ± 6.5 'e yükselmiştir. Eğitim öncesi psikososyal etkilenme alt boyutu ortalaması 27.3 ± 7.4 iken eğitim sonrası 34.7 ± 6.6 olmuştur. Eğitim öncesi sosyal izolasyon alt boyutu ortalaması 10.6 ± 4.0 iken, eğitim sonrası 16.5 ± 4.2 'ye yükselmiştir. Eğitim sonrasında ön test puanlarının son test puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p < 0.05$).

Araştırma sonuçları, stres üriner inkontinans tanısı alan kadınlara verilen eğitimin yaşam kalitelerini arttırdığını göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Stres Üriner inkontinans, pelvik taban egzersizleri, ped test, yaşam kalitesi

9. ABSTRACT

THE ANALYSIS OF THE EFFECT OF THE EDUCATION GIVEN TO THE WOMEN DIAGNOSED AS STRESS URINARY INCONTINANCE

This is a prospective semi-experimental study that aims to assess the efficiency of education given to increase the life quality of the women diagnosed as SUI. The research group consists of forty women who applied to the urology polyclinic of the hospital in which the research were conducted between the dates 19.12.2008 and 17.04.2009, have the right criteria for the study, accepted to join to the study and were chosen casually. During the study, four of the patients could not be reached because of the changes in contact information. The study was completed with 36 patients.

To collect the data of the research, the pre-application initiatory survey sheet, quality of life scale, education control list were filled by being asked to the patients by the researcher. The presence and intensity of incontinence was assessed by the pad test. The patients were trained in accordance with the training booklet and pelvic exercises were carried out. Six week later, the patients were called by phone. I-QOL scale was applied once more to assess if there had been any improvement in incontinence QOL. The collected data were evaluated with the help of the SPSS-12 soft ware.

The average age of the women who participated was 55.86 ± 11.1 . The average of the pad test of the women was 24.72 ± 20.0 . None of the women had not been trained before and only 4 % of them had medical treatment. The effect of the stress urinary incontinence on the quality of life was evaluated by I-QOL scale. While the average of sub-dimension of the limitation of women's pre-education attitudes was 22.5 ± 6.3 , the post-

education average increased to 28.9 ± 6.5 . While the average sub-dimension of pre-education psychosocially being affected was 27.3 ± 7.4 , post-education average increased to 34.7 ± 6.6 . While the average sub-dimension of pre-education social isolation was 10.6 ± 4.0 , post-education average increased to 16.5 ± 4.2 . It was been clearly seen that pre- test scores were significantly higher than last test scores after training.

The outcomes of the research showed that the education given to women who were diagnosed as Stres Urinary Incontinence increased their quality of life.

Key words: SUI, pelvic basal excercises, pad test, I-QOL.

10. KAYNAKLAR

1. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 1997: 439-490.
2. Abrams P, Blavias JG, Stanton, SL, Andersen JT. The standardization of terminology of lower urinary tract dysfunction. The international continence society committee on standardisation of terminology. Scand J Urol Nephrol Suppl 1998;114:5-19.
3. Thomas TM, Plymat KR, Blenkins J, Meade TW. Prevalence, continence. Br med J, 1980; 281 (6250): 1243-5.
4. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültan-liyezon psikiyatrisi. İstanbul.Roche İlaç Sanayi; 1993.
5. Ouslander JG. Urinary incontinence in nursing homes. J Am Geriatr Soc 1990; 38:289-291.
6. Diokno AC, Brock BM, Brown MB et al. Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the noninstitutionalized elderly. J Urol, 1986; 136:1022.
7. Schnelle JF. Treatment of urinary incontinence in nursing home patients by prompted voiding. J Am Geriatr Soc 1990; 38: 356-60.
8. Wolen LH. Incontinence in young healthy nulliparous women. J Urol 1969; 101: 545-549.
9. Adams C, Frahm J. Genitourinary system in "saunders manual of physical therapy practice". Philadelphia:W.B.Saunders Company; 1995: 459-504.
10. Shah J, Leach G, Üriner inkontinans, edit. Uzm. Dr. Arif Nihat Dursun;2001

11. K k G, Őenol N, Aky z A. GATA Jinekoloji polikliniğine başvuran 20 yaş  st  kadınların üriner inkontinans aÇısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi. G lhane Tıp Derg. 2006; 148: 132-136.
12. Breakwell SL, Walker N.S. Differences in physical health, social interaction, and personal adjustment between continent and incontinent housebound aged women. J Commun Health Nurs 1988; 5: 19–31.
13. Kutner NG, Schechtman KB, Ory MG, et al. Older adults' perceptions of their health and functioning in relation to sleep disturbance, falling, and urinary incontinence. J Am Geriatr 2000; 25-35.
14.First International conferance fort he prevention of incontinence. Consensus Statement, Danesfield House, United Kingdom, 1997 June: 25-27.
15. Hunskaar S, Sandvik H. One hundred and fifty men urinery incontinence 3. pysychosocial consequences. Scand J Prim Healthcare 1993; 11 (3):193-6.
16. Fantl JA, Newman DK, Colling. Urinary incontinence in adults. Acute and Chronic management. Clin prac guideline 1996; 2: 10-15.
17. Yip K.S, Cardozo L.Psychological morbidty and female urinary incontinence. Clin Geriatr Med. April 2007; 21 (2): 321-329.
18. Lam GW, Foldspang A, Elving LB, Mommsen S. Social context, social abstention, and problem recognition correlated with adult female urinary incontinence. Dan Med Bull 1992; 39(6): 565-70.

19. Siracuano S, Pregazzi R, d'Aloa G, Sartore A, Di Benedetto P, Pecorori V, Guoschiono S, Appagallo G, Belgrono E. Prevalence of urinary incontinence in young and middle – aged women in an Italian Urban area. *Eur. J. Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 107 (2): 201-4.
20. Black NA, Griffiths JM, Pope C et al. Sociodemographic and symptomatic characteristics of women undergoing stress incontinence surgery in the UK. *Br J Urol* 1996 Dec; 78(6): 848-855.
21. Shaw C A. Systematic review of the literature on the prevalence of sexual impairment in woman with urinary incontinence and the prevalence of urinary leakage during sexual activity. *Eur Urol* 2002; 42: 432-440.
22. Ouslander JG, Zarit SH. Incontinence among elderly community-dwelling dementia patients; characteristics, management and impact on caregivers. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 440-444.
23. Resnick NM. Urinary incontinence, *Lancet* 1995; 346: 94-99.
24. Wagner TH, Hu TW. Economic costs of urinary incontinence in 1995. *J Urol* 1998; 51 (3): 355-61.
25. Simenova Z, Milsom I, Kullendorff Am, Molander U, Bengtsson C. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999 Jul; 78(6): 546-51.
26. Norton PA. Prevalence and social impact of urinary incontinence in women. *Clin Obstet Gynecol* 1990 June; 33(2).
27. Dr. Ateşkan Ü, Dr. Mas RM, Dr. Doruk H, Dr. Kutlu M. Yaşlı türk popülasyonda üriner inkontinans. 2000; 3(2):45.

28. Wong T, Lau BYT, Mak HL, et al. Changing prevalence and knowledge of urinary incontinence among Hong Kong Chinese women. *Int Urogynecol J* 2006; 593–597.
29. Eriksen BC, Eik-Nes SH. Long-term electrostimulation of the pelvic floor primary therapy in female stress incontinence. *Urol Int* 1989; 44: 90-95.
30. Glavind K, Laursen B, Jacuet A. Efficacy of Biofeedback in treatment of Urinary Stress incontinence. *Int Urogynecol J* 1998; 9: 151-153.
31. Adams C, Frahm J. Genitourinary system in "saunders manual of physical therapy practice". W.B.Saunders Company Philadelphia 1995; 459-504.
32. Holmes C. Health care and quality of life: a review. *JAN* 1989; 14(18): 833-839.
33. Barlett E.E. Cost benefits analysis of patients education. *Pub.Med* 1995; 26 (1-3): 87-91.
34. Aslan E. Stres inkontinansında ped testin önemi ve bu sorunun yaşam kalitesine etkisi, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1999.
35. Cardoza L. Livingstone C. *Urogynecology*. New York; 1997. p.673-687.
36. Cardoza L. *Urogynecology the king's approach*. Pear Profes limit, New York, Edinburg, London, 1997.
37. Bo K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomized controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones and no treatment in management of genuine stress incontinence in women 1999. *BMJ*; 318:487-493.

38. Burgio KL, Matthews KA, Engel BT. prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy middle aged women. J Urol 1991;146: p. 1255-1259.
39. Aslan E. Huzurevinde yaşayan üriner şikayetleri olan kadınlarda mesane eğitimi ve kegel egzersizlerinin etkinliği. Doktora. İstanbul. Marmara Üniversitesi; 2005.
40. Ed. Doç. Dr. Beji K. Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu; 2002.
41. Güner H, Yazıcı F G. Kadın genital sistemi ve pelvik taban anatomisi. Ürojinekoloji. 1. Baskı., Ankara: Atlas Kitapçılık Tic. Ltd. Şti; 2000: 10-12.
42. Raz S, Stothers L, Chopra A. Vaginal reconstructive surgery for incontinence and prolapse. in Walsh C P, Retik A B, Vaughan E D, Wein A J. Eds. Campbell's Urology. 7th Ed. USA: Saunders Company; 1998: 1060-1092.
43. Wahle G R, Young G P H, Raz S. Anatomy and pathophysiology of pelvic support. Female Urology. 2nd Ed. Philadelphia: WB Saunders Comp; 1996: 57-72.
44. Dorschner VV, Biesold M, Schmidt F, Stolzenburg JU. The dispute about the external sphincter and the urogenital diaphragm. J Urol 1999;162:1942-5.
45. Aksoy E.H. Stres inkontinans tedavisinde transobturator tape uygulaması ve kısa dönem sonuçları. Uzmanlık tezi. İstanbul; Ocak 2006.
46. Arıncı K, Elhan A. Anatomi. 2. Baskı. Cilt 1. Ankara: Güneş Kitabevi; 1997:401-414.

47. McGuire E J, Lytton B, Pepe V, Kohorn E L. Stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1976; 47: 255.
48. Versi E, Cardozo LD, Studd JW, Brincat M, O'Dowd TM, Cooper DJ. Internal urinary sphincter in maintenance of female continence. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986; 292(6514): 166-7.
49. Thind P. The significance of smooth and striated muscles in sphincter function of the ürethra in healty women. *Neuro Urodyn* 1995;14:585.
50. Anderson KE. Pharmacology of lower urinary tract smooth muscles and penile erectile tissues. *Pharm Rev* 1993; 45(3): 253-308.
51. De Groat, Booth WC, Yoshimura AM. Neurophysiology of micturition and its modification in animal models of human disease. The autonomic nervous system, nervous control of the urogenital system. London: Harwood Academic Publishers;1993; Vol. 3: pp. 227-290.
52. Thor KB, Morgan C, Nadelhaft I, Houston M, De Groat WC. Organization of afferent and efferent pathways in the pudendal nerve of the female cat. *J Comp Neurol* 1989; 288(2): 263-79.
53. Sivrioğlu K. Mesane anatomisi ve işeme fizyolojisi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fak Fizik Tıp ve Rehab Derg 2005.
54. Blaivas JG, Appell RA, Fantl JA, Leach G, McGuire EJ, Resnick NM, Raz S, Wein AJ. Definition and classification of urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic Society. *Neuro Urodyn* 1997;16(3):149-51.
55. Appel RA, Badlani G, Hadlet HR, Rackley RR. A practical approach to female urinary incontinence and prolapse. AUA postgraduate course handout 1999.
56. Hosker G. Assesment of women with stres incontinence. 35th. ICS annual meeting course handout; 2005.

57. De Lancey J. Anatomy. In Cardoza L, Staskin D eds. Textbook of female urology and urogynaecology. London: Martin Dunitz Ltd; 2002: p.111-124.
58. Haab F, Zimmern PE, Leach GE. Female urinary incontinence due to intrinsic sphincteric deficiency recognition and management. J Urol 1996; 156: 3-17.
59. McGuire EJ, O'Connell HE. Leak point pressures in stress urinary incontinence. Atlas of urodynamics. Baltimore USA: Williams and Wilkins; 1996: 208-213.
60. Blaivas JG. Neurourology and Urodynamics, Principles and Practice: New York, Macmillan; 1988.
61. İtil İM. Alt üriner sistem disfonksiyonu ve pelvik organ prolapsusunda sınıflamalar. Ürojenekoloji. Ankara: Atlas Kitapçılık; 2000: s. 29-36.
62. Jerry GB, Lauri JR, Dianne MH. Urinary incontinence: pathophysiology, evaluation, treatment overview and nonsurgical management. In Walsh CP, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ Eds. Campbell's Urology. 7th Ed. USA: Saunders Company; 1998: 1007-1036.
63. Bump RC. Epidemiology of urinary incontinence. Urology 1997; 50(suppl): 15-16.
64. Arıkan N, Küpeli S, Yaman LS, Işıkkay L, Serel TA. İnkontinansı olan kadında detrüsr instabilitesi insidansı: Klinik analiz ve tanı yaklaşımları. Ürol Bül 1992; 3: 214-218.
65. Zorn B, Steers WD. Risk factors for urinary incontinence in women. Contemp Urol 2000; 12: 44-63.
66. Hampel C, Wienhold D, Benken N. Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. J Urol 1997; 50: 4-14.

67. Lara C,Nacey j. Ethnic differences between Maori,Pacific Island and European New Zealand women in prevalence and attitudes to urinary incontinence.N Z Med J.
68. Snooks SJ,Swash M,Setchell M,Henry MM. Injury to innervation of pelvic floor sphincter musculature in childbirth.Lancet 1984; 1: 546-550.69. Allen RE,Hosker GL,Smith ARB,Warrel DW.Pelvic floor damage and childbirth: A neurophysiological study.Br j Obstet Gynaecol 1990; 97: 770-779.
70. Resnick NM. Geriatric incontinence.Urol Clin North Am,1996; 23(1): 55-74.
71. Bergman A,Bhatia NN.Urodynamic appraisal of the Marshall-Marchetti test in women with stress urinary incontinence. J Urol 1987; 29: 458-462.
72. Christensen SJ,Colstrup H,Hertz JB,et al.Inter and intra-departmental variations of the perineal pad weighing test.Neuro Urolyn 1986; 5:23- 28.
73. Victor A,Larsson G,Absrink A,A simple patient administered test for objective quantification of the symptom of urinary incontinence.Scand J Urol Nephrol 1987; 21-27: 277-279.
74. Groutz A,Blavias JG,Chaikin DC,et al. Non-invasive outcome measures of urinary incontinence and lower urinary tract symptoms: A multicenter study of micturition diaries and pad tests. J urol 2000; 164: 698-701.
75. Lose G,Jorgensen L,Thunedborg P,24-Hour home pad weighing test versus 10 hour ward test in the assessment of mild stress incontinence.Acta Obstet Gynecol Scand 1989; 68: 211-215.
76. Adams C, Frahm J. Genitourinary system. In "saunders manual of physical therapy practice". Philadelphia: W.B. Sound Comp; 1995: 459-504.

77. Heritz DM, Blaivas JG. Reliability and specificity of the leak point pressure. J Urol 1995; 153: 492.
78. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscle. Am J Obstet and Gynaeco 1948; 56: 238-248.
79. Wise B. Physiotherapy. Ed: Cardoza L. Urogynecology. New York;1997: p.583-594.
80. Kari T. Longh Term effect of Pelvic floor muscle exercise 5 years after cessation of organized training. J Obstet and Gynaeco 1996; 87: 261-5.
81. Sherman RA, Davis GD, Wong MF. Behavioral treatment of exercises induced urinary incontinence. J Med 1997; 162(10): 690-94.
82. Demirci H, Kızılkaya BN. Üriner inkontinans tedavisinde uygulan Konservatif tedavi yöntemleri. Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı. 1. Baskı. İstanbul:Emek Matbaacılık; 2002: s.102-108.
83. Burgio KL, Robinson JC, Engel BT. The role of biofeedback in Kegel exercise training for Stress Incontinence. Am J Obstet and Gynaeco 1986; 154: 58-64.
84. Brubaker L, Benson JF, Bent A. Transvaginal electrical stimulation for female urinary incontinence. Am J Ob Gyn 1997; 177(3): 537-540.
85. Fıncioğulları Y. Stres üriner inkontinans tedavisinde tension-free vaginal tape operasyonu ve uzun dönem takip sonuçları. Uzmanlık tezi.İstanbul:İstanbul Eğitim ve Araştırma Hast; 2006.
86. Moles A,Bilgin N.Yaşam kalitesi ve çevresel istikrarsızlık.Seminer 3.Bornova; 1984: 113-121.

87. Bilgin N,Ergenç A,Timurcanday Ö. Bireylerce algılanan şekliyle yaşam kalitesi. Seminer 3. İzmir,1984:157-169.
88. Yetim Ü.Yaşam kalitesi kavramlarına ve araştırmalarına toplu bakış.Seminer 3. İzmir; 1984: 133-155.
89. Schoeder A. Home visiting outcomes and quality of life measures. J of Com Health Nurs 1991; 8(4): 207-214.
90. Bilgili N,Akın B,Ege E,Ayaz S. Kadınlarda uriner inkontinans sıklığı ve etkileyen risk faktorleri. Türkiye Klin J Med Sci 2008; 28: 487-493.
91. Pınar R. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi. Sendrom. Eylül 1997;9(9): 117-123.
92. Karacam, Z. Kadınlarda üriner inkontinans gelişimini önlemede davranışsal tedavi yöntemleri ve hemşirenin rolü. Sendrom; 112-116.
93. Zaccardi JE, Cox SB. Evaluation & management incontinence. AWHONN Lifelines 2004; 8(4): 326-332.
94. Atilla S.Toplumda beslenme sorunlarının saptanmasında yöntemler teknik rapor.Halk Sağlığı Kurumu Derneği Ve Sosyal Yardım Vakfı yayını.Ankara:1996;s.9-24.
95. Güner H. Üriner inkontinanslara genel bakış. Ürojinekoloji 2000: 19.
96. Kocaöz S. Gebelik döneminde stres üriner inkontinans önlemeye yönelik uygulanan pelvik taban kas egzersizlerinin doğum sonrası etkinliğinin incelenmesi, Doktora tezi.Ankara.Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
97. Eskiuyurt N, Karan A. Üriner inkontinanstaki fizik tedavi ve rehabilitasyon. Ankara: Atlas Kitapçılık;2000.

98. Bektaş AH. Emek sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kadınlarda stres üriner inkontinans yaygınlığı ile ilişkili faktörlerin incelenmesi. Yüksek lisans. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2007.
99. Ekin M. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women of reproductive and postmenopausal age groups. J Ank Med High Sch; 26(1): 2004.
100. Elving L B, Foldspang A, Lain OW, Mommsen S. Descriptive epidemiology of urinary incontinence in 3100 women age 30-59. scand. Urol Nephrol 1989; 1255:37-43.
101. Jolleys JV. Reported prevalence of urinary incontinence in women in general practice. Br Med J 1988; (296):1300.
102. Kondo A, Kato K. Prevalence of hand washing urinary incontinence in healthy subjects in relation to stress and urge incontinence. Neurourol Urodynam. 1992; (11):519.
103. Milsom I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskoug B. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. J Urol 1993; 149: 1459-1462. 104. 105.
104. Mutlu S. Üriner inkontinanslı hastalarda anamnez ile ürodinami bulgularının karşılaştırılması. Uzmanlık. İstanbul. Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2005.
105. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S; Norwegian EPINCONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. N Engl J Med 2003; 348: 900-907.
106. Baloğlu A, Malay U, Güven M, Mesane boynu mobilitesinde ve üriner inkontinans gelişimine etkileri yönünden vajinal doğum ve sezeryan doğumun karşılaştırılması. Tur J of Ger derg 2003; 13(1): 41-7.
107. Parazzini F, Colli E, Origgi G, et al. Risk factors for urinary incontinence in women. Eur Urol 2000; 37: 637-643.

108. Skonner MM, Thomson WD, Caren VA. Factors associated with risk of urinary incontinence in women. *Nurs Res* 1994; 43(5).
109. Rasmussen KL. Obesity as a predictor of postpartum urinary symptoms. *Acta Obstet Gynecol* 1997; 76(4): 359-62.
110. Kızılkaya N, Yalçın Ö, Ayyıldız H. Kadınlarda stres üriner inkontinans risk faktörlerinin belirlenmesi. I. Ulusal üro-jinekoloji kongresi bildirileri. İstanbul; 1999.
111. Güler CT. Doğurgan çağda kadınlarda görülen üriner inkontinansın sağlık, sosyal, seksüel ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. Yüksek lisans. Denizli; 2006.
112. Barber MD, Spino C, Janz KN, Brubaker L, Nygaard I et al. The minimum important differences for the urinary scales of the pelvic floor distress inventory and pelvic floor impact questionnaire. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200: 580.
113. Dwyer PL. Obesity and urinary incontinence in women. *Br J Obstet Gynecol*. 1998; 95(1): 91-6.
114. Liao MY, Yang YC, Kao CC, Dougherty, M Lai HY. Prevalence and impact on quality of life of lower urinary tract symptoms among a sample of employed women in Taipei: A questionnaire survey. *Inter J Nurs Stud* 2009; 46: 633–644.
115. Sampsel CM, Harlow SD, Skurnick J, Brubaker L, Bondarenko L. Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 1230-8.
116. Danforth NK, Townsend KM, Lifford K, Curhan CG, Resnick M.N, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194: 339–45.
117. Lasserre A, Pelat C, Gueroult V, Hanslik T. Urinary incontinence in french women: prevalence, risk factors, and impact on quality of life. *Euro Urol* 2007; p.7.

118. Zengin N. idrar kaçıran kadınlarda hemşirelik eğitimi ve davranışsal tedavinin konfor, pelvik taban egzersizi uygulaması,öz etkililik algısı ve yaşam kalitesine etkisi.Doktora.Marmara Üniversitesi; 2008.
119. Benlioğlu C. Kahramanmaraş il merkezli on beş yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans prevalans çalışması. Uzmanlık. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2006.
120. Huang AJ, Brown JS, Kanaya AM, Creasman JM, Ragins AI, van Den Eeden SK, Thom DH. Quality-of-life impact and treatment of urinary incontinence in ethnically diverse older women. Arch Intern Med 2006; 9(18): 2000-6.
121. Özerdoğan N. Kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesi. Hem Derg 2003; 13(51): 87-92.
122. Simenova Z, Milsom I, KulIndorff AM, Molandeer U, Bengtsson C. The prevalance of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban swedish population. Acta Obstet Gynecol Scand 1999 Jul; 78(6): 546-51.
123. KimJ. Continence efficacy intervention program for community residing women with stres urinary incontinence in Japan. Pub Health Nurs 2001;18;64-72.
124. Özerdoğan N, Kızılkaya NB. Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinansın prevelansı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi, Hem Derg; 13:51.
125. Sarı D. Pelvik taban kas egzersizinin üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Doktora. İzmir. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
126. Bovbjerg.EV,TrowbridgeRE, Barber DM, Martirosian ET. Patient-centered treatment goals for pelvic floor disorders: association with quality-of-life and patient satisfaction. J Obstet Gynecol 2009; 200:568.

127. Cammu H, Van-Nylen M, Amy JJ.A 10-year follow-up after kegel pelvic floor muscle exercises for genuine stres incontinence. BJU International 2000; 85: 655-658.

11.EKLER

EK I.

KİŞİSEL BİLGİLER:

1.Adı soyadı:

2.Yaşı:

3. Boyunuz:

BKİ:

Kilonuz:

4. Eğitim durumunuz nedir?

a) ilkokul

b) Ortaokul

c) Lise

d) Yüksekokul – Fakülte

e) Diğer.

5. Mesleği / işi:

6. Medeni durumunuz nedir ?

a) Evli

b) Bekar

c)Dul / Boşanmış

7. Doğumsal özellikleri:

Gebelik sayısı:	Düşük doğum
Doğum sayısı:	Kürtaj:
Normal doğum:	İri bebek doğumu (4 kilo ve üstü):
Sezeryan:	Vakum/forseps:

8. İdrar kaçırma probleminiz ne zaman başladı?

9. İdrar kaçırma şikayetiniz şimdiye kadar arttı mı?

- a) Evet
- b) Hayır

10. İdrar kaçırdığınız için iç çamaşırsınız ıslanıyor ya da ped kullanmak zorunda kalıyor musunuz?

- a) Hayır
- b) Evet (Günde ped değiştiriyorum)

11. Geçirdiğiniz pelvik bir ameliyat var mı?

- a) Yok
- b) Ürojinekolojik
- c) TAH-BSO (rahimin ve yumurtalıkların alınması)
- d) Vajinal histerektomi
- e) Diğer

12. Aşağıda belirtilen aktiviteler esnasında hiç altınızın ıslandığı veya idrar kaçırdığınız oldu mu?

Evet

Hayır

Öksürme.....
Hapşırma.....
Gülme.....
Yataktan kalkma.....
Merdiven çıkma.....
Bir şeyler kaldırma (Ağır alışveriş çantaları)...
Fiziksel aktivite (Acil otobüse yetişme).....
Zinde kalma/sportif aktivite.....
Cinsel ilişki.....

13. Genelde kaçırdığınız idrar miktarını nasıl anlatırsınız?

- a) Nemli/birkaç damla
- b) Islak/az miktarda
- c) Oldukça ıslak/1 fincan
- d) Çok ıslak sıkacak kadar

14. Sigara kullanma durumunuz nedir?

- a) Kullanmıyor
- b) Günde.....adet

15. Alkol kullanıyor musunuz?

- a)Kullanmıyor
- b) Günde.....kadeh

16.Kafeinli içecek alır mısınız?

- a) İçmiyor
- b) Günde.....fincan

17. Günlük içtiğiniz sıvı miktarı:

..... su bardağı içiyorum.

18. Kronik kabızlığınız var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

19.İdrar kaçırma şikayetiyle daha önce hiç doktora ya da sağlık kurumuna başvurmuş muydunuz?

- a)Evet
- b)Hayır

20. Bugüne kadar hastalığınıza yönelik bir eğitim aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır (22.soruya geçiniz)

21. Eğitimi kimden aldınız?

- a) Doktor
- b) Hemşire
- c) Fizyoterapist
- d) Diğer.....

22. Bugüne kadar herhangi bir tedavi yönteminden yararlandınız mı?

- a) Hayır
- b) İlaç tedavisi
- c) Ameliyat
- d) Davranışsal tedavi yöntemleri (biofeedback, pelvik taban kas egzersizleri.....)
- e) Birden fazla.....

EKII.

İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ (I-QOL) ANKETİ

1.Zamanında tuvalete yetişememe endişesi duyuyorum.

1- Çok fazla 2- Oldukça 3- Orta düzeyde 4- Biraz 5- Hiç

2.Öksürürken ve hapşırırken endişeleniyorum.

1- Çok fazla 2- Oldukça 3- Orta düzeyde 4- Biraz 5- Hiç

3.Oturduktan sonra ayağa kalkarken dikkatli olmam gerekiyor.

1- Çok fazla 2- Oldukça 3- Orta düzeyde 4- Biraz 5- Hiç

4. İlk kez gittiğim yerlerde, tuvaletlerin nerede olduğu ile ilgili endişe yaşıyorum.

1- Çok fazla 2- Oldukça 3- Orta düzeyde 4- Biraz 5- Hiç

5. Kendimi bunalımda (depresif) hissediyorum.

1- Çok fazla 2- Oldukça 3- Orta düzeyde 4- Biraz 5- Hiç

6.Kendimi evimden uzun süre ayrılabilir kadar özgür hissetmiyorum.

1- Çok fazla 2- Oldukça 3- Orta düzeyde 4- Biraz 5-Hiç

7. İdrar kaçıırma sorunum yapmak istediklerimi engellediği için, hayal kırıklığı yaşıyorum

1- Çok fazla 2- Oldukça 3- Orta düzeyde 4- Biraz 5-Hiç

8. Başkaları bende idrar kokusu alacak diye endişe yaşıyorum.

1- Çok fazla 2- Oldukça 3- Orta düzeyde 4- Biraz 5-Hiç

9. İdrar kaçıırma sorunum sürekli kafamı meşgul ediyor.

1- Çok fazla 2- Oldukça 3- Orta düzeyde 4- Biraz 5- Hiç

10. Tuvalete sık gidip gelmek benim için gereklidir.

1- Çok fazla 2- Oldukça 3- Orta düzeyde 4- Biraz 5-Hiç

11. İdrar kaçıırmamdan dolayı her ayrıntıyı önceden planlamam gerekiyor.

1- Çok fazla 2- Oldukça 3- Orta düzeyde 4- Biraz 5-Hiç

12. Yaşlandıkça idrar kaçıırma sorunum, daha da kötüleşmesinden endişe duyuyorum.

1- Çok fazla 2- Oldukça 3- Orta düzeyde 4- Biraz 5-Hiç

13. Geceleri iyi uyumakta zorluk çekiyorum.

1- Çok fazla 2- Oldukça 3- Orta düzeyde 4- Biraz 5-Hiç

14. İdrar kaçırmamdan dolayı utanma ya da küçük düşme endişesi yaşıyorum.

1- Çok fazla 2- Oldukça 3- Orta düzeyde 4- Biraz 5-Hiç

15. İdrar kaçıрма sorunun bana sağlıklı bir insan olmadığım hissini veriyor.

1- Çok fazla 2- Oldukça 3- Orta düzeyde 4- Biraz 5-Hiç

16. İdrar kaçıрма sorunun benim kendimi çaresiz hissetmeme yol açıyor.

1- Çok fazla 2- Oldukça 3- Orta düzeyde 4- Biraz 5-Hiç

17. İdrar kaçıрма sorunumdan dolayı, hayattan daha az zevk alıyorum.

1- Çok fazla 2- Oldukça 3- Orta düzeyde 4- Biraz 5-Hiç

18. Altımı ıslatacağım diye endişe yaşıyorum.

1- Çok fazla 2- Oldukça 3- Orta düzeyde 4- Biraz 5-Hiç

19. İdrar kesemi kontrol edemiyordum gibi hissediyorum.

1- Çok fazla 2- Oldukça 3- Orta düzeyde 4- Biraz 5-Hiç

20. İhtiklerimi takip etmek zorundayım.

1- Çok fazla 2- Oldukça 3- Orta düzeyde 4- Biraz 5-Hiç

21. İdrar kaçırma sorunun giysi seçimimi sınırlıyor.

1- Çok fazla 2- Oldukça 3- Orta düzeyde 4- Biraz 5-Hiç

22. Cinsel ilişkiye girmekten endişe duyuyorum.

1- Çok fazla 2- Oldukça 3- Orta düzeyde 4- Biraz 5-Hiç

EK III

PED TESTİ

Hastaya önceden ağırlığı bilinen bir ped verilerek 500 ml sıvı içirilir. Hasta oturmuş pozisyonunda ve istirahatte olmalıdır.

30. dakikada hasta yürütülür.

45. dakikada hastaya aktivite yaptırılır (10 kez oturup-kalkma, 10 kez öksürme, 1 dk. koşma, yerden nesneleri toplama ve el yıkama).

60. dakikada ped alınır ve hassas terazi ile tartularak pedin ağırlığı saptanır.

Değerlendirme kriterleri:

- <2 gr. ise : kuru,
- 2-10 gr. arasında ise : hafif- orta idrar kaçırma,
- 10-50 gr arasında ise : ağır idrar kaçırma
- >50 gr. ise : çok ağır idrar kaçırma

Kaynak (76); Ostergard DR, Bent AE. Urogynecology and Urodynamic Theory and practice, Williams&wilkins, London, Four Edition, 1996, p.251-269

EK IV.

HASTA EĞİTİM KONTROL LİSTESİ

Stres Üriner İnkontinans Tanısı Alan Hastanın Eğitim Gereksinimlerinin Kontrol Listesi

Eğitim Oturumunda/Görüşmede Ele Alınacak Konular

Bilmediklerinizi İşaretleyiniz

1. Üriner sistemin yapısı ve işleyişi ()
2. Stres üriner inkontinansın nedeni ve tanımı ()
3. Stres üriner inkontinansda pelvik taban kas egzersizleri
 - Pelvik taban nedir? ()
 - Pelvik taban kas egzersizlerinin yararları nelerdir? ()
 - Pelvik taban kas egzersizleri nasıl yapılır ()
 - Pelvik taban kas egzersizi yaparken dikkat edecek hususlar ()
5. Yeme içmede değişiklikler / sınırlamalar ()
6. Boşaltım alışkanlıkları ()
7. Kilo fazlalığının ve sigara kullanımının stres üriner inkontinansa etkisi ()

EK V.

**STRES ÜRİNER İNKONTİNANS
EĞİTİM REHBERİ**

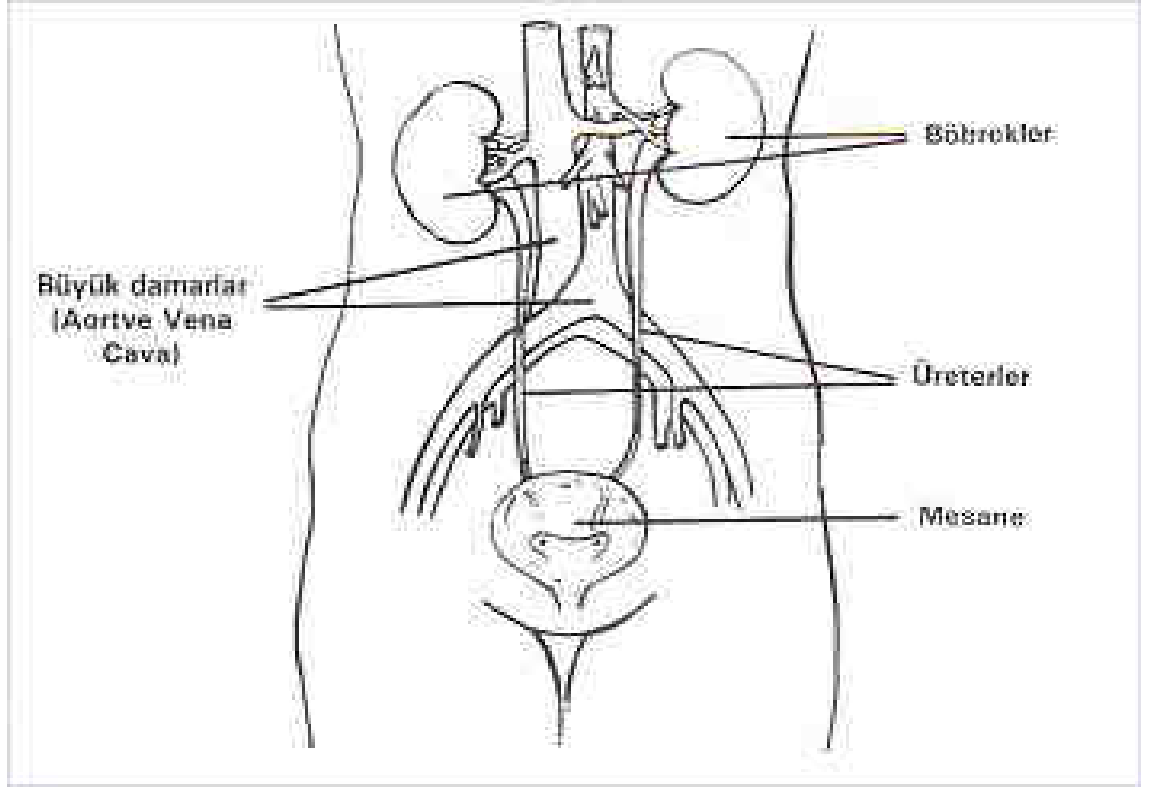


ANKARA -2008
HAZIRLAYAN: NAİLE AKŞİT AKINCI

İdrar kaçıırma, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli bir sorundur. Bu sorun, gebeliğin, doğum yapmanın veya yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak kabul edilmemelidir.

Hazırlamış olduğumuz bu kitapçık, dikkat etmeniz gerekenler ve tedavi seçeneklerinden biri olan pelvik taban kas egzersizleri konusunda bilgiler vermektedir.

Sağlıklı günler dileğiyle.....



ALT ÜRİNER SİSTEMİN YAPI VE FONKSİYONU

Alt üriner sistem; üreterler (idrarı böbreklerden idrar kesesine taşıyan yapı), idrar torbası ve idrar yolu açıklığı olmak üzere dört organdan oluşur.

Üreterler

Üreterler, 12-15 cm uzunluğunda, 4-7 mm çapında hafif yassı böbrekler ve idrar torbası arasında uzanan oluşumlardır. İdrarı böbreklerden idrar torbasına taşırlar.

İdrar torbası

İdrar torbası boşken yassı, doluyken küre biçimindedir. Arkada

rahimin alt kısmıyla ve ön hazneyle bağlanır. Mesane duvarı düz kas demetlerinden oluşur. İdrar yapma isteği, idrar torbasında 150 ml. idrar bulunduğunda hissedilir. İdrar torbasında 300-500 ml idrar bulunduğunda düz kas demetleri uyarılır, idrar torbası kasılır ve iç sfinkter (isteğimiz dışında çalışır) açılarak idrar idrar yolu açıklığına geçer. Sonra dış sfinkter açılarak idrar dışarıya atılır. Dış sfinkter yaklaşık üç yaşından itibaren istemli kontrol altındadır. İdrar yapmak için şartlar uygun olmadığında, kişi isteyerek dış sfinkteri kasar ve idrar yapmaz.

İdrar torbası boynu

Sfinkter yapısı yoktur. Doku tonüsünü yükselterek idrar torbasından idrar kaçışını önler. İdrar torbasındaki düz kas demetleri kasıldığında idrar torbası boynu gevşer ve açılır.

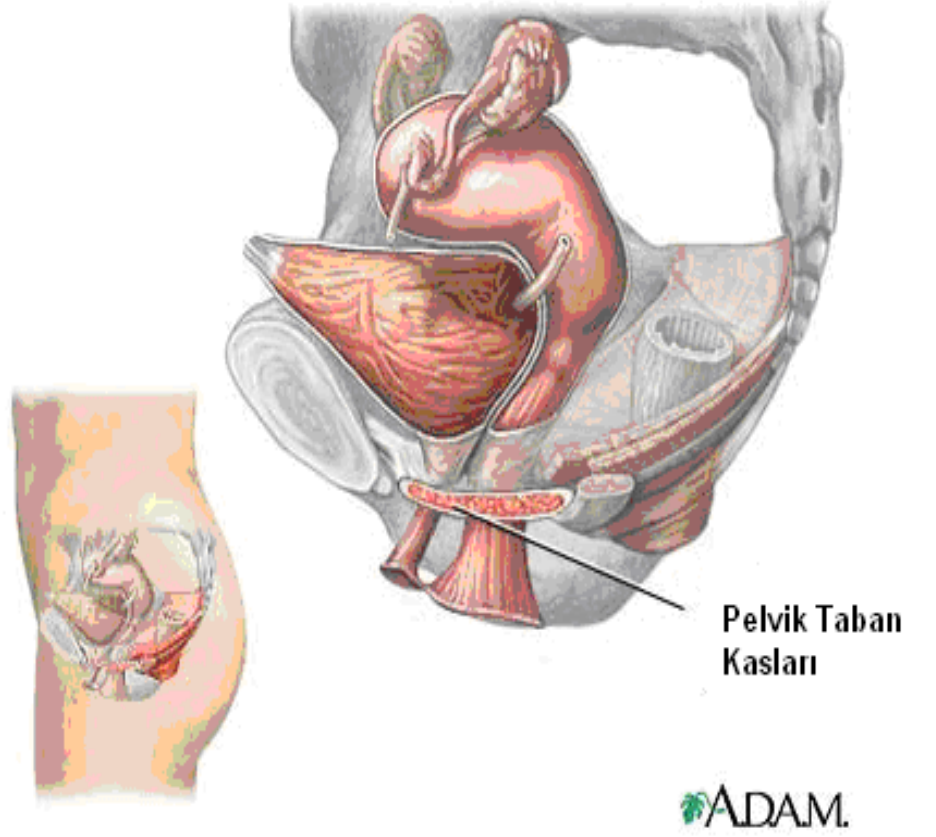
İdrar yolu açıklığı

İdrar yolu açıklığı idrar torbası tabanı ile beden yüzeyi arasında yer alan, idrarın dışarı atılmasını sağlayan tüp şeklindeki bir yapıdır. Kadında idrar yolu açıklığı 4 cm boyunda ve 6mm çapındadır. İki parçası vardır. İçteki parçası idrar yolu açıklığının duvarına yapışık ve duvar içinde uzanır. Dıştaki parçası ise, pelvis tabanını oluşturan diyafram pelvis (levator ani) iskelet kas liflerinden oluşur.

Levator ani kası;

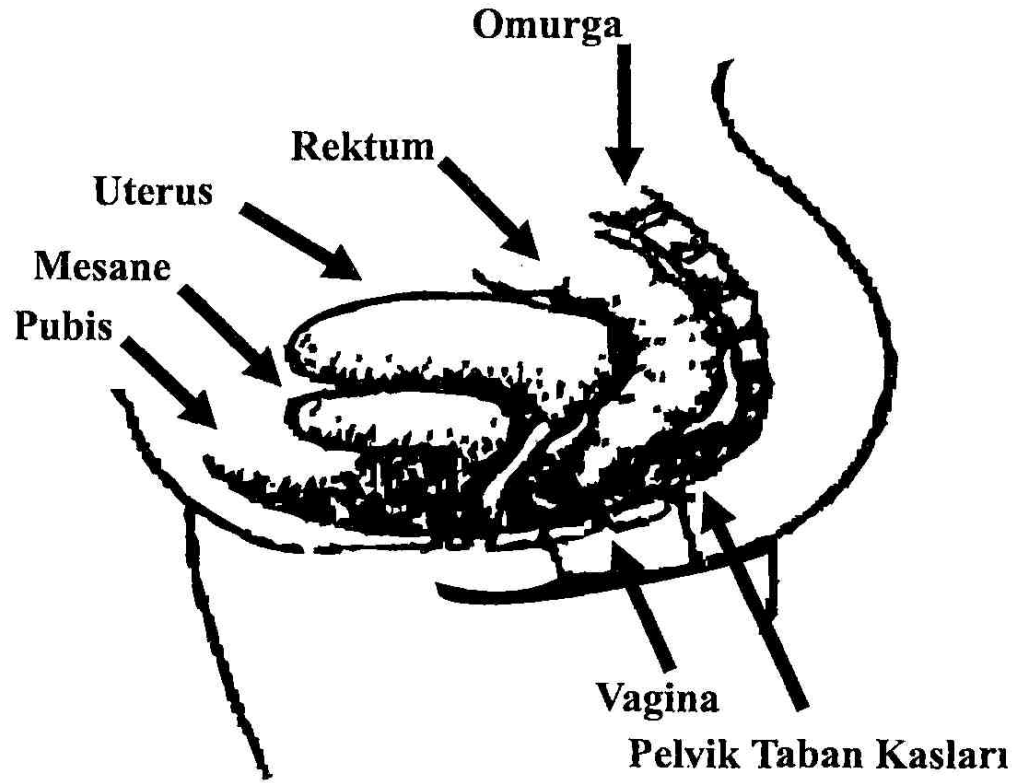
- 1 Karın içi basınç artışında idrar torbası boynu ve idrar yolu açıklığına destek sağlayarak idrar yolu açıklığının kapanmasına katkıda bulunur.
- 2 İşemenin başlangıcında idrar torbası boynunda oluşturulan hareketleri sağlar.
- 3 idrar akışını durdurmak için yapılan eğitimin etkinliğinden sorumludur.

STRES ÜRİNER İNKONTİNANSTA PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİ



PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİ

Pelvik taban nedir?



Pelvik taban, önde pubis kemiği ile arkada kuyruk sokumu arasında hamak şeklinde uzanan kas demetidir. Değişik boylarda, şekillerde ve yönlerdedir. Pelvik tabanda önden arkaya doğru üretra (idrar yolu açıklığı), vagina (hazne) ve rektum (son bağırsak) açıklığı vardır. Bu açıklıkları saran pelvik taban kas grubu çok önemlidir. Bunlar çizgili kaslar olduklarından istemle çalışırlar ve kontrol edilirler.

Görevleri; karın içi ve pelvik organları (idrar torbası, idrar yolu açıklığı, hazne, rahim, son bağırsak) desteklemek, pozisyonunu korumak ve sfinkter kasları (idrar, dışkı kaçırmayı önleyen kaslar) kontrol etmektir.

Doğum, yaşlılık gibi nedenlerle idrar torbası ve idrar yolu açıklığının destek dokuları zayıflarsa, idrar torbası boynu ve idrar yolu açıklığının ön kısmı aşağı ve geriye doğru yer değiştirir. Karın içi basıncı arttığında (öksürürken, hapşırırken, ıkınırken vs.) basınç artışının az bölümü idrar yolu açıklığını, çok bölümü idrar torbasını etkiler. Fark, idrar yolu açıklığının basıncından fazla ise idrar kaçırmaya olur.

Pelvik taban kas egzersizleri, mesane kontrolünü sağlamada, bu bölgedeki kasları güçlendirerek ve kuvvetlendirerek etkin rol oynar.

Pelvik taban kas egzersizlerinin yararlarını şöyle sıralayabiliriz:

- 1 İdrar kaçırmayı önlemek
- 2 Pelvik taban kaslarının güçlenmesini sağlamak
- 3 Seks yaşamından daha fazla hoşlanmayı sağlamak
- 4 Bağırsak kontrolünü sağlamak
- 5 Kadınlarda prolapsusu (rahimin vajina içersine ya da dışına doğru yer değiştirmesi) önlemek

Pelvik taban kas egzersizi nasıl yapılır?

Egzersiz yaparken doğru kas grubunu çalıştırmak çok önemlidir.

Doğru kasları kasmayı öğrenmek için iki türlü hareket edilebilir;

İdrarınızı yaparken ilk 1 ve 2. saniyede durdurmaya çalışın veya, bir yere uzanıp 1 veya 2 parmağınızı haznenize sokup bu bölgedeki

kaslarınızı kasın. Böylece egzersiz için gerekli kaslarınızı hissedeceksiniz.

Ancak bu işlemler doğru kas grubu fark edilinceye kadar devam etmelidir (en az bir hafta ara ile).

Pelvik taban kas egzersizlerini uygulama

Mesanenizi boşaltın. Rahat edebileceğiniz giysiler giyin. Yatarak uygulayacaksınız, başınızı hafifçe bir yastıkla yükselterek (20 derecelik bir açı), dizleriniz bükük bir şekilde uzanın. Ayakta veya oturarak da yapabilirsiniz.

Yumruğunuzu top gibi sıkın ve 5'e kadar sayın, sonra tamamen gevşetin. Sıkma ve gevşeme arasındaki farklılığı hissedebilirsiniz. İşte bu hareket pelvik taban kaslarınızı nasıl sıkıp gevşeteceğinize anlamana yardımcı olacaktır.

İşlem öncesi derin bir soluk alın ve vücudunuzu gevşetmeye odaklanın. Şimdi pelvik taban kaslarınıza konsantre olun. Pelvik tabanda yer alan idrar yolu açıklığı, rektum ve vajinayı kasarak (sanki idrar veya bağırsak gaz hareketlerini durdurmaya çalışıyormuş gibi) yukarı doğru kaldırmaya çalışın. Bu şekilde (kasılı iken) yavaş yavaş üçe kadar sayın ve yavaşça gevşeyin. Bunu üç kez tekrarlayın. Kasın,.....2.....3 ve gevşeyin. Kasın,.....2.....3 ve gevşeyin. Kasın,.....2.....3 ve gevşeyin. Şimdi bir tempo tutturun 2'ye kadar sayarak gevşeyin. Bu egzersizi 10 kez tekrarlayın. Karın, uyluk üzerinde oturduğunuz kalça kaslarınızı gevşek tutmaya konsantre olun. Pelvik tabandaki açıklıklarınızı (idrar yolu açıklığı, vajina, rektum) içinizde yukarı doğru kaldırmaya çalışın. Tüm egzersiz boyunca rahat ve düzgün soluk alıp, verin.

İyi bir kas fonksiyonu, kasın gücü-hızlı kasılma ve bu gücü

uygulayabilme süresinin bir arada olması demektir. Bu nedenle kası kasmak kadar kasılı tutma süresini de uzatmak önemlidir. Her zaman yapabildiğinizin üzerine çıkmak hedeflenmelidir. Bu hedefe egzersizleri düzenli uygulayarak ve sayısını arttırarak ulaşılır. Bu süre bireyden bireye değişir. Aşağıda giderek çoğalan bu artışı gösteren bir tablo verilmiştir.

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

Tabloda görüldüğü gibi egzersiz periyodu, I. ve II. Düzeyde günde 2 kez, III. Düzeyde ise günde 3 kez yapılmalıdır. Bir egzersiz periyodu 3 uygulamayı içerir. Her uygulamada ise 10 kez tekrarlanan pelvik taban kaslarını kasılı tutma/gevşeme egzersizi vardır. Bu egzersizler önce yavaş daha sonra hızlı olarak tekrarlanır.

I. düzeydeki egzersizleri rahatça uygulayabildiğiniz ve pelvik kaslarınızın egzersizle güçlendiğini hissettiğiniz II. düzeye geçin.

Kendinizi hazır hissettiğinizde III. düzeye geçin.

Pelvik taban kas egzersizi yaparken dikkat edilecek hususlar

Pelvik taban kas egzersizi yaparken kaslarınızı çok zorlamayın. Bu uygulamadaki öncelikli amacımız nefes alıp vererek karın kaslarınızı çekmeden yapabilmenizdir. Elinizi midenizin üzerine koyarsanız zorlandığınızı hissedebilirsiniz. Eğer zorlanmadan kaçınamıyorsanız, hemşireniz size nasıl doğru yapacağınızı öğretmeden egzersize devam etmeyin.

Hatırlanacak noktalar

Aşağıda belirtilenleri günlük yaşantınızda da uygulamaya özen gösterin ve alışkanlık haline getirin.

- 1** Herhangi bir şeyi taşıırken ya da kaldırırken, pelvik taban kaslarınızı kasın.
- 2** Uzanır pozisyondan kalkarken, pelvik taban kaslarınızı zorlamadan kalkın.
- 3** Öksüreceğinizi ve hapşuracağınızı fark ettiğinizde, pelvik taban kaslarınızı kasın.
- 4** Bu egzersizi gün boyunca özel bir zaman ayırmadan plan yapmadan yapabilirsiniz. Örneğin her sandalyeden kalktığınızda, herhangi bir yerde sıra beklerken, yemek pişirirken, televizyon izlerken yapabilirsiniz.

□ **Diyet,sıvı alımı,tuvalet alışkanlıkları ile ilgili uygulamalarında basit değişiklikler yapılması, inkontinans şikayetinizin azalmasına yardımcı olur. Bunlar;**



□ Kahve,çay,soda,çikolata,asitli içecekler,domatesten yapılan salça ve soslar,baharatlı yiyecekler ve yapay tatlandırıcılar idrar torbanızda irritasyona neden olabilen yiyeceklerden bazılarıdır. Deneyerek yiyeceklerden hangisinin zararlı olduğunu belirleyebilirsiniz.



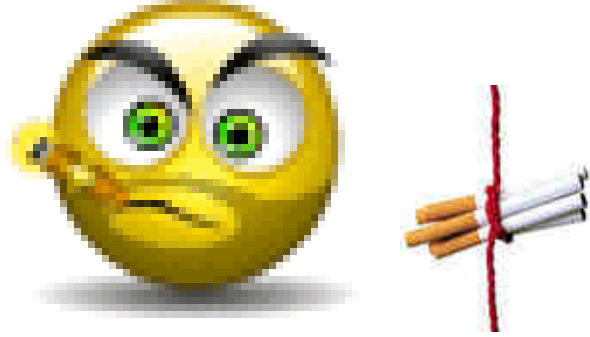
□ Gün boyunca yeterli sıvı alınız. Yeterli miktarda sıvı alınmaması idrarı daha yoğun hale getirir, idrar torbası ve idrar yolu açıklığını irite ederek daha sık idrar kaçığına neden olur. Aynı zamanda yoğun olan idrar daha kötü kokar ve deride tahrişlere yol açar. Eğer gece sık idrara çıkma gibi bir probleminiz varsa, akşam saatlerinde sonra sıvı alımınızı sınırlandırın.



□ Kabızlık durumu idrar yolu açıklığının kısmen tıkanmasına neden olur ve idrar torbanızı irite edebilir. Yeterli sıvı ile birlikte lif oranı yüksek besinlerin alınması, kabızlığı önleyebilir. Eğer kabızlık gelişmiş ise lavman uygulaması ve laksatif kullanımından kaçınılmalıdır. Bu uygulamaların düzenli kullanımı, barsakların düzenli hareketlerini engellemektedir.



□ Kilo fazlalığınız varsa, fazla kilolarınızı vermeniz gerekmektedir. Yapılan egzersizler ve diyetle kilo verilmesi, karın içi basıncında düşme ve belirtilerde önemli oranda iyileşme sağlayabilmektedir.



□ Sigara kullanımı hem içindeki nikotin ile idrar torbasını irite eder hem de öksürüğe neden olarak karın içi basıncının artmasına neden olur. Bu nedenle sigaranın bırakılması gerekir.

□ İdrar torbasını ve idrar yolu açıklığını irite edecek ürünlerden kaçınılmalıdır. Pamuklu iç çamaşırlarını tercih etmelisiniz. Kokulu pudra ve banyo ürünlerinin kullanımından kaçınmalı, renksiz tuvalet kağıdı kullanmalısınız. Tuvalet sonrası temizliğinizi, iritasyonu ve enfeksiyonu önlemek için, yumuşak hareketlerle önden arkaya doğru yapmalısınız.

KAYNAKLAR

1. Güner H, Yazıcı F G. Kadın genital sistemi ve pelvik taban anatomisi. Ürojinekoloji. 1. Baskı.,Ankara: Atlas Kitapçılık Tic. Ltd. Şti; 2000: 10-12.
2. Wahle G R, Young G P H, Raz S. Anatomy and pathophysiology of pelvic support. Female Urology. 2nd Ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1996: 57-72.
3. Ed. Doç.Dr.Beji K. Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı.İstanbul:İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu;2002.
4. Karacam, Z. Kadınlarda üriner inkontinans gelişimini önlemede davranışsal tedavi yöntemleri ve hemşirenin rolü. Sendrom; 112-116.
5. Kocaöz S. Gebelik döneminde stres üriner inkontinans önlemeye yönelik uygulanan pelvik taban kas egzersizlerinin doğum sonrası etkinliğinin incelenmesi, Doktora tezi.Ankara.Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
6. Demirci H, Kızılkaya BN. Üriner inkontinans tedavisinde uygulanan Konservatif tedavi yöntemleri. Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı. 1. Baskı. İstanbul:Emek Matbaacılık; 2002: s.102-108.
7. Eskiurt N, Karan A. Üriner inkontinanstaki fizik tedavi ve rehabilitasyon. Ankara: Atlas Kitapçılık;2000.

Yetişkinler için Boy, Uzunluğu ve Ağırlığa Göre Beden Kitle İndeksi (BMI)

Boy (cm)	BMI					Boy (cm)
	16.0	17.0	18.5	20.0	22.0	
Boy (cm)	Beden Kitle İndeksi (kg/m ²)					Boy (cm)
	16.0	17.0	18.5	20.0	22.0	
140	31.4	33.3	36.2	39.2	43.1	140
141	31.8	33.8	36.8	39.8	43.7	141
142	32.3	34.3	37.3	40.3	44.4	142
143	32.7	34.8	37.8	40.9	45.0	143
144	33.2	35.3	38.4	41.5	45.6	144
145	33.6	35.7	38.9	42.1	46.3	145
146	34.1	36.2	39.4	42.6	46.9	146
147	34.6	36.7	40.0	43.2	47.5	147
148	35.0	37.2	40.5	43.8	48.2	148
149	35.5	37.7	41.1	44.4	48.8	149
150	36.0	38.2	41.6	45.0	49.5	150
151	36.5	38.8	42.2	45.6	50.2	151
152	37.0	39.3	42.7	46.2	50.8	152
153	37.5	39.8	43.3	46.8	51.5	153
154	37.9	40.3	43.9	47.4	52.2	154
155	38.4	40.8	44.4	48.1	52.9	155
156	38.9	41.4	45.0	48.7	53.5	156
157	39.4	41.9	45.6	49.3	54.2	157
158	39.9	42.4	46.2	49.9	54.9	158
159	40.4	43.0	46.8	50.6	55.6	159
160	41.0	43.5	47.4	51.2	56.3	160
161	41.5	44.1	48.0	51.8	57.0	161
162	42.0	44.6	48.5	52.5	57.7	162
163	42.5	45.2	49.2	53.1	58.5	163
164	43.0	45.7	49.8	53.8	59.2	164
165	43.6	46.3	50.4	54.5	59.9	165
166	44.1	46.8	51.0	55.1	60.6	166
167	44.6	47.4	51.6	55.8	61.4	167
168	45.2	48.0	52.2	56.4	62.1	168
169	45.7	48.6	52.8	57.1	62.8	169

EK VI.

Boy (cm)	BMI					Boy (cm)
	16.0	17.0	18.5	20.0	22.0	
Boy (cm)	Beden Kitle İndeksi (kg/m ²)					Boy (cm)
	16.0	17.0	18.5	20.0	22.0	
170	46.2	49.1	53.5	57.8	63.6	170
171	46.8	49.7	54.1	58.5	64.3	171
172	47.3	50.3	54.7	59.2	65.1	172
173	47.9	50.9	55.4	59.9	65.8	173
174	48.4	51.5	56.0	60.6	66.6	174
175	49.0	52.1	56.7	61.3	67.4	175
176	49.6	52.7	57.3	62.0	68.1	176
177	50.1	53.3	58.0	62.7	68.9	177
178	50.7	53.9	58.6	63.4	69.7	178
179	51.3	54.5	59.3	64.1	70.5	179
180	51.9	55.9	59.9	64.8	71.3	180
181	52.4	55.7	60.6	65.5	72.1	181
182	53.0	56.3	61.3	66.2	72.9	182
183	53.6	57.0	62.0	67.0	73.7	183
184	54.2	57.6	62.6	67.7	74.5	184
185	54.8	58.2	63.3	68.5	75.3	185
186	55.5	58.8	64.0	69.2	76.1	186
187	56.0	59.5	64.7	69.9	76.9	187
188	56.6	60.1	65.4	70.7	77.8	188
189	57.1	60.7	66.1	71.4	78.6	189
190	57.8	61.4	66.8	72.2	79.4	190

BMI < 16.00 3. Derece Zayıflık

BMI 16.0 - 16.99 2. Derece Zayıflık

BMI 17.0 - 18.49 1. Derece Zayıflık

BMI 18.5 - 24.99 Normal

BMI 25.0 - 29.99 1. Derece Şişmanlık

BMI 30.0 - 39.99 2. Derece Şişmanlık

BMI 40.0 - 49.99 3. Derece Şişmanlık

EK VII.

ONAM FORMU

Hemşire Naile Akıncı, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi üroloji polikliniğine başvuran stres üriner inkontinans tanısı alan 40 hasta ile çalışma planlamıştır. Bu çalışmada stres üriner inkontinansa verilen eğitimin yaşam kalitesine etkisi değerlendirilecektir.

Araştırmacı tarafından, hastalara polikliniğe geldiği gün hasta tanıtım formu, yaşam kalitesi ölçeği ve ped testi uygulanacak arkasından eğitim verilecektir. Üriner sistem yapı ve fonksiyonu, pelvik egzersizler, stres üriner inkontinansa dikkat edilmesi gereken hususlara yönelik bir kitapçık verilecektir. 6 hafta sonra araştırmacı tarafından hastalara tekrar yaşam kalitesi ölçeği uygulanacaktır.

Bu çalışmanın, bireylerin yaşadıkları sorunların azaltılması ve yaşam kalitelerinin artırılmasında yararlı olacağı düşünülmektedir. Araştırma sürecinde hastalar, form ve ölçeklerin doldurulması ve ped testi uygulaması için zaman ayırmak durumunda kalacaklardır.

Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan, kendi bireysel onayım ile katılıyorum. Bu onam formundan bir adet almış bulunuyorum.

Tarih:

İmza:

Tel no:

EK VIII.



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Sağlık İşletmesi

Sayı :B.10.4.İSM.4.06.00.15-ETİK.KRL-
090-07/ Konu :

05.12.2008 12353

BAŞHEMŞİRELİĞE

Eğitim Hemşiresi Naile AKŞİT tarafından yürütülmesi planlanan
"Stres Üriner İnkontinans tanısı olan kadınlara verilen eğitimin yaşam kalitesine etkisi" konulu tezi;

04.11.2008 tarihli Yerel Etik Kurul toplantısında incelenmiş,
araştırmanın yürütülmesi uygun görülmüştür. Araştırmacı sonucu Sağlık
Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne bildirecektir.

Bilginizi ve ilgiliye tebliğini rica ederim.

Prof. Dr. Mustafa PAÇ
Başhekim

ÖZGEÇMİŞ

1980 Zonguldak Ereğli’de doğan Naile Akıncı ilk ve Ortaöğretimini burada tamamlamıştır. 1999 yılında İstanbul Validebağ Anadolu Sağlık Meslek Lisesini bitirmiştir. 2004 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünü bitirmiştir. 2006 yılında Gazi Üniversitesi Cerrahi Hemşireliğinde Yüksek Lisansa başlamıştır.

2003 yılında Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne atanmıştır. 5 yıl üroloji servisinde çalışmıştır. 2008 yılından beri hastane hizmet içi eğitim koordinatörü olarak çalışmaktadır.

Kalite yönetim sistemi temel eğitimi, kalite yönetim sistemi dokümantasyon eğitimi, TS EN ISO 14001 çevre yönetim sistemi dokümantasyon eğitimi, çevre yönetim sistemi temel eğitimi, iç kalite tetkiki eğitimi, iş sağlığı ve güvenliği eğitimi, iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemi dokümantasyon eğitimi, entegre iç tetkikçi eğitimi (Türk Standartları Enstitüsü), Sağlık Bakanlığı eğitim becerileri kursu, tıbbi atık yöneticisi kursu, hıfzıssıhha liderlik ve yöneticilik eğiticisi eğitimi tamamladığı kurslardır.

Yazarın yabancı dili İngilizcedir. Yazar Türk Hemşireler Derneği üyesidir.