

Üriner İnkontinansda Konservatif Tedavi Metotları

Sena KAPLAN^{*}, Nurdan DEMİRCİ^{**}

ÖZET

Üriner inkontinans hayatı tehdit etmeyen bir hastalık olmasına rağmen, kadınların fiziksel, sosyal, iş ve eğitim faaliyetlerini etkileyen ve yaşam kalitesini azaltan yaygın bir sağlık sorunudur. Ülkemizde, menopozal dönemdeki kadınların %56,4'ü ara sıra, %37'si ise sürekli inkontinans sorunu yaşamaktadır. Kadınlarda görülme sıklığının yüksek olmasına rağmen, etkilenen her dört kadından ancak biri problemin çözümünü yoluna gitmektedir. Üriner inkontinansın tedavisinde ilaç, konservatif ve cerrahi yöntemler kullanılmaktadır. Konservatif tedavi yöntemleri kolay uygulanması ve maliyetinin düşük olması nedeniyle üriner inkontinansın tedavisinde yaygın olarak tercih edilmektedir. Üriner inkontinansın konservatif tedavisinde; diyet, mesane eğitimi, kegel egzersizi olarak bilinen pelvik taban kas egzersizleri, biofeedback, vajinal kon uygulaması ve fonksiyonel elektriksel stimülasyon yöntemleri kullanılmaktadır. Hemşireler, inkontinanslı olan kişilerin belirlenmesinde, kontinansı sürdürme ve uygun kontinans bakımını sağlamada, sağlık ve sosyal bakım veren ekiple birlikte çalışmaktadır. Bu makalenin ürojinekoloji ünitelerinde çalışan hemşirelerine rehber olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Üriner inkontinans, konservatif tedavi metotları, hemşirelik.

Conservative Treatment Methods in Urinary Incontinence

ABSTRACT

Urinary incontinence, although not a life-threatening disorder, is a common health problem that reduces quality of life and affects physical, social, occupational and educational activities of women. In our country, 56.4% of women in the menopausal period occasionally have urinary incontinence. 37% of women in the menopausal period also have permanent urinary incontinence problems. Despite the high prevalence of women, one of every four women who have urinary incontinence try to

^{*} Eğitim Uzmanı., T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü, Ankara.

^{**} Doç.Dr., Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul.

find a solution. Drug, conservative and surgical methods are used on treatment of urinary incontinence. Conservative treatment methods of urinary incontinence are preferred commonly because of its easy practical and low costly. Diet, bladder training, also know as kegel exercise pelvic floor muscle exercises, biofeedback, vaginal cone application are used on conservative treatment of urinary incontinence. Nurses work with health and social care team to determine individuals with uriner incontinence and to continue continence and provide appropriate care. This article is considered to be a guide to nurses who work in urogynecology units.

Key Words: Urinary incontinence, conservative treatment methods, nursing.

GİRİŞ

Üriner inkontinans hayatı tehdit etmeyen bir hastalık olmasına rağmen kadınların fiziksel, sosyal, iş ve eğitim faaliyetlerini etkileyen ve yaşam kalitesini azaltan yaygın bir sağlık sorunudur (Kocaöz, 2007).

Uluslararası Kontinans Derneğinin 1976 yılındaki ilk standardizasyon raporunda üriner inkontinans, sosyal ya da hijyenik problem haline gelen ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma durumu olarak tanımlanırken, 2002 yılındaki son terminoloji standardizasyon raporunda her türlü idrar kaçırma yakınması olarak tanımlanmıştır (Abrams ve ark, 2002).

Dünyada 200 milyondan fazla bireyin inkontinans sorunu yaşadığı tahmin edilmektedir (Norton ve Brubaker, 2006). Hannestad ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, 45 yaş altında inkontinansı olan kadınların %57'sinin hafif derecede, %31'nin orta ve %21'inin şiddetli derecede ve 60 yaş ve üzerindeki kadınların ise %24'ünün hafif, %31'nin orta ve %44'ünün şiddetli derecede istemsiz idrar kaçırdıkları saptanmıştır (Hannestad ve ark, 2000).

Ülkemizde, üriner inkontinansın görülme sıklığı ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Turan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, doğurganlık çağındaki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı %24.5 olarak belirlenmiştir (Turan ve ark., 1996).

Üriner inkontinans görülme sıklığı kadınlarda yüksek olmasına rağmen, etkilenen her dört kadından ancak biri problemin çözümü yoluna gitmektedir (Wagner ve ark, 1996). O'Donnell ve arkadaşlarının çalışmasında, dört Avrupa ülkesinde tedavi arama davranışı ilgili yaptıkları çalışmalarında, üriner inkontinans sorunu bulunan kadınların sadece %31'nin doktora başvurduğu belirlenmiştir (O'Donnell ve ark, 2005). Kadınların üriner inkontinans tedavisi

almama nedenleri; genellikle utanma, semptomları önemsememe, tedavi maliyetini fazla bulma, cerrahi tedaviden korkma ve inkontinansı yaşlılığın doğal sonucu olarak görmedir (Miller, 2005).

Üriner inkontinans yaşlanma ve doğumun doğal bir sonucu olarak benimsense de gelişmesinde birçok risk faktörü bulunmaktadır. Cinsiyet, ırk, menopoz, sigara alışkanlığı, kronik konstipasyon öyküsü, obezite ve jinekolojik cerrahi operasyon geçirme üriner inkontinansın gelişmesinde önemli risk faktörlerindedir (Eskiyurt ve Karan 2000).

Üriner inkontinans; stres, urge, miks ve overflow inkontinans olarak sınıflandırılmaktadır. Stres üriner inkontinans, intraabdominal basıncı artıran fiziksel aktiviteler sırasında oluşan inkontinans durumudur. Urge inkontinans, detrüsr kasının istemsiz olarak aşırı kasılmasına bağlı gelişen inkontinans durumudur. Miks inkontinans, stres ve üriner inkontinansın beraber görüldüğü bir tablodur. Overflow inkontinans, sürekli veya aralıklı olarak az miktarda sızıntı şeklinde idrar kaçırma durumudur (Karan ve ark, 1998).

Özellikle üriner inkontinans sorunu yaşayan kadınların %30 ile %60'ında stres üriner inkontinans görülmektedir. Doğum travması, histerektomi, östrojen eksikliği, pelvik denervasyon ve yaşlanma stres üriner inkontinansın temel nedenleri arasında yer almaktadır (Sarı, 2007).

Yapılan bir çalışmada; 15 yaş ve üzeri evli, en az bir kez doğum yapmış olan kadınların %41,7'sinde stres üriner inkontinans sorunu olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, bu sorun nedeniyle kadınların yarısından fazlasının yaşadıkları ıslaklığa bağlı olarak ped veya bez kullandıkları belirlenmiştir. Ülkemizde postmenopozal dönemdeki kadınlarda ürogenital semptomları belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada, %10.4 oranında stres üriner inkontinans görüldüğü tespit edilmiştir. Bu çalışmada stres inkontinansın 60 yaş ve üzerinde, postmenopozal dönemde, üç veya daha fazla gebelik ve doğum yapan kadınlarda daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Aslan, 2002). Demirci ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise, menopozal dönemdeki kadınların %56,4'ünün ara sıra, %37'sinin ise sürekli inkontinansının olduğu bulunmuştur (Demirci ve ark, 1999).

Üriner inkontinansın kadın sağlığı ve ülke ekonomisi üzerinde bir çok olumsuz sonuçları bulunmaktadır. Özellikle menopoz sonrası dönemde birçok kadını etkileyen üriner inkontinans; yaygın olarak sosyal yaşamda izolasyona neden olmaktadır. Aynı zamanda cinsel aktivite sırasında idrar kaçırma

utanma, fark edilme, koku ve ıslanma gibi sorunlar nedeniyle cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir (Aslan, 2002).

Üriner inkontinans sorunu bulunan kadınlar, potansiyel utandırıcı durumların olmasından kaçınırlar ve tuvalet bölgesinde yeni bir yaşam organize ederler. Bazı kadınlar için bu durumla baş etmek zordur. Yapılan çalışmalar, üriner inkontinans sorunu yaşayan her üç kadından ikisinin evden çıkarken koruyucu ped kullandığını, ulaşım, fiziksel aktivite, elbise seçimi gibi faaliyetlere sınırlamalar getirdiğini, aile ve arkadaşlarla ilişkilerinde zorluklar yaşadığını göstermektedir. Bu sorunu yaşayan kadınlarda kendini değersiz hissetme ve çekici bulmama gibi duygular gelişmekte, ileri dönemlerde ağır depresyon yaşamalarına neden olmaktadır (Sarı, 2007).

Amerika Birleşik Devletlerinde üriner inkontinansın yıllık tedavi maliyetinin 16,4 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir (Bo ve ark, 1999). Ülkemizde de giderek yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte daha kaliteli yaşama isteği; üriner inkontinans sorununun önem kazanmasına neden olmuştur. Kadınlarda görülme sıklığının yüksek olması, yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi, medikal ve cerrahi tedavi maliyetlerinin yüksek olması son yıllarda üriner inkontinansın tedavisinde konservatif tedavi yöntemlerini ön plana çıkarmıştır (Dinç ve Beji, 1999).

Üriner İnkontinans Tedavisinde Konservatif Tedavi Yöntemleri

Günümüzde, cerrahi tedavi istemeyen, özel sağlık sorunları nedeniyle cerrahi tedavi yapılamayan, gebe olan ve ileride gebe kalmak isteyen, erken doğum sonu dönemde olan, spor yapma gibi özel durumlarda ara sıra idrar kaçıran, üriner inkontinansı önemli bir sağlık sorunu olarak görmeyen ve cerrahi tedaviyi etkileyebilecek diğer ürojinekolojik sorunları olan hastalarda konservatif tedavi yöntemleri tercih edilmektedir (Çiçek ve ark, 2006).

Aynı zamanda cerrahi tedavi yöntemlerinin maliyetli ve iş gücü kaybına neden olması, ameliyat sonrası komplikasyon ihtimalinin bulunması konservatif tedavi yöntemlerine olan ilgiyi artırmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde Sağlık Bakım Politikası ve Araştırma Dairesi; üriner inkontinansın tedavisindeki standartlarda konservatif tedavi yöntemlerini temel yaklaşım olarak kabul etmektedir (Kocaöz, 2007).

Üriner inkontinansın konservatif tedavinde; diyet, mesane eğitimi, pelvik taban kas egzersizleri, biofeedback, vajinal kon uygulaması ve fonksiyonel elektriksel stimülasyon yöntemleri kullanılmaktadır. Bu yöntemler sağlık

profesyonelleri tarafından kolaylıkla kullanılabilir. Aynı zamanda bu yöntemler ucuz ve etkili olup, yan etkileri bulunmamaktadır (Ballentyne, 2002).

Diyet:

Üriner inkontinansın konservatif tedavisinde diyet alışkanlığının düzenlenmesi önemlidir. Üriner inkontinanslı kadınların mesane günlüklerine bakılarak diyet alışkanlığında düzenlemeler yapılabilir. Diyet menüsünde kafeinli yiyecek ve içeceklerin kısıtlanması sağlanmalıdır. Kafeinli başlıca yiyecek ve içecekler; kola, kahve, çay, alkol ve çikolatadır. Bu yiyecekler ve içecekler diürezisi artırmaktadır (Aslan, 2002; Karaöz, 2007).

Özellik stres üriner inkontinansın gelişiminde kronik konstipasyon önemli bir risk faktörüdür. Bu nedenle konstipasyonu önlemek amacıyla lifli gıdaların alınması ve sıvı alımının artırılması gerekmektedir (Aslan, 2002).

Mesane Eğitimi:

Üriner inkontinansın konservatif tedavi yöntemlerinden biri olan mesane eğitimi, ilaç ve cerrahi tedavinin aksine, yan etkisi olmayan, noninvazif, basit ve oldukça ucuz bir yöntemdir. Tedavinin ilk aşaması olarak uygulanabildiği gibi diğer konservatif tedavi yöntemlerine veya ilaç tedavisine kombine olarak uygulanabilir (Eskiyurt ve Karan, 2000).

Mesane eğitiminin amacı, kişinin inkontinans durumunu normal ya da geliştirilmiş duruma getirmek ya da planlanmış düzenli aralıklarla idrar yaparak inkontinansı engellemek ve inkontinans elde etmektedir (Ballentyne, 2002). Mesane eğitiminin üriner inkontinans tedavisinde olumlu sonuçları bulunurken, stres üriner inkontinansda yararı halen tartışmalıdır (Eskiyurt ve Karan, 2000).

Mesane eğitiminde temel hedef, mesane kapasitesi ve uyumunu artırarak idrar yapma periyotlarını 3-4 saate çıkarmaktır. Eğitime başlamadan önce hastaya üriner sistem anatomi ile fizyolojisi ve yöntemi nasıl uygulayacakları anlatılmalıdır. Üriner günlük formları hasta ile birlikte doldurularak tuvalete çıkma sıklığı belirlenerek belirlenen programa göre idrar yapmaları istenir. Süre dolmadan idrar yapma hissi olsa bile, tuvalete gitmemesi, zamanı geldiğinde ise idrar yapma hissi olmasa bile idrar yapmaya çalışması önerilir. Gün boyunca her tuvalete gidişlerini, idrar kaçaklarını ve aldıkları sıvı miktarlarını mesane eğitimi çizelgelerine not etmeleri istenir. Çizelgeler her

hafta incelenir ve hastalar idrar yapma arasındaki aralarda başarılı oldukça süre kademeli olarak artırılır (Erkan Ayyıldız, 2003).

Mesane eğitiminin tek başına üriner inkontinans tedavisinde etkili olduğuna dair yeterli kanıt bulunmamaktadır. Yapılan çalışmalar medikal tedavi ile kombine uygulanan mesane eğitim programının tek başına uygulanan medikal tedaviden daha etkin olduğunu göstermektedir (Erkan Ayyıldız, 2003).

Pelvik Taban Kas Egzersizi:

Pelvik taban kas egzersizleri (PTKE) Çinlilerin Taoizminin içinde yer alan egzersiz programlarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Stres üriner inkontinansın tedavisinde kullanılan pelvik taban kas egzersizleri, 1948 yılında Arnold Kegel tarafından popülerize edilmiştir. PTKE, üretral kapanmayı ve pelvik organ desteğini artırarak üriner inkontinansı engellemektedir. Özellikle stres üriner inkontinansla olumlu etkisi yüksektir. PTKE, pelvik taban kasının temel iki fonksiyonu üzerine temellendirilmiştir. Bunlar, pelvik organ desteği ve üretral sfinkterin kapanma mekanizmasıdır. Stres inkontinans tedavisinde kullanılan PTKE'nin amacı, özellikle mesane, mesane boynu ve üretra gibi pelvik organların desteğini iyileştirmek ve efor sırasında üretral kapanma basıncını artırmaktadır. Egzersizler sırasında iyi zamanlanmış, hızlı ve güçlü pelvik taban kas kontraksiyonu, simfisis pubise karşı üretrayı iterek, üretral kapanma basıncını artırmak için üretrayı sıkıştırarak ve intraabdominal basıncı artıran durumlarda üretranın aşağıya doğru inmesini önleyebilir (Bo, 1995). PTKE'nin avantajı; risk ve maliyetinin olmaması ve hastane dışı ortamlarda da uygulanabilmesidir (Nygaard, 1996).

PTKE'nin iki hafta sonra fizyolojik etkileri ortaya çıkarken, 6 ile 8 haftada şikayetler azalır, 6. ayda da düzelme gözlenmektedir. Yaşlı hastalarda egzersize yanıt alınması uzun süre gerektirebilir. Eğer istenilen sonuç alınamaz ise bu tip hastalarda kollajen yapının defektif olabileceği düşünülmektedir (Karan ve Eskiurt, 2002; Nygaard, 1996).

Hastaya PTKE öğretmeden önce mesaneyi boşaltması ve rahat hissedebileceği rahat bir giysi seçmesi önerilmelidir. Egzersiz yapılırken bacaklar düz bir şekilde uzatılmalıdır. Bu pozisyonda diğer kasların kontraksiyonundan kaçınmak daha kolaydır. Doğumdan sonra PTKE'ni yüzüstü yapmak gerekmektedir. Bu pozisyonda uterusun normal pozisyona dönmesi hızlı olmaktadır (Eskiurt ve Karan, 2000).

PTKE yapılırken, idrar ve gaz geçişini durduruyormuşçasına pelvik taban kasları kasılır. Bu pozisyonda ideal olan 10 sn ilgili kasların kasılmasını takiben 10 sn dinlenilmiştir. Zayıf kasları olan hastalarda dinlenme süresi daha uzun olmalıdır (Eskiyurt ve Karan, 2000).

PTKE'nin devamının sağlanması tedavi başarısının sağlanmasında önem taşımaktadır. Literatürde PTKE programını bırakma nedenleri, zaman yetersizliği, disiplin veya ilgi eksikliği, günlük aktivite ile uyumsuzluğu, rahatsızlık duyulması, yorgunluk, egzersizin nasıl yapılacağına bilinmemesi ve egzersizin faydasının olacağına inanılmaması olduğu belirtilmektedir (Ersan, 2006).

Yapılan bir çalışmada PTKE'yi stres, urge ve miks tip inkontinansı olan hastalarda konservatif tedavi olarak öncelik verilmesini önerirken, tedavinin etkinliği genç, stres inkontinansı tanısı konulan ve en az 3 ay düzenli eğitim programına katılanlarda daha belirgin olduğu saptanmıştır. Bunun yanında mesane eğitimi ve PTKE'nin etkisinin karşılaştırıldığı bir araştırmada, her iki tedavi grubunda da inkontinans episodlarında azalma gözlemlendiği ancak PTKE uygulanan grupta mesane eğitimi yapanlara göre vajinal basıncın yüksek olduğu ve inkontinans tedavisinde daha başarılı olduğu belirlenmiştir (Theofrastous ve ark, 2002).

Biofeedback Yöntemi:

Biofeedback yöntemi; fizyolojik olayların bir ekran ve ses düzeni aracılığı ile görsel ve işitsel sinyaller halinde yansıtılmasıdır. Üriner inkontinanslı hastalarda biofeedback yöntemi ilk kez 1940 yılında Arnold Kegel tarafından kullanılmıştır (Karan ve Eskiyurt, 2002). Biofeedback yönteminde hasta elektrik stimülasyonun yöntemine göre daha bağımsızdır. Aktif bir yöntem olduğundan kas gücü artışı daha fazladır. Haftada 3 kez 25-35 dakika toplam 10-20 seans sonrasında olumlu sonuçlar elde edilmektedir (Karan ve ark., 1999).

Biofeedback hastaların pelvik taban kaslarını nasıl kasmalarının öğretilmesinde kullanılmaktadır. Bump ve arkadaşlarının çalışmasında; yazılı veya sözlü tariflerden sonra kadınların ancak % 30'u pelvik taban kası kontraksiyonlarını ideal olarak uygulayabilmekte olduğu belirtilmiştir (Bump ve ark, 1991). Bu nedenle PTKE'nin doğru uygulanmasında biofeedback yönteminin öneminin büyük olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda

stres üriner inkontinans tedavisinde biofeedback destekli PTKE'nin başarısının yüksek olduğunu desteklemektedir (Dannecker ve ark, 2005).

Elektrik stimülasyonu:

Elektrik stimülasyonunda (ES) alçak frekanslı bir akım olan faradik akım veya orta frekanslı bir akım olan interferensiyel akım kullanılmaktadır. Faradik akım ile uygulanan tedavide ağrı olduğu için tercih edilmemektedir. ES'de elektrot ya da vajinal prob kullanılarak interferensiyel akım verilmektedir (Karan ve ark., 1998). ES tedavisi özellikle urge inkontinans için uygun görülmektedir. ES yöntemi kas kontraksiyon ile kas gücünü artırmakta, pudental sinirin direkt stimülasyonu ile üretral basıncı artırmakta, pelvik sinirin refleks stimülasyonu ile detrüsrör inhibisyonunu sağlamakta, kortikal bilinci ve adrenerjik aktiviteyi artırmakta ve bunun yanında kolinerjik aktiviteyi azaltmaktadır (Susset ve ark, 1996).

Bunun yanında, yapılan bir çalışmada ES komplikasyonlarının vaginal irritasyon, ağrı, kanama, vaginal enfeksiyon ve üriner sistem enfeksiyonu olduğu vurgulanmaktadır (Ersan, 2006).

ES'in uygulanmasının uygun olmadığı durumlar;

1. Obesite
2. Prolapsus
3. Menstruasyon
4. Hamilelik ve hamilelik şüphesi
5. Malinite
6. Enfeksiyon
7. Pace maker kullanımıdır (Adams and Frahm, 1995).

Bölükbaş çalışmasında; ES'in stres üriner inkontinans tedavisinde önemli bir yöntem olduğu belirtilirken, uygun vakalarda kür oranını artırmak için biofeedback ile birlikte kullanımın cerrahi gereksinimi azaltabileceğini vurgulanmıştır (Bölükbaş, 2005).

Vajinal Kon:

Vajinal kon uygulaması, hem PTKE'yi öğrenmek için hem de kas gücünü artırmak için kullanılmaktadır. Konlar günde 2 defa 15 dakika boyunca vajinaya uygulanır. Kon etrafına pelvik kasların kontraksiyonunu sağlayarak

duyusal feedback sağlar. Pelvik taban kasları güçlendirilerek konun ağırlığı kademeli olarak artırılır (Eskiyurt ve Karan, 2000).

Literatürde vajinal kon tedavinin yan etkileri, abdominal ağrı, vajinit, kanama, motivasyon sorunları, vajinal ağırlık hissi ve konileri kullanmada güçlük olarak belirtilmektedir (Ersan, 2006).

Medikal tedavi ile kombine vajinal kon kullanımı özellikle stres üriner inkontinansta tedavi başarısını artırmaktadır. Vural'ın çalışmasında, stres üriner inkontinans tanısı bulunan postmenopozal kadınlarda bir gruba hormon replasman tedavisi ve vajinal kon kullanılmış, kontrol grubuna ise sadece hormon replasman tedavisi verilmiştir. Çalışma sonucunda kombine tedavi alan grupta kontrol grubuna göre tedavi öncesi tüm parametrelerde iyileşme yönünde anlamlı bir fark gözlenmiştir (Vural, 2005).

Ekstrakorporal Manyetik İnnervasyon:

Ekstrakorparol manyetik innervasyon tedavisinde (ExMI), manyetik dalgalarla pelvis taban kasları ve sinirleri aralıklı olarak manyetik dalgalar ile uyarılmaktadır. Bu uyarı üretral ve anal sfinkter fonksiyonları artırmakta, mesane kasılmasını azaltmakta ve pelvik taban kaslarını güçlendirmektedir. Aynı zamanda cinsel fonksiyon bozukluklarında, gaita kaçırma, enüreziste hatta erkeklerde ereksiyon sorunlarının tedavisinde de uygulanmaktadır. Ancak, ExMI'nin rahim içi araç, kalça protezi, kalp pili ve ciddi aritmisi olan hastalarda kullanılması önerilmemektedir (Karan, 2005).

ExMI tedavisi haftada 2 seans olarak ve her seans 20 dakika olacak şekilde uygulanır. Tedavi için hastalar giysilerini çıkarmadan, içinde manyetik alan jeneratörü bulunan ve external bir güç ünitesine bağlı özel bir sandalyeye oturtulurlar. Pelvik taban kaslarının ve sfinkterlerin yayılan magnetik alanın primer aksının tam üzerine gelebilmesi için hastaların perinesinin sandalyenin ortasındaki tablaya denk gelecek şekilde oturtulmalarına dikkat edilir. Böylece perine dokularının yayılan manyetik alan dalgalarınca penetrasyonu sağlanmış olur. Pelvik taban kaslarının stimülasyonu şu şekilde yapılır: 10 dakika boyunca 5 Hz frekansında aralıklı düşük frekanslı stimülasyon ve takip eden 10 dakika boyunca da 50 Hz frekansında aralıklı yüksek frekanslı stimülasyon. Aralıklı stimülasyondan kasıt güç ünitesinin otomatik olarak stimülasyonu 10 dakikalık periyod boyunca 5 sn verip 5 sn dinlenme konumuna geçmesidir (Ersan, 2006).

Üriner İnkontinansın Konservatif Tedavisinde Hemşirenin Rolü

Günümüzde hemşirelik hizmetlerinin geniş bir tabana yayılması hemşireliğe yeni roller getirmiştir. Bu gelişmeye paralel olarak kontinans hemşirelerinin de son 10 yıl içinde rolü genişleyerek, üriner inkontinansın çözümünde, evde bakım uygulamalarında, maliyetin azaltılmasına ve bakımın kalitesinin yükselmesinde hemşirelik rollerini kullanmasını zorunlu hale getirmiştir (Aslan, 2005).

Amerika ve İngiltere’de kontinans hemşireleri konservatif tedavi methotlarının uygulanmasında aktif rol alırken (Wells, 2000), ülkemizde de bazı ürojinekoloji ünitelerinde konservatif tedavi yöntemlerinin uygulanmasından hemşireler sorumlu bulunmaktadır (Aslan, 2002).

Hemşirelerin üriner inkontinansla ilgili olarak başlıca iki sorumlulukları bulunmaktadır. Bunlar; üriner inkontinansın gelişmesini önlemek ve bu sorunu yaşayan kadınların tedavisinde aktif rol almaktır. Hemşireler, kadınların risk faktörlerine maruz kalmasını önleyerek veya azaltarak ve pelvik taban kas gücünü artıracak egzersizleri öğreterek üriner inkontinansın korunmasını sağlayabilirler (Karaöz, 2007).

Aynı zamanda hemşireler, üriner inkontinansın önlenmesi ve bu sorunun giderilmesinde kullanılan etkili tedavi yöntemleri konularında kadınlara eğitim vermelidir. Kadınlara verilecek olan eğitimin içeriğinde, öncelikle üriner inkontinansa neden olabilecek risk faktörlerinin önlenmesi ya da azaltılmasına yönelik temel bilgiler yer almalıdır (Zaccardi ve Cox, 2004).

Kadınlara verilecek eğitimde;

- Ağır cisimlerin kaldırmaması ya da çekilerek taşınmasının öğretilmesi,
- Normal sınırlarda kilo alımının sağlanması,
- Konstipasyon sorunu yaşamalarının önlenmesi,
- Sigara kullanımının azaltılması ya da önlenmesi,
- Alkol ve kafeinli içecekler gibi idrar yapımını artırıcı ve mesaneyi uyarıcı maddeleri kullanımının önlenmesi ya da azaltılması,
- Kadınlara gebelik dönemi boyunca ve doğumdan sonra PTKKE’nin öğretilmesi ve düzenli yapmalarının sağlanması,

- Bebeğin doğumu sırasında perinede oluşabilecek travmaları önlemek için perinede oluşabilecek travmaları önlemek için perineye masaj uygulanması,
- Perine tabanının travmatize olmasını önlemek için doğum eyleminin ikinci evresinin iyi bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir (Karaöz,2007).

Bunun yanında üriner inkontinans sorununda hemşirelik bakımının en önemli amaçlarından biri de hastalığın getirdiği kısıtlamalara rağmen, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye yardımcı olmaktır (Sarı, 2007).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Üriner inkontinans kadınlardaki prevalansının yüksek olması ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi nedeni ile önemli bir sağlık sorunudur. Ülkemizde de nüfusun yaşlandığı göz önünde bulundurulursa ileri dönemde üriner inkontinansın önemli sağlık sorunları arasında yer alacağı düşünülmektedir. Son yıllarda üriner inkontinansın tedavisinde ucuz, basit ve etkili olması nedeniyle konservatif tedavi yöntemleri ön plana çıkmıştır. Üriner inkontinansın korunmada, tedavisinde ve rehabilitasyonunda hemşirelik hizmetleri önemli bir yer almaktadır. Hemşireler üriner inkontinans konusunda yeterli bilgi, beceri ve donanımına sahip olmalı, yeni bilgi ve uygulamaları takip etmeli, diğer ekip üyeleri ve toplumun diğer kurumlarıyla etkin koordinasyon sağlamalıdır.

Bu kapsamda hemşirelerin rollerine ilişkin standartlar/protokoller geliştirilmesi, bu doğrultuda mezuniyet sonrası sürekli eğitim programları ve sertifika programlarının oluşturulması ve gereken yasal düzenlemelerinin yapılması konusunda Sağlık Bakanlığına, üniversitelere ve sivil toplum kuruluşlarına önemli sorumluluklar düşmektedir.

Aynı zamanda inkontinansın korunması ve üriner inkontinansının tedavisi için hizmet veren birimler kurulmalı ve hemşireler bu birimlerde çalışacak multidisipliner ekip içerisinde aktif rol almalıdır.

KAYNAKLAR

Abrams, P., Cardoza, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P. ve Ulstem, U. (2002). "The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report From The Standardition Sub-Committee Of The International Continenence Society", **Neurourology and Urodynamics**, 21(2):167-178.

Adams, C. ve Frahm, J. (1995). **Genitourinary system**. In "Saunders Manual of Physical Therapy Practice, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 459-504.

Aslan, E. (2002). **Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Kadınlarda Üriner İnkontinas ve Hemşirelik Yaklaşımı**, Ed: Kızılkaya Beji N. Emek Matbaacılık, İstanbul.

Aslan E. (2005) **Üriner inkontinans tanı, değerlendirme ve tedavi aşamalarında hemşirelik yaklaşımı**, 3. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi Kitabı, 21-23 Eylül 2005, İstanbul.

Ballentyne, M. (2002). **Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri. Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı**, (Editör: Nezihe Kızılkaya Beji). İstanbul Üniversitesi Yayın No:4338s.:123-128.

Bo, K. (1995). "Pelvic Floor Muscle Exercise For The Treatment of Stress Urinary İncontinence: An Exercise Physiology Perspective", **International Urogynecol Journal**, 6:282-291.

Bo, K. Talseth, T. Ve Holme, I. (1999). "Single Blind, Randomised Controlled Trial of Pelvic Floor Exercises, Electrical Stimulation, Vaginal Cones, and no Treatment İn Management of Genuine Stress İncontinence in Women", **British Medical Journal**, 318: 487-93.

Bump, RC., Hurt, WG., Fantl, JA. ve Wyman, JF. (1991). Assessment of Kegel Pelvic Floor Muscle Exercise Performed After Briefverbal İnstrnction", **American Journal of Obstetric Gynecolgy**, 165:322-329.

Bölükbaş N. (2005). **Stres üriner inkontinansta elektriksel stimülasyonu biofeedback ile sürdürmenin etkinliği**, 3. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi, 21-23 Eylül, İstanbul.

Çiçek, N., Akyürek, C., Çelik, C. ve Haberal, A. (2006). **Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi**, II. Baskı, Günes Kitapevi, Ankara.

Dannecker, C., Wolf, V. ve Raab, R. (2005). "EMG-Biofeedback Assisted Pelvic Floor Muscle Training is An Effective Therapy of Stress Urinary or Mixed İncontinence: 7-Year Experience With 390 Patients", **Arch Gynecolgy Obs.**, 273(2):234-41.

- Demirci, F., Özden, S., Yücel, N., Yaltı, S. ve Demirci, E. (1999). "Prevalence of Urinary İncontinence in Turkish Menopausal Women", **İstanbul Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi**, 3;138-142.
- Dinç, A. ve Beji, K.N. (1999). "Kegel Egzersizleri", **Hemşirelik Bülteni**, 11(43):373-382.
- Erkan Ayyıldız, H. (2003). Acil idrar kaçırma ve sık idrara gitme sorunu olan kadınlarda mesane eğitiminin etkinliğinin belirlenmesi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.
- Ersan, F. (2006). Üriner inkontinans hastalarında ekstrakorporal manyetik innervasyon tedavisinin hayat kalitesi ve ürodinamik parametreler üzerindeki etkileri, TC Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği **Uzmanlık Tezi**, İstanbul.
- Eskiyurt, N. ve Karan, A. (2000). Üriner İnkontinansda Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, **Ürojinekoloji**, Ed: Güner H. Atlas Kitapçılık, Ankara.
- Hannestad, Y.S., Rortveit, G., Sandvik, H. ve Hunskaar, S. A. (2000). "A community-based Epidemiological Survey of Female Urinary İncontinence", **Journal of Clinical Epidemiology**, 53;1150-1157.
- Karan, A., Eskiyurt, N., Kızılkaya, N., Yalçın, Ö. (1998) "Üriner İnkontinansda Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon", **Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi**, 53(2):73-74
- Karan, A. ve Eskiyurt, N. (2002). **Üriner İnkontinansın Konservatif Tedavi Yöntemleri**, Beji Kızılkaya N., Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı, Emek Matbaacılık, İstanbul.
- Karan, A. (2005). "Stress Urinary İncontinence in Women: Review And Update On Neurological Control" **Journal of Women's Health**, **Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi**, 11:(45):56-62.
- Kocaöz, S. (2007). "Gebelik Döneminde Stres Üriner İnkontinansı Önlemeye Yönelik Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Doğum Sonrası Etkilerinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara.
- Miller, K.L. (2005). "Stress Urinary İncontinence in Women: Review And Update On Neurological Control" **Journal of Women's Health**, 14(7);595-608.
- Norton, P. ve Brubaker, L. (2006). "Urinary İncontinence in Women", **Lancet**, 367, 57-67.
- Nygaard, IE. (1996). "Nonoperative Management of Urinary İncontinence", **Curr Opin Abstet Gynecol**, 8:347-350.

O'Donnell, M., Lose, G., Sykes, D., Voss, S. ve Hunskaar S. (2005). "Helping-seeking behavior and associated factors among women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and the United Kingdom", **European Urology**, 47:385-392.

Sarı, O. (2007). Taban Kas Egzirsizlerinin Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, **Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi**, İzmir.

Susset, J., Galea, G., Manbeck, K. ve Susset, A. (1996). A Predictive Score Index for the Out-Come of Associated Biofeedback and Vaginal Electrical Stimulation in The Treatment of Female Incontinence, **J Urology**, 153:1461-1466.

Theofrastous, JP., Wyman, JF. ve Bump, RC. (2002). "Effect of Pelvic Flor Muscle Training on Strength and Predictors of Response in The Treatment of Urinary Incontinence, **Neoroural Urodyn**, 21(5): 486-90.

Turan, C., Zorlu, C.G., Ekin, M., Hancerlioğlu, N. ve Saraçoğlu, F. (1996). "Urinary Incontinence in Women of Reproductive Age", **Gynecologic and Obstetric Investigation**, 41;132-134.

Vural, M. (2005). "Stres Üriner İnkontinanslı Hastalarda Vaginal Kon Kullanımı", **III. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi**, 21-23 Eylül, İstanbul.

Wagner, TH., Patrick, DL. ve Bavendam, TG. (1996). "Quality of Life of Persons With Urinary Incontinence: Development of a New Measure", **Urology**, 47(1):67-72.

Wells, M. (2000). "The Role of The Nurse in Urinary Incontinence", **Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynecology**, 14:2335-353.

Zaccardi, J.E. ve Cox S.B. (2004). Female urinary incontinence, Evaluation & Management Incontinence, **AWHONN Lifelines**, 8(4), 326-332.