

Kadınlarda İdrar Kaçırma Prevalansı ve Risk Faktörleri

Neriman ZENGİN*

ÖZET

İdrar kaçırma bütün yaş gruplarında insanları etkileyen sosyal ve hijyenik etkileri olan yaygın bir sağlık problemidir. Kadınlarda idrar kaçırma prevalansı çalışmalarda geniş bir dağılım göstermektedir. Risk faktörleri ırk ve etnik farklılıklar, yaş, gebelik, doğum, menopoz, histerektomi, obezite, kronik öksürük, konstipasyon, depresyon, alt üriner sistem semptomları, fonksiyonel bozukluklar ve çalışma koşullarıdır. Günlük yaşamlarını olumsuz etkilenmesine rağmen kadınlar yardım almamaktadır. Kadınlar idrar kaçırma ve risk faktörleri konusunda bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İdrar kaçırma, prevalans, risk faktörleri.

Urinary Incontinence Prevalence and Risk Factors in Women

ABSTRACT

Urinary incontinence (UI) is a common problem which affects people from all age groups and has several social and hygienic consequences. Prevalence estimates for female incontinence across studies show a wide range of some degree of UI. Risk factors included racial and ethnic differences, age, pregnancy, childbirth, menopause, hysterectomy, obesity, chronic cough, constipation, depression, lower urinary tract symptoms, functional impairment, and occupational risks. Urinary incontinence that plays a role a lot of factors affects women daily life. Although daily life was affected, most women did not seek help. Women should be informed on urinary incontinence and risk factors.

Key Words: Urinary incontinence, prevalence, risk factor.

* Öğr. Gör. Dr., İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu, İstanbul.

GİRİŞ

İdrar kaçıırma, Uluslararası Kontinans Derneğinin (International Continans Society [ICS] 2002 yılındaki terminoloji raporunda “her türlü idrar tutamama ya da istem dışı idrar akması” şeklinde tanımlanmıştır. ICS bu raporda idrar kaçıırma semptomlarına göre stres, sıkışma, mikst, uykuda, sürekli ve diğer idrar kaçıırma tipleri olarak altı başlıkta toplamıştır (Abrams ve ark., 2003). En yaygın görülen idrar kaçıırma tipleri ise stres, sıkışma ve mikst tipidir (Huskaar ve ark., 2002).

Stres tipi idrar kaçıırma ICS tarafından “öksürme, hapsirme, efor ya da fiziksel egzersiz esnasında yaşanan istemsiz idrar kaybı yakınması” semptomları ile tanımlanmış olup; temel neden mesane ve/veya üretrayı destekleyen pelvik taban desteğinin bozulmasıdır. Sıkışma tipi idrar kaçıırma ise “sıkışma hissi (urgency) ile birlikte ya da sıkışma hissinden hemen sonra oluşan istemsiz idrar kaybı yakınması” olarak tanımlanmıştır. Sıkışma tipi idrar kaçıırmada detrüör kasın nörojenik ya da idyopatik aşırı aktivitesi rol oynamaktadır. Mikst tip idrar kaçıırma ise stres ve sıkışma tipi idrar kaçıırma yakınmasının birlikte görüldüğü tablodur (Pires, 1996; Abrams ve ark., 2003).

Kadınlarda İdrar Kaçıırma Prevalansı

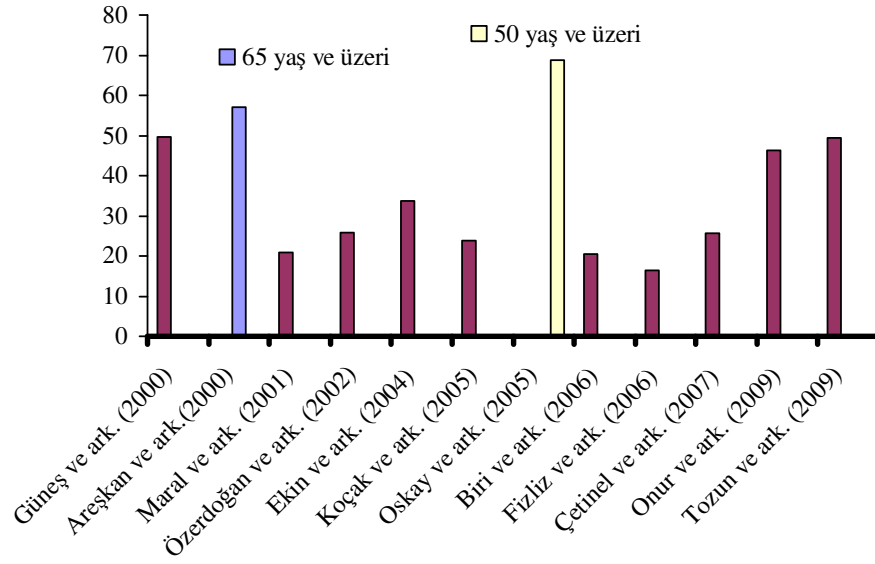
İdrar kaçıırma ile ilgili çalışmalarda farklı tanımların kullanılması, popülasyon özellikleri, araştırma tipi, katılımcıların yaş, cinsiyet ve cevap oranları, sağlık bakımının etkinliği ve ulaşılabilirliği gibi faktörlerden dolayı bulguların belirleyiciliği ve duyarlılığının değerlendirilmesinde sorunlar yaşanmakta ve prevalans oranları geniş bir dağılım göstermektedir. İdrar kaçıırma prevalansını inceleyen çalışmalardaki saptamalar yaygın olarak “son bir yıl, bir ay ya da bir haftada kontrol edilemeyen idrar kaybı yaşadınız mı” gibi sıklık ifadelerine dayanmaktadır (Huskaar ve ark., 2002; Minassian ve ark., 2003).

İdrar kaçıırma erkelerden çok kadınları etkilemektedir (Thom, 1998). 17 -79 yaş arası kadınlarda tipine bakılmaksızın idrar kaçıırma prevalansı %9-72, 50-90 yaş arası kadınlarda ise %12-58 arasındadır. 18-90 yaş arası kadınlarda ise stres, sıkışma ve mikst tip idrar kaçıırma prevalans oranları (median) sırayla %49 (24-75), %21 (7-49), %29 (11-61)'dur (Huskaar ve ark., 2002). Kadınlarda idrar kaçıırma prevalansı yaşla birlikte artış göstermektedir. Gençlerde %20-30, orta yaşlarda % 30-40, yaşlılarda %30-50'dir (Muscatello ve ark., 2001; Huskaar ve ark., 2002; Huskaar ve ark., 2003; Minassian ve ark.,

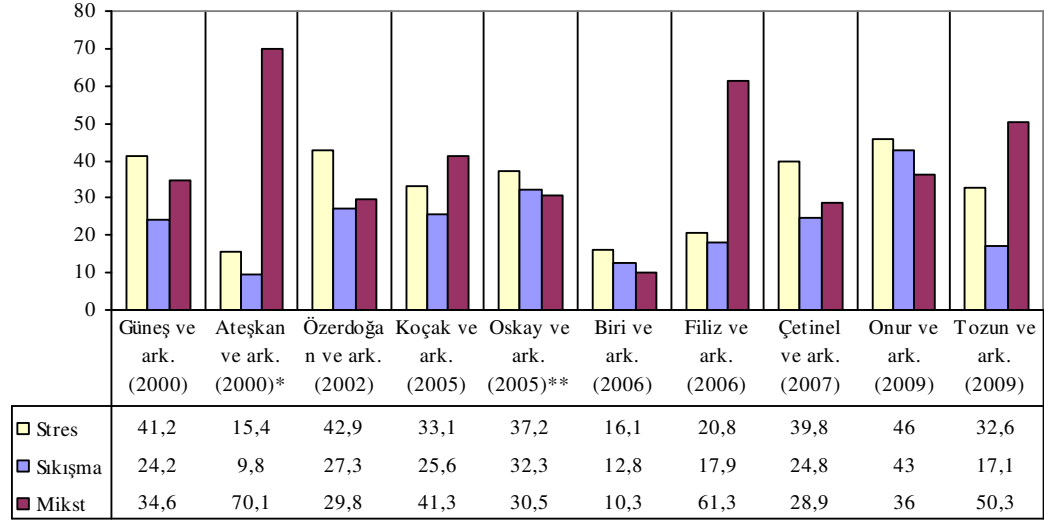
2003; Huskaar ve ark., 2004).

Türkiye’de yapılan prevalans çalışmaları yurt dışında yapılan prevalans çalışmalarına paralel bir yapı göstermekte olup idrar kaçırma 15-70 yaş ve üzeri kadınlarda %20.5-68.8’dir (Grafik 1). Aynı çalışmalarda stres, sıkışma ve mikst tip idrar kaçırma prevalanslarının ise sırayla %15-42.3, %9,8-32.3, %10.3-70.1 olduğu görülmüştür (Grafik 2). (Ateşkan ve ark., 2000; Maral ve ark., 2001; Ekin ve ark., 2004; Oskay ve ark., 2005; Koçak ve ark., 2005; Biri ve ark., 2006; Çetinel ve ark., 2007, Onur ve ark., 2009).

Grafik 1. Türkiye’de Tipine Bakılmaksızın İdrar Kaçırma Prevalansı



Grafik 2. Türkiye'de Kadınlarda İdrar Kaçırma Tiplerine Göre Prevalans



*65 yaş ve üzeri **50 yaş ve üzeri postmenopozal

İdrar Kaçırmanın Etyolojisinde Rol Oynayan Faktörler

İdrar kaçırma etkili olan birçok faktör bildirilmektedir. Holroyd-Leduc ve Straus (2004a) idrar kaçırma etkili olan faktörleri değiştirilebilen ve değiştirilemeyen faktörler olarak iki başlık altında sınıflandırmıştır. Değiştirilemeyen faktörler arasında kadın cinsiyeti (Thom 1998; Ateşkan ve ark., 2000; Maral ve ark., 2001; Muscatello ve ark., 2001; Huskaar ve ark., 2002) ileri yaş (Ateşkan ve ark. 2000; Güneş ve ark., 2000; Kocaöz ve Eroğlu 2002; Peyrat ve ark., 2002; Ekin ve ark. 2004; Huskaar ve ark., 2004; Luber 2004; Özerdoğan ve ark., 2004; Koçak ve ark., 2005; Biri ve ark., 2006; Filiz ve ark., 2006; Çetinel ve ark., 2007; Onur ve ark., 2009; Tozun ve ark. 2009), beyaz ırktan olma (Huskaar ve ark., 2002; Huskaar ve ark., 2003; Minassian ve ark., 2003; Bogner 2004), obstetrik ve jinekolojik faktörler (gebelik sayısının fazlalığı, doğum yapma, zor doğum, doğum sayısının fazlalığı ve iri bebek öyküsü, menopoz) (Rortveit ve ark., 2001; Maral ve ark., 2001; Hunskaar ve ark., 2002; Peyrat ve ark., 2002; Baessler ve Schuessler 2003; Espino ve ark.,

2003; Hunskaar ve ark., 2003; Misnassian ve ark., 2003; Rortveit ve ark., 2003a; Rortveit ve ark., 2003b; Hampel ve ark., 2004; Holroyd-Leduc ve Straus 2004b; McBride 2004; Biri ve ark., 2006; Filiz ve ark., 2006; Rortveit ve Huskaar 2006; Onur ve ark., 2009; Tozun ve ark.2009), jinekolojik cerrahi girişim geçirme (Güneş ve ark., 2000; Maral ve ark., 2001; Huskaar ve ark., 2002; Çetinel ve ark., 2007; Tozun ve ark., 2009), prolapsus (Hunskaar ve ark., 2002, Kocaöz ve Eroğlu 2002; Onur ve ark., 2009), kalıtım (Huskaar ve ark., 2002; Kocaöz ve Eroğlu 2002; Ertunç ve ark., 2004; Hannestad ve ark., 2004), iki ve daha fazla sayıda kronik hastalığa sahip olma (Maral ve ark., 2001; Muscatello ve ark., 2001; Hunskaar ve ark., 2002; Holroyd-Leduc and Straus 2004a; Holroyd-Leduc and Straus 2004b; Koçak ve ark., 2005; Oskay ve ark., 2005; Biri ve ark., 2006) çocukluk çağı enürezis hikâyesi (Huskaar ve ark., 2002, Koçak ve ark., 2005; Biri ve ark., 2006; Tozun ve ark. 2009), yer almaktadır.

Değiştirilebilen risk faktörleri arasında kilo fazlalığı (Güneş ve ark 2000; Muscatello ve ark., 2001; Hunskaar ve ark., 2002; Peyrat ve ark., 2002; Luber 2004; Hannestad ve ark., 2003; Espino ve ark., 2003; Holroyd-Leduc and Straus 2004b; Koçak ve ark., 2005; Oskay ve ark., 2005; Filiz ve ark., 2006; Tozun ve ark., 2009), alt üriner sistem semptomları (Huskaar ve ark., 2002; Biri ve ark., 2006), sık sistit ve üriner enfeksiyon geçirme (Kocaöz ve Eroğlu 2002; Huskaar ve ark., 2002; Espino ve ark., 2003; Özerdoğan 2004; Koçak ve ark., 2005; Oskay ve ark., 2005; Tozun ve ark., 2009), fekal inkontinans (Huskaar ve ark., 2002; Koçak ve ark., 2005; Oskay ve ark., 2005), konstipasyon (Güneş ve ark., 2000; Huskaar ve ark., 2002; Oskay ve ark., 2005; Tozun ve ark., 2009), diüretik kullanımı (Huskaar ve ark., 2002; Koçak ve ark., 2005; Oskay ve ark., 2005; Tozun ve ark., 2009), kafeinli içecekler (Arya ve ark., 2000; Gray 2001; Huskaar ve ark., 2002) ve çay tüketimi (Hannestad ve ark., 2003) sigara içme (Huskaar ve ark., 2002; Espino ve ark., 2003; Hannestad ve ark., 2003; McBride, 2004), kötü sağlık durumu (Roe and Doll 2000; Huskaar ve ark., 2002; Espino ve ark., 2003; Biri ve ark., 2006; Holroyd-Leduc and Straus 2004b), bilişsel ve fonksiyonel bozukluklar (Huskaar ve ark., 2002), diyabet (Güneş ve ark 2000; Huskaar ve ark., 2002; Özerdoğan 2003; Espino ve ark., 2003; Tozun ve ark., 2009), solunum problemleri (Kocaöz ve Eroğlu 2002; McBride, 2004; Biri ve ark., 2006; Tozun ve ark., 2009), çalışma koşulları (Huskaar ve ark., 2002; Sampselle ve ark., 2004) ve depresyon (Zorn ve ark., 1999; Streers ve Lee 2001, Goldacre ve ark., 2006) yer almaktadır.

Yaş ve cinsiyet idrar kaçırmanın prevalansında etkili iki faktördür. İlerleyen yaşla birlikte mesane kapasitesi, maksimum üretral kapanma basıncı, üretra ve mesane kompliyansı, idrar akım hızında azalma, idrara çıkma hissini erteleyememeye (Resnick ve Yalla 1985), ortaya çıkan kronik hastalıklar, mesane ve pelvik yapıda oluşan değişiklikler idrar kaçırmanın bütün tiplerinde artışa neden olmakta (Pires, 1996; Sander, 1999; Sampselle, 2000; Peyrat ve ark., 2002; Huskaar ve ark., 2002; Çetinel ve ark., 2007) ve kadınları obsterik, jinekolojik ve hormonal nedenlerden dolayı erkeklerden daha fazla etkilemektedir (Thom, 1998; Ateşkan ve ark., 2000; Muscatello ve ark., 2001; Huskaar ve ark., 2002).

İdrar kaçırma prevalansının ırk ve etnik olarak farklılıklar gösterdiği bildirilmektedir. İdrar kaçırmanın Maori adalarındaki kadınlarda (%46.8), Avrupa (%31.2) ve Pasifik adalarındaki (%29.2) kadınlardan daha yüksek olduğu, Amerika'da yapılan iki çalışmada beyaz kadınlarda (%23-32) siyah kadınlardan (%16-18) daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Minassian ve ark., 2003).

Obstetrik ve jinekolojik faktörler idrar kaçırmanın etyopatogenezinde etkili olan ve en çok araştırılan konulardandır. İdrar kaçırma sorununun oluşmasında gebelik, doğum, doğum şekli, doğum sayısı, çoğul gebelik, iri bebek, bebek baş çevresi, epizyotomi uygulaması obstetrik risk faktörleri arasında yer almaktadır (Muscatello ve ark., 2001; Peyrat ve ark., 2002). Bununla birlikte bu faktörlerin idrar kaçırmaı arttırdığına ilişkin araştırma sonuçları tartışmalıdır (Peyrat ve ark., 2002; Huskaar ve ark., 2002).

Gebe kadınların gebe olmayan kadınlardan daha fazla idrar kaçırma sorunu yaşadığı ve gebelerde prevalansın %30-60 arasında olduğu bildirilmektedir (Huskaar ve ark., 2002).

Doğum; kas ve bağ dokusunun gerilmesi ve zayıflması sonucu pelvik tabanın gevşemesine, pelvik organların destek yapı ve pozisyonlarında bozulmaya, pelvik sinirlerin hasar görmesine ve eksternal sfinkterin detrusör kontraksiyonuna ya da karın içi basınç artışına cevabını bozarak idrar kaçırmaıya neden olabilmektedir (Sampselle, 2000; Huskaar ve ark., 2002; McBride 2004). Baessler ve Schuessler (2003) inceledikleri 30 çalışmada vajinal doğumun bağ dokusunda hasar, nöromüsküler ve müsküler yapılarda çeşitli derecelerde değişime yol açtığını ve idrar kaçırma ya da dışkı tutamamaya neden olduğunu belirtmiştir.

Doğum sayısı artıkça idrar kaçırma riski de artmaktadır. Dört ve daha fazla sayıda doğum yapan kadınlarda hiç doğum yapmayan kadınlara göre daha fazla idrar kaçırmanın görüldüğü, doğum sayısı ile idrar kaçırma arasında doğrusal bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Huskaar ve ark., 2002, Onur ve ark. 2009).

Doğum şeklide idrar kaçırma etkileyen önemli bir faktördür. Çalışmalarda doğum yapanların hiç doğum yapmayanlardan, vajinal doğum yapanların sezaryanla doğum yapanlardan, forsepsle doğum yapanların normal ve vakumla doğum yapanlardan daha fazla idrar kaçırma sorunu yaşadığı bildirilmektedir (Huskaar ve ark., 2002; Hoyrold-Leduc ve Straus 2004b, McBride 2004; MacArthur ve ark., 2006). Ayrıca doğumda müdahale şekillerine göre idrar kaçırma tipleride değişmektedir. Forsepsle doğum, doğumda vakum kullanma, doğumun ikinci evresinin uzaması, sfinkter rüptürü, epizyotomi uygulaması, bebek kilosu ve bebek baş çevresi stres tipi idrar kaçırma bir risk olarak ileri sürülürken (Peyrat ve ark., 2002; Hoyrold-Leduc ve Straus 2004b), sıkışma tipi idrar kaçırma için risk faktörü olarak bildirilmemektedir. Mikst tipi idrar kaçırma doğum şekillerine göre herhangi bir fark bildirilmemiştir (Hoyrold-Leduc ve Straus 2004b).

İlk doğum yaşı ile stres tipi idrar kaçırma arasında korelasyon olduğu bildirilmektedir. İlk doğumunu 30-44 yaşlarında yapan kadınlarda stres tipi idrar kaçırma prevalansının 2/3 oranında arttığı bildirilmektedir (Hampel ve ark., 2004). Bununla birlikte Kocaöz ve Eroğlu (2002) çalışmasında ilk doğum yapma yaşı ile anlamlı ilişki olmadığını belirtmiştir.

Histerektomi ve overlerin alınması ile zorunlu hormonal değişim ve nörolojik bozukluklar idrar kaçırma neden olabilmektedir. Histerektomide pelvik yapı, mesaneyi saran kas ve faysa zarar görmektedir (Huskaar ve ark., 2002). Ayrıca jinekolojik cerrahi (Güneş ve ark., 2000; Maral ve ark., 2001; Huskaar ve ark., 2002) ya da prolapsus (Kocaöz ve Eroğlu 2002, Onur ve ark., 2009) cerrahisi de bir risk faktörü olarak vurgulanmaktadır.

Menopoz sonrası östrojen eksikliğinin idrar kaçırmanın gelişimine etkisi tartışmalıdır. Bazı çalışmalarda kadınlarda perimenopozal dönemde idrar kaçırma insidansının arttığı bildirilirken, bazı çalışmalarda ise son menstruasyondan 10 yıl önce idrar kaçırma geliştiği ve premenopozal dönemdeki kadınları postmenopozal dönemdeki kadınlardan daha çok etkilediği belirtilmiştir (Robinson ve Cardozo 2003; McBride, 2004). Üretra ve vajina epitelyumu ortak embriyolojik orjine sahiptir. Bu bölgelerde östrojen reseptörleri çok yoğun olarak bulunur ve bu bölgeler seks steroidlerinden

etkilenir (Yalçın, 2000; Huskaar ve ark., 2002). Menopoz döneminde östrojen eksikliğine bağlı bu dokularda gelişen atrofik değişikliklerin, alt üriner sistem fonksiyonunu bozduğu, üriner sistem enfeksiyonlarına ve idrar depolama sorunlarına yol açtığı ileri sürülmektedir (Sander, 1999, Huskaar ve ark., 2002)

Sistemik ve kronik hastalığı olanlarda daha fazla idrar kaçırma görüldüğü bildirilmektedir. Bunlar arasında diyabetes mellitus (Güneş ve ark., 2000; Huskaar ve ark., 2002; Özerdoğan ve ark., 2004, Tozun ve ark. 2009), radyasyon tedavisi görme (Dikencik, 2002; Huskaar ve ark., 2002) ve solunum sistemi problemleri yer almakatadır (Kocaöz ve Eroğlu 2002; McBride, 2004; Koçak ve ark., 2005; Oskay ve ark., 2005; Biri ve ark., 2006, Tozun ve ark. 2009). Diyabetes mellitus, diyabetes insipidus, hiperkalsemi, ödem, konjestif kalp yetmezliği ve aşırı sıvı alımı sonucu volüm yüklenmesi ile renal klirens artmakta, sık idrara çıkma, sıkışma hissi ve sıkışma tipi idrar kaçırma ortaya çıkabilmektedir (Yalçın, 2000). Merkezi ve periferik sinir sistemini etkileyen multiple skleroz, parkinson, serebro vasküler atak gibi hastalıklarda, mesaneyi kontrol eden sinir sisteminin hasar görmesine bağlı idrar kaçırma, sıkışıklık hissi ya da sık idrar çıkma şikâyetleri görülebilmektedir (Haslam ve Laycock 2008).

Beden kitle indeksinde artma idrar kaçırmanın gelişmesinde etkili bağımsız bir risk faktörüdür. İdrar kaçırmanın şiddetini artırmakta ya da tek başına idrar kaçırmaya neden olabilmektedir (Huskaar ve ark., 2002; McBride 2004; Koçak ve ark., 2005; Filiz ve ark., 2006). Kilo artışının gebelikte olduğu gibi pelvik taban kas yapısına zarar verdiği, kilo vermeye idrar kaçırmanın düzeldiği, kilo alma ile durumun kötüleştiği bildirilmektedir (Huskaar ve ark., 2002).

Kronik ya da subakut alt üriner sistem enfeksiyonları, idrarda kan, koku olması, idrar yapma esnasında yanma hissi, idrar akımını başlatmada güçlük, idrar akıntısını kesmede güçlük, idrar yaparken ve idrarı akıtmada zorlanma, ıkınma ihtiyacı, boşaltır boşaltmaz tekrar idrara çıkma ihtiyacı gibi alt üriner sistem semptomlarının (Huskaar ve ark., 2002; Biri ve ark., 2006), sistit ve sık üriner enfeksiyon geçirmenin (Kocaöz ve Eroğlu 2002; Dikencik, 2002; Huskaar ve ark., 2002; Koçak ve ark., 2005, Tozun ve ark., 2009) idrar kaçırmada etkili olduğu bildirilmektedir

Kronik konstipasyon sürekli zorlanmaya bağlı pelvik taban kaslarının zayıflamasına, karın içi basıncında artmaya neden olarak idrar kaçırmada predispozan bir faktör olarak vurgulanmaktadır. Ayrıca tedavi sonrası kontrol altına alınmayan konstipasyon idrar kaçırmanın tekrarlamasına yol açabilmektedir (Dikencik, 2002; Haslam ve Laycock 2008).

Çeşitli ilaçlar idrar oluşumunu hızlandırmakta, sempatik ve parsempatik sinir sistemi üzerinde oluşturdukları etkiler nedeniyle alt üriner sistem semptomlarına neden olmaktadır. Bunlar arasında diüretikler, psikotropolar, narkotik analjezikler, alfa adrenerjikler blokerler ve antagonistleri, beta adrenerjik antagonistler ve kalsiyum kanal blokerleri sayılabilir (Yalçın, 2000).

Kafein, karbonhidratlı ve asitli içeceklerin idrar kaçırma etkisi kesin kanıtlanmamakla birlikte risk faktörü olarak bildirilmektedir. Kafein mesane kası üzerindeki uyarıcı etkisi ve diüretik özeliğinden dolayı, karbonhidratlı ve asitli içecekler mesane kası üzerindeki irritan etkisinden dolayı sıkışma hissi, sık idrara çıkma ve idrar kaçırmaya neden olabilmektedir (Haslam ve Laycock 2008). Yapılan bir çalışmada detrusör insitabiliteli kadınlarda kafein alımının kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (Arya ve ark., 2000).

Sigara içmenin idrar kaçırma bir risk faktörü olduğu ile ilgili tartışmalar mevcuttur. Sigara içmeye bağlı gelişen kronik öksürüğün, pelvik taban kaslarının hasar görmesine ve karın içi basıncında artmaya yol açması ve sigaranın içinde bulunan zararlı maddelerin mesane kası üzerinde irritan etki göstermesi ile idrar kaçırmanın gelişebileceği bildirilmektedir (Haslam ve Laycock 2008) Yapılan bir çalışmada sigara içenlerde içmeyenlere göre detrusör insitabilitesinin anlamlı şekilde daha fazla olduğu (Arya ve ark., 2000), başka bir çalışmada ise günde 20 den fazla sigara içme ile ciddi idrar kaçırma arasında ilişki bildirilirken (Hannestad ve ark., 2003), Tozun ve ark., yaptığı çalışmada (2009) sigara içme ile idrar kaçırma arasında ilişki görülmemiştir.

Fonksiyonel idrar kaçırma birey ya fiziksel nedenlerle tuvalete ulaşma sorunları yaşar ya da bilinçsel nedenlerle idrara çıkma hissinin farkına varamaz. Minisian ve ark.'nın (2003) metaanalizinde incelenen 5 çalışmada fonksiyonel ve motor bozukluklar ve idrar kaçırma arasındaki ilişki görülmüştür.

Uzun süre ayakta kalmayı gerektiren çalışma koşulları (Sampselle ve ark., 2004) ya da çalışma ortamında hareket kısıtlılığı (Huskaar ve ark., 2002), zorlayıcı, karın içi basıncında artışa neden olan spor aktiviteleride idrar kaçırmaya neden olmaktadır.

Günümüzde idrar kaçırma mı depresyona, depresyon mu idrar kaçırmaya neden oluyor tartışılmakla birlikte idrar kaçıranlarda depresyon oranının yüksek olduğu görülmüştür (Zorn ve ark., 1999; Streers ve Lee 2001, Goldacre

ve ark., 2006). Coyne ve ark.'nın (2008) Avrupa'nın dört ülkesinde yaptıkları çalışmada idrar kaçıran grupta depresyonun anlamlı şekilde daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Aşırı aktif mesanenin depresyonla istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir.

İdrar Kaçıran Kadınların Yardım Almama Nedenleri

Kadınlar idrar kaçırmadan dolayı yaşam kaliteleri etkilemesine rağmen yardım almamaktadır. Yardım almama nedenleri olarak idrar kaçırmayı normal ve yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak görmeleri, tedavinin yararlı olmayacağına inanmaları, kimden yardım alacaklarını bilmemeleri, sorunu sağlık görevlisi ile paylaşmada sıkıntı, kararsızlık, korku hissetmeleri, tanı ve tedavi girişimlerinde maliyetin fazla olması bildirilmektedir (Vinsnes ve ark., 2001; Minassian ve ark., 2003; Koch, 2006). Kadınların çoğu idrar kaçırmayı tıbbi bir sorundan daha çok sosyal bir problem ve tabu olarak görmekte, sorun hakkında konuşmaktan çekinmekte ve çoğunlukla sorun başladıktan en az bir yıl sonra hekime başvurumaktadırlar (Biri ve ark., 2006). Yardım arayışında etkili olan faktörler arasında kültürel ve etnik farklılıklar, daha önceki kişisel deneyimler, yaş, utanma, sorunun günlük yaşam aktivitelerine etkisi, psikososyal sıkıntının derecesi, idrar kaçırmının tipi, ciddiyeti ve yaşam kalitesine etkisi yer almaktadır (McBride, 2004; Shaw ve ark., 2006). Minassian ve ark.'nın (2003) metaanaliz çalışmasında hastaların büyük çoğunluğunun yakınmaları ile ilgili tıbbi yardım almadığı, aşırı miktarda idrar kaçıran kadınların yalnızca %42 oranında sağlık personeline danıştığı, Shaw ve ark.'nın çalışmasında (2006) 17-74 yaş arası farklı tanımların kullanıldığı çalışmalarda hekime başvurma oranını %2-61.1 olarak bildirmiştir.

İdrar kaçırmaya yakınması olan 5976 kadında yapılan bir çalışmada kadınların %49'nun 10 yıldan daha uzun süredir idrar kaçırmaya yakınmasının olduğu, ancak bu grubun yalnızca %31'nin tıbbi yardıma başvurduğu belirtilmiştir (O'Donnell ve ark. 2005), başka bir çalışmada ise idrar kaçıran kadınların %30'undan daha azının yardım için başvurduğu saptanmıştır (Koch 2006). Yurt içinde yapılan çalışma sonuçları, yurt dışında yapılan çalışma sonuçları ile bezerlik göstermekte olup; idrar kaçıran kadınların çok azının (%12.4- %27.7) yardım aldığı belirlenmiştir (Özerdoğan ve ark. 2004, Ekin ve ark. 2004, Çetinel ve ark. 2006, Biri ve ark. 2007).

İdrar kaçırmaya mental, sosyal, fiziksel ve çevresel faktörlerden dolayı ortaya çıkabilen bir semptomdur. Tedavi farmakolojik, nonfarmakolojik (davranışsal [konservatif]) ve cerrahi olmak üzere üç grupta toplanmaktadır (Pires 1996,

Sampselle 2000, Hoyrold-Leduc ve Straus, 2004b, Beji 2005). İdrar kaçırma hem nedenlerin hem de bakım ve tedavi seçeneklerinin mültifaktöryel olması, farklı dallardan bir çok sağlık bakım profesyonellerinin semtomun çözümünde görev almasını zorunlu kılmaktadır (Milne ve Moore, 2003). Bu nedenle multidisipliner ekip yaklaşımı zorunludur. Bu ekibin vazgeçilmez üyelerinden biri de hemşirelerdir. Hemşirelerin idrar kaçırmanın yönetiminde; eğitici, danışman, araştırmacı, yönetici, koordinatör, rehabilite edici ve uygulayıcı rolleri vardır (Beji 2005).

Sonuç olarak idrar kaçırma, kadın yaşantısını etkilemekte ve buna rağmen kadınlar yardım almamaktadır. Etiyolojisinde halen tartışmalı birçok faktör bildirilmektedir. Kadınların idrar kaçırma ve risk faktörleri konusunda bilgi düzeyleri değerlendirilmeli, idrar kaçırmanın yaşamın doğal bir parçası olmadığı anlatılmalı, risk faktörleri ve bu faktörlerin etkisini azaltmada etkili yöntemler ile ilgili eğitim verilmelidir. Bu konularla ilgili daha fazla çalışmaya gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D. Rosier, P. (2003). "The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from standardisation subcommittee of the international continence society", **Urology**, 61: 37-49.
- Arya, L.A., Myers, D.L., Jackson, N.D. (2000). "Dietary caffeine intake and the risk for detrusor instability: a case-control study", **Obstet Gynecol**, 96(1):85-9.
- Ateşkan, Ü., Mas, R.M., Doruk, H., Kutlu, M. (2000). "Yaşlı Türk popülasyonunda üriner inkontinans görülme sıklığı muhtemel klinik tipleri ve birey açısından öneminin değerlendirilmesi", **Geriatri**, 3:45-50.
- Baessler, K., Schuessler, B. (2003). "Childbirth-induced trauma to the urethral continence mechanism: review and recommendations", **Urology**, 62 (4 Suppl 1): S39-S44.
- Beji N.K. (2005). "Ürojinekolojide hemşirelik yaklaşımı", **Türkiye Klinikleri J Int Med Sci**, 1(45): 52-55.
- Biri, A., Durukan, E., Maral, I., Korucuoglu, U., Biri, H., Tyras, B., Bumin, M.A. (2006). "Incidence of stress urinary incontinence among women in Turkey", **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct**, 17(6):604-10.

Bogner, H.R. (2004). "Urinary incontinence and psychological distress in community-dwelling older African Americans and whites", **American Geriatrics Society**, 52(11): 1870-4.

Çetinel, B., Demirkesen, O., Yalçın, O., Koçak, T., Şenocak, M., İtil, İ., (2007). "Hidden female urinary incontinence in urology and obstetrics and gynecology outpatient clinics in Turkey: What are the determinants of bothersome urinary incontinence and help seeking behavior?", **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct**, 18(6):659-64.

Coyne, K.S., Sexton, C.C., Irwin, D.E., Kopp, Z.S., Kelleher, C.J., Milsom, I. (2008). "The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study", **BJU Int**, 101(11):1388-95.

Dikencik, B.K. (2002). "Üriner İnkontinansın Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri. İçinde: Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı", Ed: Beji NK, F N **Hemşirelik Yüksekokulu Yayın: 5**, Emek Matbaacılık, s.29-50.

Ekin, M., Karayalçın, R., Özcan, U., Erdemlioğlu, E. (2004). "The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women of reproductive and postmenopausal age groups", **Journal Ankara Medical School**, 26(1):21-25.

Ertunç, D., Tok, E.C., Pata, O., Dilek, U., Ozdemir, G., Dilek, S. (2004). "Is stress urinary incontinence a familial condition", **Acta Obstet Gynecol Scand**, 83(10):912-6.

Espino, D.V., Palmer, R.F., Miles T.P., Mouton. C.P., Linchtenstein. M.J., Markides, K.P. (2003). "Prevalence and severity of urinary incontinence in elderly. Mexican-American women", **J Am Geriatr Soc**, 51(11):1580-6.

Filiz, T.M., Uludag, C., Cinar, N., Gorpelioğlu, S., Topsever, P. (2006). "Risk factory for urinary incontinence in Turkish women A cross-sectional study", **Saudi Med J**, 27(11):1688-92.

Goldacre MJ, Abisgold JD, Yeates DG, Voss S, Seagroatt V. (2007). "Self-harm and depression in women with urinary incontinence: a record-linkage study", **BJU Int.**; 99(3):601-5. Epub 2006

Gray, M. (2001). "Caffeine and urinary continence", **J Wound Ostomy Continence Nurs**, 28(2):66-69.

Güneş, G., Güneş, A., Pehlivan, E. (2000). "Malatya yeşilyurt sağlık ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda üriner inkontinans ve etkili faktörler", **Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi**, 7 (1):54-57.

- Hampel, C., Artibani, V., Espuna Pons, M., Haab, F., Jackson, S., Romero, J., Gavart, S., Papanicolaou, S. (2004). "Understanding the burden of stress urinary incontinence in Europe: A qualitative review of the literature" **Eur Urol**, 46(1):15-27.
- Hannestad, Y.S., Lie, R.T., Rortveit, G., Hunskaar, S. (2004). "Familial risk of urinary incontinence in women: population based cross sectional study", **BMJ**, 16:329(7471):889-91.
- Hannestad, Y.S., Rortveit, G., Daltveit, A.K., Hunskaar, S. (2003). "Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT study" **BJOG**, 110(3):247-54.
- Haslam J., Laycock J.(2008). "**Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain**", 2nd Ed. Springer, London, s:21-26, 41-57, 139-143.
- Holroyd-Leduc, J.M., Straus, S.E. (2004a). "Management of urinary incontinence in women: Clinical applications", **JAMA**, 291(8):996-99
- Holroyd-Leduc, J.M., Straus, S.E. (2004b). "Management of urinary incontinence in women: scientific review", **JAMA**, 291(8):986-95.
- Hunskaar, S., Burgio, K., Diokno, A., Herzog, A.R., Hjalmas, K., Lapitan, M.C. (2003). "Epidemiology and natural history of urinary incontinence", **Urolog**, 62(4 Suppl 1):S16-S23.
- Huskaar, S., Lose, G., Sykes, D., Voss, S. (2004). "The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries" **BJU Internationa**, 93:324-330.
- Huskaar, S., Burgio, K., Herzog, A.R., Halmas, K., Lapitan, M.C. (2002). "**Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence**", In: *Incontinence*. Eds: Abrams, P., Cardozo, L., Houry, S., Wein, A. Health Publication Ltd, 2nd ed, Vol 2, p.165-201.
- Koçak, İ., Okyay, P., Dundar, M., Erol, H., Beser, E. (2005). Female urinary incontinence in the west Turkey: Prevalence, risk factors and impact on the quality of life", **Eur Urol**, 48:634-641.
- Kocaöz, S., Eroğlu, K. (2002). "Kadınlarda stress üriner inkontinans yaygınlığı ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi", **Hemşirelik Araştırma Dergisi**, 4(1):29-39.
- Koch, L.H. (2006). "Help-seeking behaviors of women with urinary incontinence: An integrative literature review", **J Midwifery Womens Health**, 51(6):39-44.
- Luber, K.M. (2004). "The definition, prevalence and risk factors for stress urinary incontinence", **Rev Urol**, 6 (Suppl 3):S3-S9.

- MacArthur, C., Glazener, C.M.A., Wilson, P.D., Lancashire, R.J., Herbison, G.P., Grant, A.M. (2006). "Persistent urinary incontinence and delivery mode history: A six-year longitudinal study", **Int J Gynaecol Obstet**, 113:218-224.
- Maral, I., Ozkardes, H., Peskircioglu, L., Bumin, M.A. (2001). "Prevalence of stress urinary incontinence in both sexes at or after age 15 years: a cross-sectional study", **J Urol**, 165(2):408-12.
- McBride, A.W. (2004). "Pathophysiology of stress urinary incontinence" **Journal of Pelvic Medicine & Surgery**, 10(1): 1-7.
- McGrother, C.W., Donaldson, M.M., Shaw, C., Matthews, R.J., Hayward, T.A., Dallosso, H.M., Jagger, C., Clarke, M., Castleden, C.M., MRC Incontinence Study Team. (2004). "Storage symptoms of the bladder: prevalence, incidence and need for services in the UK", **BJU Int**, 93:763-9.
- Minassian, V.A., Drutz, H.P., Al-Badr, A. (2003). "Urinary incontinence as a worldwide problem", **Int J Gynaecol Obstet**, 82: 327-338.
- Milne J.L., Moore K.N. (2003). "An exploratory sstudy of continence care services worldwide", **Int J Nurs Stud**, 40: 235-247.
- Muscattello, D.J., Rissel, C., Szonyi, G. (2001). "Urinary symptoms and incontinence in an urban community: prevalence and associated factors in older men and women", **Intern Med J**, 31: 151-160.
- O'Donnell, M., Lose, G., Sykes, D., Voss, S., Hunskaar, S. (2005). "Help-seeking behaviors and associated factors among women with urinary incontinence in france, germany, spain, and the United kingdom", **European Urology**, 47:385-392.
- Onur, R., Deveci, S.E., Rahman, S., Sevindik, F., Acik, Y. (2009). "Prevalence and risk factors of female urinary incontinence in eastern Turkey", **Int J Urol**, 16(6):566-9. Epub 2009.
- Oskay, U.Y., Beji, N.K., Yalcin, O. (2005). "A study on urogenital complaints of postmenopausal women aged 50 and over", **Acta Obstet Gynecol Scand**, 84(1):72-8.
- Özerdoğan, N., Beji, N.K., Yalçin, O. (2004). "Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey". **Gynecol Obstet Invest**, 58(3):145-50.
- Peyrat, L., Haillet, O., Bruyere, F., Boutin, J.M., Bertrand, P., Lanson, Y. (2002). "Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young women" **Prog Urol**, 12:52-9.
- Pires, M. (1996). "**Bladder Elimination and Continence**". In: *Rehabilitation Nursing*. Ed: Hoeman SP, 2nd Ed, Mosby St Louis, p417-450.

- Resnick, N.M., Yalla, S.V. (1985). "Management of urinary incontinence in the elderly", **N Engl J Med**, 313:800-805.
- Robinson, D., Cardozo, I.D. (2003). "The role of estrogens in female lower urinary tract dysfunction", **Urology**, 62 (Suppl 4A): S45-S51
- Roe, B., Doll, H. (2000). "Prevalence of urinary incontinence and its relationship with health status", **J Clin Nurs**, 9(2):178-187.
- Rortveit, G., Daltveit, A.K., Hannestad, Y.S., Hunskaar, S. (2003). "Vaginal delivery parameters and urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study", **Am J Obstet Gynecol**, 189(5):1268-74.
- Rortveit, G., Daltveit, A.K., Hannestad, Y.S., Hunskaar, S.; Norwegian EPINCONT Study. (2003a). "Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section", **N Engl J Med**, 6:348(10):900-7
- Rortveit, G., Hannestad, Y.S., Daltveit, A.K., Hunskaar S. (2001). "Age- and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study". **Obstet Gynecol**, 98(6):1004-10.
- Rortveit, G., Hunskaar, S. (2006). "Urinary incontinence and age at the first and last delivery: the Norwegian HUNT/EPINCONT study", **Am J Obstet Gynecol**, 195(2):433-8.
- Sampselle, C.M. (2000). "Behavioral intervention for urinary incontinence in women: Evidence for practice", **J Midwifery Womens Health**, 45:94-103.
- Sampselle, C.M., Palmer, M.H., Boyington, A.R., O'Dell, K.K., Wooldridge, L. (2004). "Prevention of urinary incontinence in adults", **Nurs Res**, 53(6Suppl 1):S61-S67.
- Sander, R. (1999). "Promoting urinary continence in residential care", **Nursing Standart**, 15(14):13-15.
- Shaw, C., Das Gupta, R., Williams, K.S., Assassa, R.P., McGrother, C. (2006). "A survey of help-seeking and treatment provision in women with stress urinary incontinence", **BJU International**, 97: 752-757.
- Steers, W.D., Lee, K.S. (2001). "Depression and incontinence", **World J Urol**. Nov;19(5):351-7.
- Thom, D. (1998). "Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in community: effects of differences in definition, population Characteristics, and study type", **J Am Geriatr Soc**, 46: 473-480.

Tozun, M., Ayrancı, U., Unsal, A. "Prevalence of urinary incontinence among women and its impact on quality of life in a semirural area of western Turkey", **Gynecol Obstet Invest.**, 67(4):241-9. Epub 2009.

Vinsnes, A.G., Harkless, G.E., Haltbakk, J., Bohm, J., Hunskaar, S. (2001). "Healthcare personnel's attitudes toward patient with urinary incontinence", **J Clin Nurs**, 10:455-462.

Yalçın, Ö. (2000). "**Üriner Inkontinanslara Genel Bakış**. İçinde: *Ürojinekoloji*. Eds: Güner H, 1. baskı, Atlas Yayıncılık, Ankara s.19-27.

Zorn, B.H., Montgomery, H., Pieper, K., Gray, M., Steers W.D. (1999). "Urinary incontinence and depression", **J Urol.** ;162(1):82-4.