

## ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN KADINLARDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

### NURSING APPROACHES FOR WOMEN WITH URINARY INCONTINENCE

Şeyda YILDIZ<sup>1</sup>, Zekiye TURAN<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Şeyda Yıldız <https://orcid.org/0000-0003-0719-5552>

Zekiye Turan <https://orcid.org/0000-0002-2763-2820>

#### Özet

Üriner inkontinans 'her türlü idrar kaçırma' şeklinde tanımlanmaktadır. Toplumda net olarak prevalansı saptanamayıp oldukça sık görülen sağlık problemidir. Birçok kadın üriner inkontinansı yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak görmekte ve ihmal edilen sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Her kadının sağlık hizmetine eşit şartlarda ulaşamaması, fazla ve sık doğum, kötü hijyen, toplum tarafından ayıplanma ve utanma duygusu gibi birçok farklı sebepten ötürü üriner inkontinans üzeri örtülen, tespiti zor ve önemli bir sağlık problemi haline gelmiştir. Üriner inkontinans konusunda eğitilmiş hemşireler hasta tanılamada, konservatif tedavi tekniklerini hastaya öğretip uygulamada multidisipliner sağlık ekibinin önemli bir parçasıdır. Bu anlamda hemşirelerin, kadınların üriner inkontinans risk faktörlerini değerlendirmesi, maruziyetlerini önleyerek korunma yolları hakkında danışmanlık yapması önem arz etmektedir. Tüm bunlar doğrultusunda bu derlemenin amacı üriner inkontinans; risk faktörleri, tipleri ve tüm güncel tedavi yöntemlerini kanıt düzeyleri ile ele alarak hemşirelik yaklaşımlarının önemini vurgulamaktır.

**Anahtar Kelimeler:** İnkontinans, üriner inkontinans, hemşirelik yaklaşımı

#### Abstract

Urinary incontinence 'in any case of urinary incontinence' in the way is a definition. Urinary incontinence that is prevalence not detected, quite frequent a health problem. Scores of women think of urinary incontinence as a natural consequence of aging and encounter a neglected health problem. Urinary incontinence has become difficult to detect an important health problem due to many different reasons such as every woman to access health services under equal conditions, excessive and frequent births, poor hygiene, shame, and shame by society. Nurses who are trained in urinary incontinence, patient diagnosis, teaching, and applying conservative treatment techniques to the patient, an important part of the multidisciplinary healthcare team. In this sense, Nurse is important to evaluate the urinary incontinence risk factors of women and to provide counseling about ways of protection by preventing their exposure. In line with all these, our aim in our review is urinary incontinence; The aim is to emphasize the importance of nursing approaches by addressing risk factors, types, and all current treatment methods with evidence levels.

**Keywords:** Incontinence, urinary incontinence, nursing approach

#### Yazışma Adresi/Address for Correspondence:

Şeyda Yıldız

Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Esentepe Kampüsü 54187, Serdivan/Sakarya/Türkiye

**Telefon/Phone:** 0 (530) 062 6522 **E-mail:** seyda.cagay@ogr.sakarya.edu.tr

**Geliş tarihi/Received:** 01.11.2021 | **Kabul tarihi/Accepted:** 06.12.2021

## GİRİŞ

Ürojenekolojik problemlerin; multifaktöriyel etiyojolojiye sahip olması ve kadınların bu problemleri yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak görmesi nedenleriyle tespiti zor olmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde, pelvik organ prolapsusu prevalansının %20, üriner inkontinans prevalansının % 30 ve fekal inkontinans prevalansının %7 civarında olduğu bildirilmiştir (1). Bu doğrultuda gelişmekte olan ülkelerde en sık görülen ürojenekolojik problemin üriner inkontinans olduğu söylenebilir.

Üriner inkontinans mesaneden idrar kaybının önlenememesidir. Uluslararası Kontinans Derneği/Internal Continence Society (ICS) üriner inkontinansı objektif olarak da gösterilebilen sosyal, hijyenik sorunlara sebep olan istemsiz idrar kaçırma şeklinde tanımlamıştır. Ancak güncellenen son raporda “her türlü idrar kaçırma” şeklinde ifade edilmiştir (2).

Üriner inkontinansın kadınlardaki prevalansı erkeklere oranla 2-5 kat daha fazladır (3). Üriner inkontinans dünya da kadınların üçte birinde Türkiye’de ise kadınların %20.5-68.8 arasında değişen oranlarda görülmektedir (4- 7). Kadınlar üriner inkontinansı yaşlanmasının doğal bir sonucu olarak görmesi, utanma duygusu, özgüvenlerindeki azalma nedenleriyle hastaneye başvurma oranları düşüktür. Bu

nedenle üriner inkontinans prevalansı tam olarak belirlenememektedir (6).

### İnkontinans Tipleri

Uluslararası Kontinans Derneği/Internal Continence Society (ICS) tarafından üriner inkontinans tipleri stres, karma (mikst), fonksiyonel, acil (urge), bilinçsiz, noktürnal enürezis (gece idrar kaçırma) ve koital (cinsel aktivite sırasında istemsiz idrar kaçırma) inkontinanstır (3). Kadınların yaklaşık %50’sinde görülen en yaygın tipi ise gülme, ağır kaldırma, öksürme gibi abdominal basıncı arttıran nedenlere bağlı gelişen stres tipi inkontinanstır (8).

**Stres inkontinansı:** Gülme, hapsirme, öksürme gibi abdominal basıncı arttıran durumlar neticesinde oluşan idrar kaçırma türüdür. Kadınları %4-35’inde görülür. Ortalama görüldüğü yaş aralığı 45-49 arasındadır.

**Urge (acil) inkontinans:** Mesane kontraksiyonları sonucu aniden gelen idrar yapma isteğinin ardından oluşan idrar kaçırma türüdür. Yaşlı kadınlarda daha sık görülmektedir.

**Karma (mikst) inkontinans:** Stres ve urge inkontinansın bir arada görüldüğü türdür.

**Fonksiyonel inkontinans:** Mental, fiziksel nedenlere bağlı oluşan inkontinans türüdür. Bazı durumlarda geçici ve geri dönüşümlü olabilmektedir (kafein-alkol alımı, ilaç kullanımı, enfeksiyon vs.).

**Taşma (overflow) inkontinansı:** Mesanenin tam boşaltılamaması durumunda görülen sızıntı veya damlama şeklindeki inkontinanstır (4, 8-10).

### **İnkontinans Risk Faktörleri**

**Cinsiyet:** Kadınlarda erkeklere oranla 2-5 kat daha fazla görülür.

**Yaş:** Yaşın ilerlemesi pelvik taban kaslarının zayıflamasına neden olduğu için üriner inkontinans için risk faktörüdür (11, 12).

**İrk:** Siyah ırka sahip insanların mesane kapasitesi beyaz ırka sahip insanlarınkine oranla daha yüksektir. Bu nedenle siyah ırka göre beyaz ırka sahip insanlar daha fazla risk taşır.

**Obstetrik öykü:** Doğum sayısı, doğum şekli, gebelikte alınan kilo, müdahaleli doğum, bebeğin kilosu, doğum komplikasyonları gibi etkenler inkontinans için risk faktörü oluşturmaktadır (1, 13- 15).

**Menopoz:** Östrojen ve progesteron hormonları alt üriner sistemi etkilemektedir. Menopoz döneminde alt üriner sistemde atrofi gelişir. Bu durumda destek dokusunda zayıflamaya neden olur (12- 14).

**Obezite:** İntroabdominal basıncı artırarak üriner inkontinans için zemin hazırlar ya da oluşan inkontinansı ağırlaştırır (11, 12).

**Üriner sistem enfeksiyonu:** Sık geçirilen üriner sistem enfeksiyonları da inkontinansa zemin hazırlar (12).

**Histerektomi:** Uterusun alınması sonucu cerrahi menopoza giren kadında aniden düşen östrojen ve progesteron enfeksiyonları hem ürogenital atrofi hem de vajinal pH'ı düşürerek enfeksiyonlara neden olmaktadır. Bu durumda üriner inkontinansa neden olan faktörler arasındadır (15).

**Diğer faktörler:** Konstipasyon (kronik konstipasyon ıkınma nedeniyle pelvik taban kaslarına zara verir.), sigara, alkol ve kafein, ağır cisim kaldırma, cinsellik (yanlış yolla zorlu cinsel ilişki pelvik taban kaslarına zarar verdiği için inkontinansa zemin hazırlar) (3, 13, 14).

### **İnkontinans Belirtileri ve Yaşanan Problemler**

Üriner inkontinans kadınlarda psikolojik sorunlardan sosyal sorunlara kadar geniş bir yelpazede hasara neden olmaktadır (6, 16). Bu sorunlar dört başlık altında ele alınabilmektedir.

**Hijyenik problemler:** Üriner inkontinansa bağlı olarak sürekli ıslak kalma, idrar kokma ve perine hijyenini sürdürmede yetersizlik görülmektedir (6, 16).

**Fiziksel problemler:** Üriner inkontinanstaki hijyenik problemlerin yol açtığı ciltte

kızarıklık, tahriş, cilt lezyonları, enfeksiyon vb. sorunlar görülebilmektedir (6, 16).

**Sosyal problemler:** İdrar kaçırma, hijyenik problemlerin kokuya sebep olması sonucu dışarıya çıkmak istememe, toplu taşıma araçlarını kullanmak istememe durumu gelişmekte ve kadınların sosyal izolasyonuna sebep olmaktadır. Bu sosyal izolasyon kadınlarda yalnızlaşma, sosyal aktivitelere katılmama, ileri evrelerde ise depresyona dönüşebilmektedir (6, 16). Tüm bunlar kadınların yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (6).

**Cinsel problemler:** Kadınların idrar kaçırma sonucu yaşadıkları hijyenik ve fiziksel problemler neticesinde eşine karşı çekimsiz ve utangaç davrandığı için eşi ile olan iletişimi de zarar görebilmektedir (3, 16).

### **İnkontinans Tanı ve Tedavi Yöntemleri**

Üriner inkontinans kadınları her açıdan olumsuz etkilediği için en etkili, zararsız ve en ucuz tedaviyi uygulayabilmek amacıyla doğru değerlendirme yapılması zorunludur. Değerlendirme kapsamında anamnez, fizik muayene, üriner günlük, ürojinekolojik testler ve ürodinamik laboratuvar testlerini içermelidir (17).

Hastanın değerlendirmesini yeterli bilgi ve beceriye sahip multidisipliner ekibin yapması gerekmektedir. Hemşire hastanın anamnezini alarak mental durum, çevre ve

sosyal faktörleri değerlendirmeli, fizik muayene, üriner günlüğün değerlendirerek testlerin yapılmasında önemli bir görevi üstlenmektedir (13, 18).

Üriner inkontinans tedavisindeki amaç inkontinansın altında yatan sorunu önleyerek hastanın yaşam kalitesinde artma sağlamaktır. Tedavi yöntemlerinin seçimi sırasında hasta için en az tehlikeli olan ve en az invaziv girişime sahip yöntemin seçilmesi vurgulanmıştır. Konservatif tedavi, ilaç tedavisi ve cerrahi tedavi olmak üzere üç tür tedavi yöntemi bulunmaktadır (19).

### **Konservatif Tedavi Seçenekleri**

Konservatif tedavinin amacı risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasının yanında üriner inkontinansı önleyen yeni davranışların öğrenilmesidir (20, 24).

**Kilo verme:** Beden kitle indeksi ile mesane içi basınç doğru orantılıdır. Yapılan çalışmalar sonucunda kilo vermenin idrar kaçırma sıklığında %47 oranında azalmayı sağladığı saptanmıştır (21). Ayrıca Avrupa Üroloji Derneği inkontinans kılavuzunda beden kitle indeksi fazla olan kadınlar için kilo verme “A” derecesinde önerilmektedir (22) (Tablo 1).

**Sigara kullanımı:** Sigara kronik öksürüğe sebep olması açısından inkontinans artışına neden olabilmektedir. Bununla birlikte sigara kullanımının bırakılmasının tedavi

edici özelliğini gösteren kanıt mevcut değildir (23, 24). Avrupa Üroloji Derneği kılavuzunda sigaranın bırakılması “A” derecesinde önerilmektedir (22) (Tablo 1).

**Diyetin düzenlenmesi:** Ülkemizdeki çay tüketimi göz önüne alınarak hastaların kafein alma oranı sorgulanmalıdır. Yapılan çalışmalarda kafein alımının artması diürece sebep olarak inkontinansa zemin hazırlamaktadır. Ayrıca hastanın konstipasyon durumunun da sorgulanması ve önleyici diyet önerilmesi gerekmektedir (13, 19). Avrupa Üroloji Derneği Kılavuzunda kafein tüketiminin sık idrar çıkışına neden olduğu ancak üriner inkontinansı etkilemediği vurgulanmıştır (22, 24).

**Sıvı tüketiminin düzenlenmesi:** Sıvı tüketiminin az olması konstipasyona ve idrar konsantrasyonunun artmasına neden olmaktadır (23). Avrupa Üroloji Derneği Kılavuzunda az ya da fazla miktarda sıvı tüketimi olmaması, sıvı miktarının düzenlenmesi gerektiği belirtilmiştir (22, 24).

**Mesane eğitimi:** Sık idrara çıkmanın mesane hacminde azalma ve mesanede kasılmalara neden olduğu düşünülmektedir. Hasta idrar yapma sıklığını azaltarak mesane hacmini artırmayı hedeflemektedir (20, 21). Avrupa Üroloji Derneği Kılavuzunda mikst tip inkontinans ve

sıkışma tip inkontinanslı bireylerde mesane eğitiminin ilk basamak tedavi yöntemi olması “A” derecesinde önerilmektedir (22) (Tablo 1).

**Pelvik taban kas eğitimi (Kegel Egzersizi):** Pelvik taban kas eğitimi ile pelvik taban kas gücünü arttırmak hedeflenmektedir. Bu sayede pelvik organ prolapsusu azalmaktadır. Stres, mikst ve urge inkontinans tedavisi için etkin bir yöntemdir. Bu yöntemin etkinliğini arttırmanın tek yöntemi bireyin doğru kas grubunu çalıştırabilmesidir (21). Avrupa Üroloji Derneği Kılavuzunda stres, mikst tipte inkontinansı olan kadınların ilk tedavi yöntemi gözetim eşliğinde pelvik taban kas egzersizi yapması önerilmektedir (22).

**Vajinal konlar:** Pelvik taban kaslarının kasılma gücünü arttırmayı hedefleyen belirli gram ağırlığa sahip konların birey ayakta iken vajende tutulmasını hedefleyen yöntemdir. Uzun dönem kullanım sonuçlarını bildiren çalışma olmamakla birlikte kısa sürede %70-80 başarı oranına sahip yöntemdir. Pelvik taban kasları yerine adduktor kasların kullanılması başarısını sınırlandırmaktadır (19, 23).

**Elektriksel uyarılma:** Pudental sinir uyarımı hedeflenmektedir. Hastanın herhangi bir efor sarf etmemesi avantajken, pasif kontraksiyonların istemli olanlara

göre daha güçsüz olması dezavantajdır (21, 23). Avrupa Üroloji Derneği Kılavuzunda tek başına önerilmemektedir. Urge tip inkontinansda davranışsal tedavilere ek olarak önerilmektedir (22).

**Biyofeedback:** Bu yöntemin sağladığı en büyük avantaj hasta pelvik taban kasını tanıyarak kasıp gevşetmeyi öğrenir (13, 20). Avrupa Üroloji Derneği Kılavuzuna göre stres inkontinansı için ek tedavi yöntemi olarak “A” derecesinde önerilmektedir (22) (Tablo 1).

**Manyetik uyarılma:** Etki mekanizması bilinmemektedir (10). Avrupa Üroloji Derneği Kılavuzunda inkontinans tedavisinde önerilmemektedir (19).

### Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

Davranışsal tedavi yöntemleriyle tedavi edilemeyen üriner inkontinansda başvuru diğer bir yöntem de farmakolojik tedavi yöntemidir (10). Farmakolojik tedavide amaç istemsiz gelişen kontraksiyonları önlemek ve üretra kapanma basıncında artış sağlamaktır (25). Farmakolojik tedavide antimuskarinik ilaçlar, alfa-adrenerjik ilaçlar, beta-adrenerjik ilaçlar, duloksetin, desmopresin ve östrojen kullanılmaktadır.

**Antimuskarinik ilaçlar:** Urge tipi inkontinansın tedavisinde birinci ve ikinci seçenek tedavisi olarak kullanılmaktadır.

Avrupa Üroloji Derneği kılavuzunda Düzey 1a olarak önerilmektedir. Ayrıca antimuskarinik ilaçların pelvis taban kas egzersizi tedavisine göre bir üstünlük sağlamamasının yanında pelvis taban kas egzersizleri hasta memnuniyetini daha fazla sağladığı bildirilmektedir (Düzey 1b) (Tablo 1). Antimuskarinik ilaç başlanan hasta otuz günden önce yan etkileri değerlendirmek amacıyla kontrole çağırılmalıdır (Derece A) (Tablo 1) (5, 22). Ağız kuruluğu, baş ağrısı, görmede bulanıklık, konstipasyon, dispepsi, akomodasyon paralizisi, bilişsel fonksiyonlarda bozulma, uyku, kaşıntı ve gözlerde kuruma başlıca görülen yan etkileridir. Aritmi, son zamanlarda miyokard enfarktüsü geçirmek, dar açılı glokom, myastenia gravis, hepatik yetmezlik, monoamin oksidaz inhibitörü kullanma ve üriner retansiyon antimuskarinik ilaçların kontrendikasyonları arasındadır (10).

**Alfa-adrenerjik ilaçlar:** Stres üriner inkontinansın tedavisinde yaygın kullanılmaktadır. Üretral kapanma basıncını artırır ve üretral düz kas kontraksiyonunu stimüle ederek etki gösterir. Ağızda kuruluk, kan basıncında yükselme, aritmi, bulantı, tremor, uyku bozukluğu, baş ağrısı gibi yan etkiler görülmektedir (25).



**Beta-adrenerjik ilaçlar:** Doğrudan detrusör kasına etki etmektedir (10). Urge tipi üriner inkontinansda kullanılan ikinci basamak tedavi seçeneğidir. Ağız kuruluğu ve konstipasyon görülme sıklığı antimuskarinik ilaçlara göre daha azdır (5). Antimuskarinik ilaçları tolere edemeyen hastalarda, santral sinir sistemi yan etkileri oluşan hastalarda ve kontrendikasyon varlığında tercih edilir (10).

**Duloksetin:** Stres ve mikst tip üriner inkontinans geçici tedavisinde kullanılmaktadır. Avrupa Üroloji Derneği kılavuzunda nadiren de olsa bazı hastalarda santral sinir sistemi ve gastrointestinal sistem yan etkilerine sebep olduğu için kür beklentisi olan hastalara önerilmemesi vurgulanmaktadır (Öneri Derecesi A) (Tablo 1) (5, 10).

**Desmopresin:** Avrupa Üroloji Derneği kılavuzuna göre; noktüri tedavisinde kullanımın ardından 4 saat süre ile üriner inkontinans riskini azalttığı (Kanıt Düzeyi 1b), sürekli kullanımda hiponatremiye neden olduğu (Kanıt Düzeyi 3) ve üriner inkontinans da düzelme sağlamadığı vurgulanmaktadır (22). Bu nedenle uzun dönem inkontinans tedavisinde kullanılmaması önerilmektedir (5).

**Östrojen:** Avrupa Üroloji Derneği kılavuzuna göre postmenopozal dönemdeki kadınlarda vajinal atrofi

varlığında vajinal tedavinin tercih edilmesi önerilmektedir (Kanıt Düzeyi 1a) (Tablo 1). Postmenopozal kadınların vajinal östrojen kullanımını urge tip inkontinansın iyileşmesini sağladığı vurgulanmaktadır (Kanıt Düzeyi 1a) (Tablo 1) (5, 22).

### Cerrahi Tedavi Yöntemleri

Konservatif tedaviye yanıt vermeyen ileri evre inkontinans tedavisinde başvuru olan yöntemdir (18). Cerrahi tedavi için zamanla fazla miktarda yöntem gelişmiştir. Girişimleri kısa dönem başarısı uygulanan tekniğe göre %73 ile %96 arasında değişkenlik göstermektedir. Başarı şansı en yüksek olan cerrahi girişim genellikle ilk yapılan girişimdir. Girişimler vajinal ve abdominal olmak üzere iki şekilde uygulanmaktadır (13).

Cerrahi girişimin seçimi; hastanın yaş, kilo, menopoz durumu, üretral skar varlığı, eşlik eden prolapsusu durumu, derecesi, inkontinans tipi ve cerrahın kişisel düşüncesi belirlemektedir (10, 17).

### Üriner İnkontinansda Hemşirelik Yaklaşımı

Ürojinekolojik sorunların tespitinde yaşanan en büyük zorluk bireye sorulmadığı sürece bireyin ifade etmemesidir. Dolayısıyla tanı, tedavi ve bakım yeterli düzeyde yapılamamaktadır. Birçok hastanın hastaneye başvuru nedeni

ürojinekolojik problemlerin dışında farklı bir problem olduğu için hemşirenin detaylı ve ürojinekolojik sorunları sorgulayarak anamnez alması sorunların tespiti için kilit nokta olmaktadır (26, 27, 28).

Üriner inkontinansı olan hastaya yapılacak hemşirelik uygulamaları kadınların yaşadığı problemleri ve inkontinans risk faktörlerini kapsamalıdır. Bunlar;

- Hijyenik problemlerle baş edebilmesi açısından üriner inkontinans ürünleri (ped, koku gidericiler vb.) hakkında kadın bilgilendirilmelidir.
- Perine hijyeninin önemi vurgulanmalıdır.
- Kadınlara idrarını tutmaması gerektiği, idrar yapma ihtiyacını zamanında karşılaması önerilmelidir.
- Kafeinli içecekler, meyve suyu, demli çay ve baharatlı yiyeceklerden uzak durması gerektiği açıklanmalıdır.
- İdrar kaçırma problemi yaşamamak için kadınlar sıvı kısıtlaması yapabilmektedir. Bu bağlamda kadının beslenme alışkanlıkları sorgulanmalıdır. Sıvı kısıtlamasının idrar yolu enfeksiyonu yatkınlığına ve konstipasyona sebep olacağı kadına açıklanmalıdır.
- Kadınların sedanter yaşam tarzından uzaklaşması önerilmelidir. Kadının spor

yapması hem sosyal hem de fiziksel (konstipasyon ve obezite gelişmesini azaltmak) olarak katkı sağlamakta, yaşam kalitesini arttırmaktadır (16, 29, 30).

- Kadınların aldığı tedaviye ek olarak eğitilmiş ve sertifikalı hemşireler tarafından kegel egzersizi konusunda eğitim verilmelidir (16, 29, 30).
- Üriner inkontinans sorunu olan kadınların bir araya gelmesi sağlanarak, sosyal iletişim kurmaları desteklenmelidir (30).
- Kronik öksürük, kalça kırıkları, dışkı tıkaçları, zihinsel sorunlar gibi rahatsızlıklar giderilmeli ve önlem alınmalıdır (29).
- Menopoz sonrasında kadın sağlık kontrollerini düzenli olarak yaptırması konusunda bilgilendirilmelidir (29).
- Hemşirelerin farmakolojik tedavi gören hastalara; neden ilaç kullanması gerektiğini, ne zaman ve hangi dozda alacağını, gelişebilecek yan etkilerini, olumsuz bir durumda doktoruna başvurması gerektiğini, diüretik ilaçları gündüz alması gerektiğini açık anlaşılır bir dille anlatması gerekmektedir. Eğer hastaya cerrahi tedavi uygulanacak ise; cerrahi girişim sonrasında yara bakımının nasıl olacağı, enfeksiyondan nasıl korunması gerektiği, idrar yolu



enfeksiyonu hakkında bilgi vermesi önemlidir (30).

Tablo 1. Uygulamaların Kanıt Düzeyleri ve Öneri Dereceleri (33-35)		
Kanıt Seviyesi	Kanıt tipi	Öneri Derecesi
1a	Randomize kontrollü çalışmaların meta-analizinden elde edilen kanıtlar	A
1b	En az bir adet randomize kontrollü çalışma	A
2a	En az bir adet iyi planlanmış randomize kontrollü olmayan çalışmadan elde edilen kanıtlar	B
2b	İyi tasarlanmış yarı-deneysel çalışmalardan elde edilen kanıtlar	B
3	İyi tasarlanmış deneysel olmayan çalışmalardan (kıyaslama, korelasyon, vaka-kontrol, kohort, izlem, vb.) elde edilen kanıtlar	C
4	Uzman komite raporları veya görüşleri ile saygın otoritelerin klinik deneyimlerine dayanan görüşler	D

## SONUÇ

Ürojinekolojik problemler kadının hayatını tehdit edecek bir sağlık sorunu olmamasına rağmen kadının günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamakta, sosyal izolasyonuna neden olmakta, azalmış benlik saygısı, utanma sonucu cinsel hayatı sekteye uğratmakta ve psikolojik

sorunlara varan geniş yelpazede sorunlarla kadının yaşam kalitesini önemli oranda düşürmektedir (4, 5, 17, 28, 31, 32). Kadın sağlığının geliştirilmesi toplum salığını üst düzeye çıkardığı göz önünde bulundurulduğunda kadınların dile getirmedikleri bu sağlık probleminin saptanması konusunda hemşirelerin dikkatli olması, tanı ve tedavisi için kadınları yönlendirmesi büyük önem arz etmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Kızılkaya Beji, N. Celebi, E.Z. Avcı, N. Delivery and pelvic floor dysfunction. J Ist Faculty Med. 2021;84(2):269-74.
2. Abrams, P. Cardoza, L. Fall, M. Griffiths, D. Rosier, P. Ulmsten, U. Kerrebroeck, P. Victor, A. Wein, A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation subcommittee of the international continence society. Neurourology and Urodynamics. 2002; 21.167-178.
3. Topuz, Ş. urinary continence and sexuality. Balıkesir Health Sciences Journal. 2015;4(1):60-64.
4. Aydın Özkan, S. Bilgiç, D. Kızılkaya Beji, N. Türkiye’de hemşirelik alanında üriner inkontinansla ilgili yapılan lisansüstü tezlerin

- incelenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;10(2):201-210.
5. Dökmeci, F. Haliloğlu Peker, B. Güngör Uğurlucan, F. Yeniçel, Ö. Çetinkaya, Ş.E. Seval, M.M. İtil, İ.M. Kadınlarda izlenen üriner inkontinans: uluslararası kılavuzlar ışığında güncel yönetim. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2017;70(3):187-193.
  6. Güngör Uğurlucan, F. Comba, C. Emegil, Ş. Yalçın, Ö. Thoughts and attitudes toward urinary incontinence in Turkey. J Ist Faculty Med. 2016; 79(4):141-146.
  7. Özcan, F. Özkürkçügil, C. Etiler, N. Aile Sağlığı Merkezine başvuran kadınlarda idrar kaçırma sıklığı. Türk Aile Hekimler Dergisi. 2016; 20 (1): 29-32.
  8. Tosun B.U. Stres Üriner İnkontinans Tedavi Yaklaşımlarının Kadınların Fiziksel Aktivite Düzeylerine Yaşam Kalitelerine ve Toplumsal Katılımlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tez, Gaziantep, 2018. s: 5-6.
  9. Öztürk, G.Z. Toprak, D. Basa, E. 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2012; 46(4), 170-176.
  10. Öztaş, S. Üriner İnkontinans. Dinçgez Çakmak, B. Jinekolojide Pratik Bilgiler. 1. Baskı, Lyon France, Livre de Lyon, 2020. Sf. 221-238.
  11. Bilge, Ç. Kızılkaya Beji, N. Obesity and lower urinary tract symptoms in women. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2016; 24(2): 72-79.
  12. Akkuş, Y. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı, tipi, şiddeti, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tez, Ankara, 2014, 7-10.
  13. Andaç, T. Can Gürkan, Ö. Demirci, N. Üriner inkontinansta kanıt temelli tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020; 6(2):83-90.
  14. Öz, Ö. Altay, B. Risk factors of urinary incontinence and nursing approach. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 6 (1): 34-37.
  15. Terzi, H. Terzi, R. Kale, A. Urinary incontinence frequency and affecting factors in women aged over 18. Ege Tıp Dergisi. 2013; 52 (1):15-19.
  16. Aktaş, D. Şahin, E. Gönenç, İ. M. Some common gynecologic problems affecting women's health and nursing approaches. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 1 (2):37-53.
  17. Köseoğlu, E. Dinçer, M. Tuncel, A. Rodoplu, H. Atan, A. Kadın Stres

- Üriner İnkontinans Cerrahi Tedavisi Sonrası Komplikasyonlar ve Yönetimi. Onur, R. Bayrak, Ö. Üriner inkontinans tanı ve tedavi. Türk Üroloji Akademisi Yayını No: 2, İstanbul, Nobel Kitapevleri, 2015. s: 367-376.
18. Bostancı, M.S. Albayrak, M. Özen, S. Komplike Olmayan Stres Üriner İnkontinans Tedavisinde Cerrahi Yaklaşımlar. Sakarya Tıp Dergisi, 2014; 4 (1):53-59.
19. Buran, G. Gerçek, E. Kadında üriner inkontinansın konservatif tedavisinde güncel ve kanıta dayalı uygulamalar: literatür incelemesi. Ege Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2019; 35 (3):155-16.
20. Gümüşsoy, S. Kavlak O. The conservative methods in primary urinary incontinence therapy in women. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi. 2016; 8(6).
21. Coşkun, B. Kadıhasanoğlu, M. Üriner inkontinansta konservatif tedavi seçenekleri. Onur,R. Bayrak, Ö. Üriner inkontinans tanı ve tedavi. Türk Üroloji Akademisi Yayını No: 2, İstanbul, Nobel Kitapevleri, 2015, s: 213-223.
22. Lucas, MG. Bosch, RJ. Burkhard, FC. Cruz, F. Madden, TB. Nambiar, AK. EAU Guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence. European Urology. 2012; 62.11,30-42.
23. Kadioğlu, M. Kızılkaya Beji, N. Üriner inkontinans tedavisinde önerilen yaşam biçimi uygulamalarına güncel yaklaşım. HSP. 2016; 3(3):201-207.
24. Çayır, G. & Beji, N.K. Aşırı aktif mesaneli bireylerde Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda planlanan davranışsal tedavi girişimleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2018; 5 (3), 443-452.
25. Kansu Çelik, H. Kısa Karakaya, B. Aksakal, O.S. Evliyaoglu, Ö. Kadınlarda stres üriner inkontinansın farmakolojik tedavisi. Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2017; 14(3):127 – 132.
26. Bilge, Ç. Kızılkaya Beji, N. Life quality scales used for evaluating urinary symptoms in women, J Female Funct Urol. 2015; 1-2-3-4:41-45.
27. Topaloğlu Ören, E.D. Ertem, G. Stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse: a case report. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2018; 3(2): 43-46.
28. Dedeli, Ö. Pakyüz, S.Ç. Bowel Movement: The Sixth Vital Sign? Clin Exp Health Sci. 2016; 6(3): 135-139.
29. Şahin, N. H. Üreme Organlarının

- Yapısal Sorunları. Kızılkaya Beji N, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul, Nobel Kitabevi. 2015. Sf. 137-138.
30. Özcan, M. Kapucu, S. Nursing approach in elderly patients with urinary incontinence. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014; 101–109.
31. İrer, B. Şen, V. Demir, Ö. Bozkurt, O. Esen, A. The effects of urinary incontinence subtypes on quality of life: does it matter urinary incontinence subtype on doctor consultation. Ortadoğu Tıp Dergisi. 2018; 10 (1): 8-12.
32. Demir, S. Kızılkaya Beji, N. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışları. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2015; 23(1): 23-31.
33. Hergül, F.K. Giersbergen, M.Y. Kontinan üriner diversiyonda kanıt temelli uygulamalar ve hemşirelik. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2016; 32 (2): 153-164,
34. Dişli, D. & Kaydırak, M.M. Kanıt Temelli Yaklaşım Perspektifinde Postpartum Bakımın Optimizasyonu. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2021; 6 (2), 143-151.
35. Güneri, S.E. Postpartum erken dönem

kanıta dayalı uygulamalar. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013; 4 (3), 482-496.