

Gonca BURAN<sup>1</sup>  
Orcid : 00000-0001-9082-553X

Emine GERÇEK<sup>2</sup>  
Orcid : 0000-0002-0310-547

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

<sup>2</sup>Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik  
Fakültesi

**Sorumlu Yazar (Correspondence Author):**  
Gonca BURAN  
goncaburan@gmail.com

#### **Anahtar Sözcükler:**

Üriner inkontinas, konservatif tedavi,  
kanıta dayalı uygulamalar

#### **Key Words:**

Urinary incontinence, conservative  
treatment, evidence-based practice

## **Kadında Üriner İnkontinansın Konservatif Tedavisinde Güncel ve Kanıta Dayalı Uygulamalar: Literatür İncelemesi**

Current and Evidence-Based Applications in Conservative Treatment of  
Urinary Incontinence in Woman: Literature Review

**Alınış** (Received): 22.04.2019

**Kabul Tarihi** (Accepted): 17.09.2019

#### **ÖZ**

Üriner inkontinans kadın yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir sorundur. Kadın yaşı ilerledikçe sorun ciddi boyutlara ulaşabilmektedir. Dünyada kadın nüfusunun ve kadınların yaşam ömürlerinin uzun olması, üriner inkontinans insidansında artış riskine neden olması açısından, önlenmesi ve tedavisi ayrı önem taşımaktadır. Üriner inkontinansın tedavisinde konservatif tedavi yöntemleri, cerrahi yöntemin riskleri nedeniyle uygulanmadığı, istenmediği ya da cerrahi girişimin uygun olmadığı durumlarda kullanılabilir. Hemşirelerin üriner inkontinansa yönelik tedavi, bakım ve danışmanlık hizmetlerini güncel ve kanıt temelli sunmaları, hastaların tedavi ve bakım kalitesini artırarak daha olumlu sonuç almalarını sağlayabilmektedir. Bu çalışmada kadınlarda üriner inkontinans sorunlarına yönelik uygulanan konservatif tedavi yöntemlerindeki güncel ve kanıt temelli yaklaşımların hemşirelik uygulamalarına yansıtılabilmesi için incelenmesi ve tartışılması amaçlanmaktadır. Çalışmanın temel bulgularından bazıları; davranışsal tedavilerin sıkışma tipi inkontinans ve stres üriner inkontinans (SÜİ) anlamlı bir azalma sağladığıdır. Mesane eğitiminin sıkışma veya miks tip inkontinansın tedavisinde ilk basamak olarak uygulanabileceği (A düzeyinde kanıt), konların ise; pelvik taban egzersizleri ve elektrostimulasyona benzer etkinlikte olduğu ve tedavi opsiyonu olarak önerilebileceği şeklindedir. Sonuç olarak, literatürde yer alan güncel ve kanıt temelli çalışmalar, konservatif tedavi yöntemlerinin üriner inkontinans türlerinin tedavisinde farklı kanıt düzeylerinde etkili olduğunu göstermektedir.

#### **ABSTRACT**

Urinary incontinence is an important problem that negatively affects the quality of life of women. The prolongation of women's influence and life expectancy in the world population. Prevention and treatment of the female population and women are of great importance in terms of the long life span of the women and the risk of an increase in the incidence of urinary incontinence. Conservative treatment methods can be used in the treatment of urinary incontinence when the surgical method cannot be applied because of the risks, or when surgical intervention is not appropriate. Providing nurses with up-to-date and evidence-based treatment and treatment services for urinary incontinence may provide more positive results by increasing the quality of treatment and care of patients. In this study, it is aimed to examine and discuss the current and evidence based approaches in conservative treatment methods applied to the problems of urinary incontinence in women to reflect on nursing practices. Some of the main findings of the study; treatment of behavioral therapies is a significant reduction in urge and stress urinary incontinence (SUI). Bladder training can be applied as a first step in the treatment of compression or mixed type incontinence (evidence of A level); it is similar to pelvic floor exercises and electrostimulation and may be recommended as a treatment option. In conclusion, current and evidence-based studies in the literature show that conservative treatment methods are effective in different levels of evidence in the treatment of urinary incontinence types.

**Kaynak Gösterimi:** Buran, G. ve Gerçek, E. (2019). Kadında Üriner İnkontinansın Konservatif Tedavisinde Güncel ve Kanıta Dayalı Uygulamalar: Literatür İncelemesi, EGE HFD., 35 (3):155-161

**How to cite:** Buran, G. and Gerçek, E. (2019). Current and Evidence-Based Applications in Conservative Treatment of Urinary Incontinence in Woman: Literature Review, EGE HFD., 35 (3):155-161

## GİRİŞ

Üriner inkontinans (Üİ) yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, hijyenik ve sosyal bir sorun oluşturan istem dışı idrar kaçırılmasıdır (The International Continence Society 2017). Multiparite, yaş ve yüksek beden kitle indeksi (BKİ), gebelik ve doğum, menopoz, kafein, alkol ve sigara Üİ için önemli risk faktörlerindedir (Özcan ve Kopucu 2014, Barbosa ve ark. 2018, Almousa ve ark. 2018). Üriner inkontinans riski doğum yapmamış ergenlerde %1 iken, orta yaşlı kadınlarda % 42.2'ye yükselmekte ve yaş ilerledikçe bu sorun artış göstermektedir (Almousa ve ark. 2018).

Tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de yaşam ömrü artış göstermekte ve yaşlı kadın nüfusu da artmaktadır (TUİK 2017, UN 2018). Bu da kadınların yaş aldıkça menopozun da etkisi ile pelvik bağ dokularının daha da zayıflaması ve farklı risk faktörlerine bağlı olarak gelişen üriner inkontinans sorununda artış anlamına gelmektedir (Taşkın 2016). Doğal olarak artan üriner inkontinans sorunları kadının yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmekte ve Üİ' in önlenmesi ve tedavisi de gün geçtikçe önem kazanmaktadır. İnkontinans sorununun önlenmesi ve giderilmesi multidisipliner ekip çalışması gerektirmektedir. Hemşireler bu ekibin temel üyelerinden biridir ve rolleri sürekli genişlemektedir. Kontinans hemşirelerinin rol ve sorumlulukları arasında; klinisyen/uygulayıcı, araştırma, danışmanlık, sağlığı koruma/geliştirme, eğitim, karar verme, tedavi yönetimi, yönetim ve koordinasyon yer almaktadır (Başgöl ve Kızılkaya Beji 2015, Özkan ve ark. 2019).

Konservatif tedavi yöntemleri; gebelik düşünen ve fertilitatesini korumak isteyen, cerrahi yöntem istemeyen ya da cerrahi girişimlerin riskli olduğu, üriner inkontinans ya da hafif prolapsusa sahip kadınların hastalığının ilerlemesinin engellenmesi amacıyla kullanılmaktadır (Demir ve Taşdemir 2018, Kretschmer ve Bauer 2018). Hemşirelerin üriner inkontinansın önlenmesi, şikâyetlerin azaltılması, tedavisi ve bakımı, kadının yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik girişimlerin uygulanmasında rol ve sorumlulukları oldukça önemlidir (Cangöl ve ark. 2013, Başgöl ve Kızılkaya Beji 2015). Hemşireler üriner inkontinansın risk faktörlerini azaltmak, için pelvik taban kas egzersizi, davranış terapisi, bireyin ihtiyacına göre zayıflamak için fiziksel egzersiz, yaşam tarzı değişiklikleri de dahil olmak üzere konservatif tedavi yöntemlerinin eğitim ve uygulanmasında aktif rol almaktadır (Silva ve D'Elboux 2012). Bu süreçte hemşirelerin güncel tedavi yaklaşımları ve kanıt düzeylerini yakından takip ederek uygulamalarına aktarmaları, kaliteli sağlık hizmeti sunmaları açısından son derece önemlidir.

Bu çalışmada kadınlarda üriner inkontinans sorunlarına yönelik uygulanan konservatif tedavideki güncel ve kanıt temelli yaklaşımların hemşirelik uygulamalarına yansıtılabilmesi için incelenmesi ve tartışılması amaçlanmaktadır.

## KADINDA ÜRİNER İNKONTİNANIN KONSERVATİF TEDAVİSİ

### Konservatif tedavi seçenekleri;

- Hayat tarzı Değişiklikleri; kilo verme, sigaranın bırakılması, diyetin düzenlenmesi, sıvı tüketiminin düzenlenmesi.
- Davranışsal tedaviler; mesane eğitimi.
- Pelvik taban kas eğitimi,
- Vajinal konlar,
- Elektriksel uyarılma,
- Biyofeedback,
- Manyetik uyarılma,
- Peserlerdir (Dumoulin ve ark. 2014, Sjöström ve ark. 2015, Vaughan ve ark. 2018, Sharifi-Rad ve ark. 2018, Suders2019).

### Hayat Tarzı Değişiklikleri

Kilo verme, sigaranın bırakılması, diyetin düzenlenmesi, sıvı tüketiminin düzenlenmesi gibi hayat tarzı değişiklikleri inkontinansın konservatif tedavi seçenekleri içerisinde yer almaktadır (Vaughan ve ark. 2018).

**Kilo verme:** Aşırı kilo ve obezite kadın üriner inkontinans etiyojisinde önemli bir risk faktörüdür. Aşırı kilo abdominal basınç artışı ile mesane içi basınç artışına, ürretral hipermobilitate ve aşırı aktif mesaneye (AAM) neden olarak stres üriner inkontinans oluşumunu tetiklemektedir (Coşkun ve Kadıhasanoğlu 2015, Taşkın 2016). Beden kitle indeksi ile mesane içi basınç arasında doğrudan bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Vissers ve ark. 2014, Lai ve ark. 2019). Kilo verilmesi ile maksimal mesane içi basınçta azalma olması kilo kaybının üriner inkontinans tedavisinde önemli bir yerinin olduğunu desteklemektedir (Vissers ve ark. 2014).

Vissers ve ark (2014) metaanaliz çalışmasında altı aylık yoğun bir kilo verme programının ardından ortalama %8'lik kilo kaybıyla idrar kaçırma sıklığında %47'lik bir azalma olduğunu bildirmiştir. Avrupa Üroloji Derneği'nin inkontinans kılavuzu da obez kadınların kilo vermesi gerektiğini A kanıt düzeyinde önermektedir ([Lucas ve ark. 2012](#)). NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2013) rehberinde BKİ> 30kg / m<sup>2</sup> olan kadınlara kilo vermelerini önermektedir.

**Sigaranın bırakılması:** Sigara kullanımı ile SÜİ arasında bağlantı olabileceği bildirilmiştir. Sigara kronik öksürük etkisiyle SÜİ ve AMM ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca sigaradan idrara geçen kimyasal maddelerin de AAM patofizyolojisinde rol oynayabileceği bildirilmiştir. Imamura ve ark. (2010) tarafından yapılan sistematik derlemenin sonucuna göre sigarayı bırakmanın tedavi edici özelliğine ait bir kanıt olmamakla birlikte, Avrupa Üroloji Derneği Kılavuzu sigaranın bırakılmasını A kanıt düzeyinde önermektedir ([Lucas ve ark. 2012](#)).

**Diyetin düzenlenmesi:** Çay, kahve, kakao ve çikolata kafein içermektedir. Kafein diürezisi arttırmakta ve inkontinansa neden olabilmektedir. Engberg ve ark (2018) ile Cohn ve ark (2018)'nin çalışması aşırı miktarda kafein içeren içeceklerin tüketilmesinin diürezisi artırarak üriner inkontinansa neden olduklarını göstermiştir. Wells ve ark. (2014) tarafından yapılan çift kör randomize kontrollü çalışmada kafein alımının azaltılmasının SÜİ sıklığını ve AAM etkilerini azalttığını göstermiştir. Amerikan Üroloji Derneği kılavuzunda da (2018) kafein alımının azaltılması ile acil inkontinans ve sık idrara çıkma semptomlarının iyileştirilebileceği (B kanıt düzeyi ) bildirilmiştir ([Nambiar ve ark. 2018](#)).

Kronik konstipasyon inkontinans oluşumunda risk faktörü olarak yer almaktadır (Taşkın 2016, [Zhou ve ark. 2019](#)). Bu nedenle kadının konstipe olmaması ve diyetinin düzenlenmesi önemlidir ([Coşkun ve Kadıhasanoğlu 2015](#), Smilen ve ark.2019). Amerikan Üroloji Derneği (2018) konstipasyon süresi ile Üİ gelişimi arasında tutarlı bir ilişkinin olduğunu (C kanıt düzeyi), ancak yetişkinlerde konstipasyon tedavisinin tek başına Üİ' i iyileştirdiğine dair tutarlı bir kanıt olmadığını bildirmiştir.

**Sıvı tüketiminin düzenlenmesi:** Fazla sıvı tüketimi SÜİ ve AAM oluşumu üzerinde etkili olabilmektedir. Mesane günlük ile kadının aşırı miktarda sıvı tüketip tüketmediği saptanabilir. Bu durumda SÜİ ve AAM semptomlarının iyileştirilmesinde sıvı kısıtlaması önerilebilir. Ancak bu uygulamada dikkat edilmesi gereken şey, aşırı sıvı kısıtlamasına gidilmemesidir ([Coşkun ve Kadıhasanoğlu 2015](#)). Çünkü aşırı sıvı kısıtlaması idrar konsantrasyonunun artmasına ve konstipasyona neden olabilmektedir ve mesane fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir ([Wells ve ark. 2014](#)).

### Davranışsal Tedaviler

Davranışsal tedavilerde, mesane kapasitesini arttırmak ya da pelvik taban kaslarının güçlendirilmesi amaçlanmaktadır. İnkontinanslı olan bireyde risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasının yanında, yeni davranışların kazandırılması da konservatif tedavi açısından önem taşımaktadır ([Nambiar ve ark. 2018](#)). Hay-Smith ve arkadaşları tarafından (2011) yapılan ve Cochrane veritabanında yayınlanan sistematik derlemede; davranışsal tedavilerin hafif ile orta derecede semptomu olan, cerrahi tedavi uygun olmayan ya da cerrahi tedaviyi kabul etmeyen hastalar için önerilebileceği bildirilmektedir.

**1.Mesane Eğitimi:** İki grupta ele alınmalıdır. Bunlar işeme sıklığının azaltılması ve işeme sıklığının artırılmasıdır

a) *İşeme sıklığının azaltılması:* Mesane günlüklerinden elde edilen verilerle mevcut mesane kapasitesinin dereceli olarak artırılması hedeflenir ([Coşkun ve Kadıhasanoğlu 2015](#)).

Miksiyonu kontrol etme teknikleri:

- Derin ve yavaş nefes alma
- Diğer vücut bölümlerini gevşetirken pelvik taban kaslarının sıkılması

“Bekleyebilirim” ve “Kontrolü ele alabilirim” gibi zihinsel, görsel, kendi kendine motive edici ifadeleri kullanarak dikkatin başka yöne çekilmesidir ([Kaya ve ark.2015](#), [O'Reilly ve ark.2018](#)). Avrupa Üroloji Derneği (2018) mesane eğitiminin sıkışma veya miks tip inkontinans tedavisinde ilk basamak olarak uygulanmasını önermektedir (A kanıt düzeyi) ([Lucas ve ark. 2012](#), [Nambiar ve ark. 2018](#)).

b) *İşeme sıklığının artırılması:* Mesanenin aşırı dolu olması ile işeme sıklığının gerektiğinden az olması inkontinans açısından risk oluşturmaktadır. Bu tür hastalarda işeme sıklığı artırılır. Ancak işeme sıklığının fazla olmasının, mesane kapasitesini azaltacağı ve aşırı aktif detrusor kontraksiyonlarına zemin hazırlayacağı da unutulmaması gereken önemli bir noktadır. Bu uygulamadaki hedef hasta grubu; işeme sıklığı günde beşten az olan hastalardır ([Coşkun ve Kadıhasanoğlu 2015](#)).

Kanıtlar, davranışsal tedavilerin sıkışma tipi (urge) inkontinans tedavisinde klinik olarak anlamlı bir azalma sağladığını göstermektedir ([Burgio ve ark.2002](#), Hay-Smith ve ark.2011). Davranışçı terapi, birkaç hafta içinde kademeli olarak olumlu sonuçlar vermektedir. Davranışsal tedavi Üİ'nin başlangıç tedavi yaklaşımı olarak tavsiye edilmesine rağmen, birtakım engeller vardır. Öncelikle kadının uygulamayı sürdürmesi ve motivasyonu önemlidir. Ayrıca davranışsal tedaviyi uygulaması ile ilgili olarak bilgi eksikliği, davranışsal becerileri öğretmek için gereken zamanın ayrılmaması ve maliyet diğer önemli engellerdir ([Dugan ve ark.2013](#), [Vaughan ve ark., 2018](#)).

**2. Pelvik Taban Kas Eğitimi:** Kegel tarafından 1948 yılında tanımlanmıştır. Levator ani kaslarının (pubococcygeus, coccygeus, and iliococcygeus) kontraksiyonuna dayanır. Bu egzersizde amaç, pelvik kasları sıkıştırmak, desteklemek ve güçlendirmektir. Bu kaslarının güçlendirilmesi üretral sfinkterin iyileştirilmesi ile inkontinansın önlenmesine olanak sağlar ([Coşkun ve Kadıhasanoğlu 2015](#)).

**Uygulanışı:** Bacakları dizden bükülü pozisyonda olan hasta, vajen ve makat çevresindeki kaslarını içeri çeker tarzda sıkıca kasar. İlk uygulamada 3-4 saniye boyunca, daha sonra 10 saniyeye kadar tutmaya çalışır. Kasma hareketinden sonra 8-10 saniye sürecek dinlenme dönemine geçilir. Bu esnada kasların gevşemesinin hissedilmesi hastanın farkındalığının artmasına katkıda bulunur. Günde en az 10 defa 10 kasma gevşeme hareketleri şeklinde yapılmalıdır. Kegel'e göre bu sayı günde 300 kere olmalıdır ([Cangöl ve ark.2013.;](#) [Coşkun ve Kadıhasanoğlu 2015](#)).

Hagen and Stark (2011)'ın Cochrane sistematik derlemesinde pelvik taban kas egzersizinin üriner inkontinans üzerine etkisini belirleyen çalışma sonuçlarının çelişkili olduğu bildirilirken, Dumoulin ve ark (2011)'nın Cochrane sistematik derlemesinde stres, sıkışma ve mikst tip idrar kaçırma pelvik taban egzersizinin etkin bir tedavi yöntemi olduğu belirtilmiştir. Ayrıca çalışma ped testinin pelvik taban egzersizi yapanlarda daha iyi sonuç verdiğini ve kadınların yaşam kalitesinde artış olduğunu da göstermiştir. Dumoulin ve ark (2014)'nın pelvik taban egzersizine ilişkin yaptıkları Cochrane derlemesinde, Kegel egzersizinin pelvik taban kas gücünü arttırdığı, pelvik organ prolapsusu riskini azalttığı bildirilmiştir. Avrupa Üroloji Derneği (2018) pelvik taban kas eğitiminin SÜİ ve Miks tip Üİ olan kadınlarda Üİ'ı ve yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olduğunu bildirmiştir (A kanıt düzeyi).

**3. Vajinal Konlar:** Vajinal konlar, pelvik taban kaslarını güçlendirmede kullanılan bir yöntemdir. Konlar 3-9 adettir ve 20 gr'dan 100 gr'a kadar artan ağırlıklardan oluşur. Pelvik taban kaslarında güçlü kasılmalar sağlayarak kas gücünün artırılması hedeflenmektedir. Tedavide istemli ya da istemsiz pelvis taban kasılmalarıyla bir biyofeedback duygusu oluşturulmaktadır. Günde iki defa 15 dakikalık seanslar halinde uygulanması istenir. Hastanın ayaktaiken en hafiften başlayarak en az bir dakika vajinal konu vajende tutması ve böylece pelvik taban kaslarını çalıştırması hedeflenir. Pelvik taban kas egzersizlerinde hasta başarılı olamayıp abdominal veya gluteal kaslarını kasabilir. Fakat kon uygularken böyle bir durum gerçekleşmez. Yanlış kas grubunu kullandığında kon vajinadan düşer. Kon şiddetli prolapsusun iyileştirilmesinde etkili değildir, kronik vajinal hastalıklarda da kontrendikedir. Obez olan ve fazla doğum yapan kadınlarda kullanımı zor olup, önerilmemektedir ([Seo ve ark. 2004](#)).

Seo ve arkadaşlarının (2004) çalışması, SÜİ varlığında ağırlıklı vajinal kon kullanımının fonksiyonel elektriksel stimülasyon (FES) – Biofeedback tedavi uygulanmasından daha iyi olduğu ve SÜİ riskini azalttığı; ancak vajinal konlar Pelvik Taban Kas Egzersizi (PTKE) ile karşılaştırıldığında fark olmadığını göstermektedir. Herbison ve Arnold (2009)'un Cochrane sistematik derlemesinde vajinal konların pelvik taban egzersizleri ve elektrostimülasyon ile benzer etkinlikte olduğu bildirilmekte ve konların tedavi opsiyonu olarak önerilebileceği ifade edilmektedir. Avrupa Üroloji Derneği (2018) rehberine göre, vajinal konla yapılan pelvik taban egzersizi, SÜİ, sıkışma tipi Üİ, mikst tip Üİ'in tedavisi ve yaşam kalitesinin artmasında etkilidir (A kanıt düzeyi). Ancak mikst tip Üİ'deki etkisi, SÜİ'dan daha düşüktür ([Nambiar ve ark. 2018](#)).

**4. Elektriksel Uyarılma:** Elektriksel uyarılma SÜİ, sıkışma tipi Üİ ve mikst tip üriner inkontinans tedavisinde kullanılabilir. Her inkontinans tipinde farklı frekansta elektriksel uyarılma kullanılır. Stres üriner inkontinans varlığında yüksek frekans, sıkışma tipi üriner inkontinanstaki düşük frekans tercih edilmektedir. Elektriksel uyarımda pudendal sinir uyarımı yapılır, pelvik taban kaslarında pasif kontraksiyon sağlanır ([Sharifi-Rad ve ark, 2018](#)). Elektriksel uyarılmanın hastaya efor sarf etmeden uygulama şansı vermesi avantaj iken, elektriksel uyarıların sağladığı pasif kontraksiyonların, hastanın efor sarf ederek uyguladığı kontraksiyonlara göre daha güçsüz kalması dezavantajdır. Uygulamanın lokasyonu, frekansı, dalga uzunluğu, dalga-dinlenme oranı, günde uygulanan tedavi sayısı, kaç gün uygulanacağı, her tedavi seansının süresi gibi birçok değişkenin dikkate alınması gerekmektedir. Standart bir yöntem olmaması sebebiyle etkinliği konusunda henüz net bir fikir bulunmamaktadır ([Coşkun ve Kadıhasanoğlu 2015](#)). Ancak Avrupa Üroloji Derneği (2018) elektriksel uyarılmanın SÜİ tedavisinde tek başına önerilmemesi gerektiğini, sıkışma tip inkontinanstaki ise davranışsal tedaviler ile kombine şekilde uygulanabileceğini önermektedir.

**5. Biyofeedback:** Fizyolojik aktivitenin kaydedilip görsel ve/veya duysal işaretlere dönüştürüldükten sonra hastaya yansıtılmasıdır. İstemli veya algılanamayan vücut işlemleri monitorize edilir. Haftada üç kez 25-35 dakika uygulanır ve 15-20 seans sürdürülmelidir. Bu seansların sonunda etkili sonuç elde edilir ([Collins ve Bradshaw 2019](#)).

Basit biofeedback yöntemleri:

- Perineye bir parmak yerleştirmek,
- Kontraksiyonları izlemek için ayna kullanmak,
- İnvajinal şişirilmiş bir foley kateterini dışarıya çekmek için güç uygulamak ([Coşkun ve Kadıhasanoğlu 2015](#)).

Cochrane veri tabanında Biyofeedback yöntemine ilişkin çalışma sonucuna ulaşılamamıştır. Bu konuda ulaşılan en güncel araştırma Chiu ve ark (2018)'nın üriner inkontinans tedavisi ve pelvik taban rehabilitasyonu için biofeedback ve elektriksel stimülasyon yöntemini karşılaştırdığı retrospektif çalışmadır. Bu çalışmanın sonucunda; biofeedback ve elektrostimülasyon ile

pelvik taban rehabilitasyonun, üriner inkontinans için etkili bir terapi olduğu ve idrar kaçırma sayısını önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir (Chiu ve ark.2018).

**6. Manyetik Uyarılma:** Etki mekanizması tam olarak anlaşılmamıştır. Hasta manyetik güç üreten bir sandalyeye oturur ya da mobil bir cihaz ile pelvik taban kaslarının kasılması gerçekleştirilir. Dahili proba ihtiyaç duyulmaz ve hastanın günlük kıyafetleriyle işlemi gerçekleştirmesi hasta açısından avantajdır. Toplam 16 seans uygulanan yöntemde hastadan sekiz hafta süresince haftada iki defa, 20 dakika oturması istenmektedir. Manyetik uyarılma sandalyesi 1998’de Food and Drug Administration (FDA) onayı almıştır. Lim ve ark. (2015) tarafından yapılan sistematik derlemede, manyetik uyarılmanın SÜİ tedavisinde etkili olabileceği, ancak kısa ve uzun vadeli etkilerinin zayıf olduğuna dair kanıtlara ulaşıldığı gösterilmiştir. Üroloji Derneği Kılavuzu’nda (2018) manyetik uyarılmanın kısa vadede pelvik taban kas eğitimine fayda sağlayabileceği bildirilmiştir (B kanıt düzeyi).

**7. Peserler:** Silikon ve plastikten yapılmıştır. Pelvik organ prolapsusu (POP) ve SÜİ birlikte görüldüğünden POP derecesine göre değişik türde ve büyüklükte peser bulunmaktadır. Cerrahi için uygun olmayan, cerrahi tedavi istemeyen ya da belirli bir süre ertelemek isteyen, gebe olan ya da ileri dönemde gebelik planlayan hastalarda kullanılabilir. Aktif genital enfeksiyonu olan ve lateks alerjisi olanlarda kullanımı kontrendikedir ([Coşkun ve Kadıhasanoğlu 2015](#)).

Temel olarak iki çeşit peser vardır.

- 1) Destek sağlayan peserler
- 2) Boşluk dolduran peserler

İnkontinans tedavisinde kullanılanlar: Halka, tabak, hodge, gehrung olarak sayılabilir. İnkontinansı olan kadınlarda başlık içeren halka peser kullanılmalıdır ([Coşkun ve Kadıhasanoğlu, 2015](#)). Başlık üretrayı komprese ederek ve üretral basıncı artırarak inkontinansın tedavisine yardımcı olmaktadır.

Komplikasyonları; peserin yerinden çıkması, idrar kaçırma ve rektal ağrı, hastanın uygulamayı bırakmasına sebep olacak düzeyde vajinal akıntıdır. Nadir olarak vezikovajinal ve rektovajinal fistül ile fekal tıkaç oluşumu söz konusu olabilir ([Temeltas 2013](#)). Shaikh ark (2006)’nın Cochrane sistematik derlemesinde Üİ tedavisindeki yeri konusunda henüz yeterli veri bulunmadığı bildirilmiştir. Benzer şekilde Lipp ve ark (2014)’nın Cochrane sistematik derlemesinde mekanik cihazların kullanımı ve inkontinans üzerine etkileri incelenmiş ve peserlerin üriner inkontinans tedavisinde etkilerine karar vermek için yapılan randomize kontrollü çalışmaların yeterli olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Konservatif tedavi seçenekleri üriner inkontinans türlerinin tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Konservatif tedavi seçenekleri arasında yer alan hayat tarzı değişiklikleri kapsamında eğitim ve danışmanlık hizmeti veren hemşireler kilo verme (A kanıt düzeyi), sigaranın bırakılması (A düzeyi), diyetin düzenlenmesi ve sıvı tüketiminin düzenlenmesine daha fazla önem verilmelidir. Ayrıca hemşireler mesane eğitimini, sıkışma veya miks tip inkontinansı olan hastaların tedavisinde ilk basamak olarak uygulamalı, (A düzeyinde) önerilmeli ve mutlaka ele alınmalıdır. Pelvik taban kas eğitimi üriner inkontinansın önlenmesinde ve SÜİ tedavisinde seçenek olabilir. Vajinal konlar, SÜİ riskini azaltmakta etkilidir ve pelvik taban kas eğitimine benzer etki göstermektedir. Elektriksel uyarılma, SÜİ tedavisinde tek başına önerilmemesi gerektiği bildirilirken, sıkışma tip inkontinansla davranış tedavileri ile kombinasyonu önerilmektedir. Manyetik uyarılmanın ise inkontinans tedavisinde yeri olmadığı belirtilmektedir. Biyofeedback ve peserlerin üriner inkontinans tedavisinde kullanımına dair yeterli kanıt yoktur. Bu konuda randomize kontrollü daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu derlemenin, ürojinekoloji alanında çalışan hemşirelerin bakım ve danışmanlık hizmetlerindeki kanıt temelli uygulamalarına, hastalarının iyileşme ve yaşam kalitelerinin artırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Almoussa S, Van Loon A B. The Prevalence of Urinary Incontinence in Nulliparous Adolescent and Middle-Aged Women and the Associated Risk Factors: A Systematic Review. *Maturitas* 2018; 107:78-83.
- Barbosa L, Boaviagem, A, Moretti E, & Lemos A. Multiparity, Age and Overweight/Obesity as Risk Factors for Urinary Incontinence in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Urogynecology Journal* 2018:1-15.
- Başgöl Ş, Kızılkaya Beji N. Kontinans Hemşirelerinin Gelişen Rollerinin Uluslararası Düzeyde İrdelenmesi. *Evaluation of the Developing Nursing Roles at The International Level. Florans. N. Hem. Derg* 2015; 23(3): 224-30.

- Burgio KL, Goode PS, Locher JL et al. Behavioral Training With and Without Biofeedback in the Treatment of Urge Incontinence in Older Women: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2002, 288, 2293–2299.
- Burkhard FC, Bosch JLHR, Cruz F, Lemack GE, Nambiar AK, Thiruchelvam N, Tubaro A. Guidelines Associates: Ambühl D, Bedretinova D, Farag F, Lombardo R, Schneider MP. *EAU Guidelines on Urinary Incontinence*. 2018.
- Cangöl E, Aslan E, Yalçın Ö. Kadınlarda Pelvik Taban Kas Egzersizleri ve Hemşirenin Rolü Pelvic Floor Muscle Exercises for Women and the Nurse's Role Kadınlarda Pelvik Taban Kas Egzersizleri ve Hemşirenin Rolü Pelvic Floor Muscle Exercises for Women and the Nurse's Role. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013;10 (3):49-56.
- Collins B, & Bradshaw E. Optimising Pouch Function Using Biofeedback. in the *Ileoanal Pouch* Springer, Cham 2019: 153-9.
- Coşkun B. ve Kadıhasanoğlu M. Üriner İnkontinans Konservatif Tedavi Seçenekleri, in: Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi, Edt. Onur R. Ve Bayrak Ö. *Türk Üroloji Derneği/ Turkish Association of Urology, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul* 2015; 213-331.
- Demir R, Taşpınar A. Kadın Sağlığının Korunmasında Kegel Egzersizlerinin Önemi ve Ebelik Yaklaşımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2018; 34 (2): 77-88.
- Dugan SA, Lavender MD, Hebert-Beirne J et al. A Pelvic Floor Fitness Program for Older Women with Urinary Symptoms: A feasibility study. *Phys Med Rehabil* 2013; 5:672–6.
- Dumoulin C, Hay-Smith J, Habee-Seguin GM, Mercier J. Pelvic Floor Muscle Training Versus No Treatment, for Inactive Control Treatments, for Urinary Incontinence in Women: A Short Version Cochrane Systematic Review with Meta-Analysis. *Neurourology and Urodynamics* 2014; 34:300-8.
- Ellington DR, Erekson EA, Richter HE. Outcomes of Surgery For Stress Urinary Incontinence in the Older Woman. *Clin Geriatr Med*. 2015; 31(4):487–505.
- Engberg S. Management of Urinary Incontinence in the Presence of Fecal Incontinence. *Management of Fecal Incontinence for the Advanced Practice Nurse*. Springer, Cham, 2018: 291-305.
- Friedman B. Conservative Treatment for Female Stress Urinary Incontinence: Simple, Reasonable and Safe. *Canadian Urological Association journal= Journal de l'Association des urologues du Canada* 2012; 6: 61-3.
- Hagen S, Stark D. Conservative Prevention and Management of Pelvic Organ Prolapse in Women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No: CD003882. DOI: 10.1002/14651858.CD003882.pub4.
- Imamura M, Abrams P, Bain C, Buckley B, Cardozo L, Cody J, et al. Systematic Review and Economic Modelling of the Effectiveness and Cost-Effectiveness of Non-Surgical Treatments for Women with Stress Urinary Incontinence *Technology Assessment* 2010; 14: 1-188.
- Kaya S, Akbayrak T, Gursen C, & Beksac S. Short-term Effect of Adding Pelvic Floor Muscle Training to Bladder Training for Female Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Trial. *International Urogynecology Journal* 2015; 26(2): 285-93.
- Kretschmer A, & Bauer RM. Conservative treatment options for female incontinence. *Aktuelle Urologie* 2018; 49(1): 73-7.
- Lai HH, Helmuth, ME, Smith A R, Wiseman JB, Gillespie BW, & Kirkali Z. Relationship Between Central Obesity, General Obesity, Overactive Bladder Syndrome and Urinary Incontinence Among Male and Female Patients Seeking Care for Their Lower Urinary Tract Symptoms. *Urology* 2019; 123: 34-43.
- Lipp A, Shaw C, Glavind K. Mechanical Devices for Urinary Incontinence in Women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014; 12: Art. No.: CD001756. DOI: 10.1002/14651858.CD001756.pub6.
- Lucas MG, Bosch RJ, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB, Nambiar AK, et al. *EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence*. *European Urology* 2012; 62:1130-42.

- Lucas MG, Bosch RJ, Burkhard FC, et al. European Association of Urology. EAU Guidelines on Surgical Treatment of Urinary Incontinence. *Actas Urol Esp* 2013; 37: 459-72.
- National Institute for Health and Care Excellence. Urinary Incontinence in Women: Management. NICE Guideline (CG 171). NICE 2013. [nice.org.uk/guidance/cg171](http://www.nice.org.uk/guidance/cg171)
- Nambiar AK, Bosch R, Cruz, F, Lemack GE, Thiruchelvam, N, Tubaro A, ... & Schneider, M. P. EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. *European urology* 2018; 73(4): 596-609. <http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>.
- Seo JT, Yoon H, Kim YH. A Randomized Prospective Study Comparing New Vaginal Cone and FES-Biofeedback *Yonsei Med J.* 2004 ;45(5): 879-84.
- Shaikh S, Ong EK, Glavind K, Cook J, & N'Dow J M. Mechanical Devices for Urinary Incontinence in Women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, 3.
- Sharifi-Rad L, Ladi-Seyedian S. S, Manouchehri N, Alimadadi H, Allahverdi B, Motamed F, & Fallahi, G. H. Effects of Interferential Electrical Stimulation Plus Pelvic Floor Muscles Exercises on Functional Constipation in Children: A Randomized Clinical Trial. *The American journal of Gastroenterology* 2018; 113 (2):295.
- Silva, V A, & D'Elboux M J. Nurses' Interventions in the Management of Urinary Incontinence in the Elderly: an Integrative Review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2012; 46(5): 1221-6.
- Sanders K. Treatment of Stress Urinary Incontinence in Women: A Medical and Surgical Review. *Urologic Nursing*, 2019; 39(1): 29-35.
- Sjöström M, Umefjord G, Lindholm L, Samuelsson E. Cost-effectiveness of an Internet-based Treatment Program for Stress Urinary Incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2013; 34: 244–50.
- O'Reilly Nelson H D, Conry J M, Frost J, Gregory K D, Kendig S M, ... & Qaseem A. Screening for Urinary Incontinence in Women: A Recommendation from the Women's Preventive Services Initiative 2018.
- Özcan M. ve Kapsuz S. Üriner İnkontinansı Olan Geriatrik Hastalara Hemşirelik Yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014; 101–9.
- Özkan SA, Bilgiç D & Beji, NK. Türkiye'de Hemşirelik Alanında Üriner İnkontinansla İlgili Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. *ACU Sağlık Bil Dergisi*, 2019; 10(2):201-10.
- Temeltaş G. Stres Tipi İdrar Kaçırma ve Pelvik Organ Prolapsusunda Cerrahi Dışı Tedavi Seçenekleri. *Kadın ve İşlevsel Üroloji Bülteni* 2013; 3:5-9.
- The International Continence Society 2017 <https://www.ics.org/> Erişim: 12.12.2018
- Vaughan CP, Markland AD, Smith PP, Burgio KL, Kuchel GA, Report and Research Agenda of the American Geriatrics Society and National Institute on Aging Bedside-to-Bench Conference on Urinary Incontinence in Older Adults: A Translational Research Agenda for a Complex Geriatric Syndrome. *Journal of the American Geriatrics Society* 2018; 66(4): 773-82.
- Vissers D, Neels H, Vermandel A, De Wachter S, Tjalma WA, Wyndaele JJ, et al. The Effect of Non-Surgical Weight Loss Interventions on Urinary Incontinence in Overweight Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obesity Reviews : An Official Journal of the International Association for The Study of Obesity* 2014;15:610-7.
- Wells MJ, Jamieson K, Markham TC, Green SM, Fader MJ. The Effect of Caffeinated Versus Decaffeinated Drinks on Overactive Bladder: a Double-Blind, Randomized, Crossover Study. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing: Official Publication of the Wound, Ostomy and Continence Nurses Society / WOCN* 2014; 41(4): 371-8.
- Zhou J, Liu Y, Zhou K, Liu B, Su T, Wang W, & Liu Z. Electroacupuncture for Women with Chronic Severe Functional Constipation: Subgroup Analysis of a Randomized Controlled Trial. *BioMed research international*, 2019.