

Üriner İnkontinans Tedavisinde Önerilen Yaşam Biçimi Uygulamalarına Güncel Yaklaşım Current Approach to the Application of Lifestyle on the Urinary Incontinence Treatment

Merve KADIOĞLU^a, Nezihe KIZILAKAYA BEJİ^b

ÖZET Üriner inkontinans, kadınların yaşam kalitesini etkileyen, fiziksel, sosyal ve ruhsal sağlık üzerinde olumsuz etkisi olan yaygın bir durumdur. Farmakolojik ve cerrahi tedaviler dışında, yaşam tarzı değişiklikleri, davranışsal, fiziksel ve tamamlayıcı müdahaleler üriner inkontinans semptomlarını hafifletmek için uygulanan tedavi yaklaşımlarıdır. İnkontinanslı hasta için en az invaziv ve en az tehlikeli yöntemin ilk seçenek olması önerilmektedir. Bu nedenle üriner inkontinans semptomlarını azaltmaya yönelik farmakolojik ve cerrahi olmayan yöntemler oldukça önemlidir. Bu derlemenin amacı; yaşam biçimi uygulamalarının (kilo kaybı, sigara tüketimi, diyet bileşenleri, sıvı alımı, egzersiz ve bağırsak alışkanlığı) üriner inkontinans semptomları üzerindeki etkisini güncel çalışmalar doğrultusunda incelemektir.

Anahtar Kelimeler: İdrar kaçırma, üriner inkontinans, yaşam biçimi

ABSTRACT Uriner incontinence is an widespread situation which effects the life quality of the womens on pshological, pshical and social ways. Apart from changing of pharmacological and surgical treatments, the life tendency, behavioral, pshical and complemantary implementation are the way of treatments of to lighten the UI symptoms. It's recommended that for the patient with UI the least dangerous and invasive method is the first option so that, unsurgical and pharmlologic methods are very important decrease UI symptoms. The aim of this article review the effects of the life tendancy implamentations (lose weight, smoking, diet, liquid consuming, exercise and bowel habits etc.) on the UI symptoms under the light of the recent studies.

Keywords: Urinary incontinence, lifestyle

Giriş

Üriner inkontinans (Üİ), yaş ile beraber görülme sıklığı artan, yaşam kalitesinin bozulmasına neden olan, sosyal ve hijyenik problemlere yol açan istemsiz idrar kaçırma durumudur. Kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre daha fazladır. Anneliğe ilişkin gebelik, doğum gibi faktörlerin yanında menopoz, sistosel, rektosel, uterus prolapsusu, histerektomi gibi operasyonlar, idrar yolu enfeksiyonları, obezite ve genetik faktörler Üİ'ın oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir.¹

Üİ, gizli toplumsal bir epidemi olduğu için gerçek sıklığını tespit etmek zordur. Çeşitli araştırmalarda, kadınlarda Üİ prevalansı birbirinden çok farklı bulunmuştur. Üİ prevalansı,

çalışılan popülasyonun yaşına ve inkontinans tanımlama kriterine göre %3 ile %55 arasında değişmektedir. Yaş ilerledikçe Üİ şikayeti daha çok görülmekle beraber, genç ve orta yaşlı kadınlarda da prevalansı %12 ile %42 gibi geniş bir aralık göstermektedir.²

Fiziksel ve psikososyal anlamda yıpratıcı olan bu durumu yaşayan kadınların, üriner inkontinans bulguları olmayanlara göre öz güveni düşük, anksiyete düzeyleri yüksek, sosyal izolasyona yatkın oldukları belirlenmiştir.³ Bu sorunu yaşayanlar; kendilerini “garip veya başkalarından farklı” hissettiklerini, altlarına kaçırma korkusu ile toplu taşıma araçlarından, evden mesafe olarak çok uzaklaşmaktan ve cinsel ilişkiye girmekten kaçındıklarını belirtmişlerdir.⁴ Buna rağmen

Geliş Tarihi/Received: 18-11-2015/ Kabul Tarihi/Accepted: 24-06-2016

^a Research Assistant, M.Sc ,Istanbul University Florence Nightingale School of Nursing

^b Prof., PhD, Biruni University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing,
e-mail: nezihebeji@yahoo.com

Sorumlu yazar /Correspondence: Merve Kadioğlu, Research Assistant, M.Sc ,Istanbul University Florence Nightingale School of Nursing, Department of Women's Health and Diseases Nursing, Sisli 34387, Istanbul, Turkey, E-mail: kadioglumerve@gmail.com

Atf: Kadioğlu M, Kızılkaya Beji N. Üriner İnkontinansın Tedavisinde Önerilen Yaşam Biçimi Uygulamalarına Güncel Yaklaşım. HSP 2016;3(3):201-207

To cite this article: Kadioğlu M, Kızılkaya Beji N. Current Approach to the Application of Lifestyle on the Urinary Incontinence Treatment. HSP 2016;3(3):201-207

kadınların pek çoğu, idrar kaçırmının “yaşı bağlı normal olduğu” düşüncesi ve “muayene olmaksızın çekindikleri” için sağlık kuruluşuna başvurmamaktadır.¹

Üİ tedavisi, hastalığın derecesine göre planlanmakla beraber inkontinanslı hasta için en az invaziv ve en az tehlikeli yöntemin ilk seçenek olması önerilmektedir.⁴ Bu nedenle Üİ semptomlarını azaltmaya yönelik farmakolojik ve cerrahi olmayan yöntemler oldukça önemlidir. Ayrıca Üİ’ın görülme sıklığı ve rahatsız edici doğası göz önüne alındığında, kadınların mesane semptomlarını kontrol etmek amacıyla yeni yaşam biçimi değişikliklerini benimsemeye istekli olmaları mümkündür. Bu konuda bilgilendirilmeye ve desteklenmeye ihtiyaç duyabilirler.¹ Sağlık personelinin de, önerilen yaşam biçimi uygulamalarının Üİ üzerinde etkileri hakkında kanıt temelli bilgiye sahip olmaları kaçınılmazdır. Bu sebeple, önerilen yaşam biçimi uygulamalarının Üİ üzerinde etkinliğinin güncel çalışmalar üzerinden irdelemesi amaçlanmıştır.

Yaşam Biçimi Uygulamaları

Yaşam biçimi, her gün bilinçsiz olarak yapılan, sağlığını olumlu veya olumsuz olarak etkileyen alışkanlıklardır.⁶ Sağlıklı yaşam biçimi uygulamaları; hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için önerilen primer davranışlardır.

Üİ’ın primer tedavisin de amaç; “hastaya zarar vermeden, en az girişimle Üİ semptomlarını hafifletmek ve sağlıklı yaşam biçimi uygulamalarını kazandırarak yaşam kalitesini artırmak” olmalıdır.⁴

Yaşam biçimi uygulamalarının, Üİ üzerine etkisi ile ilgili yeterli çalışma olmamasına rağmen, Üİ başlangıcında ya da sonrasında semptomların azalmasında önemli rol oynadığı için sağlık personeli tarafından idrar kaçırmaya şikayeti olan hastalara tavsiye edilir.⁷ Avrupa Üroloji Birliği’nin 2013 yılında yayımlamış olduğu rehberde, yaşam biçimi uygulamalarının Üİ semptomları üzerine etkisi ve kanıt düzeylerine yer verilmiştir (Tablo1).

Bu uygulamalar;

- Kilonun verilmesi,
- Aşırı/yetersiz sıvı alımının düzenlenmesi,
- Kafeinli içeceklerden uzak durulması,
- Alkol tüketiminin azaltılması,
- Pelvik taban kaslarının aşırı gerilmesine neden olan ağır aktivitelerin kısıtlanması,

- Sigaranın bırakılması,
- Bağırsak alışkanlığının kazanılması (kabızlığın önlenmesi) şeklindedir.

Beden Kitle İndeksi (BKİ)/ Kilo Kaybı

Obezite ve artmış BKİ, başta stres inkontinansı olmak üzere inkontinansın risk faktörlerinden biridir.^{8,9} Obezite ve inkontinans arasındaki ilişkiyi belirleyen pek çok araştırma mevcuttur.⁴⁻¹³ Bir yıl boyunca prospektif olarak takip edilen BKİ 30 kg/m² den fazla olan kadınlarda, idrar kaçırmaya da aşırı aktif mesane (AAM) semptomlarının gelişmesinin daha olası olduğu belirlenmiştir.⁴ Thubert ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada morbid obez kadınlarda idrar kaçırmaya rölatif riski normal kiloda ki kadından beş kat daha fazla çıkmış, %10 ağırlık kaybı %50 üriner sızıntı sıklığını azaltmıştır.¹⁰ Ülkemizde yapılan, 1023 kadının katıldığı toplum tabanlı bir çalışmada, 50 yaş üzeri kadınlarda BKİ 25 kg/m² üzerinde olanlarda inkontinans görülme sıklığının arttığı belirlenmiştir.¹¹

Avrupa Üroloji Birliği (European Association of Urology) ve ACP (American College of Physicians) klavuzlarında, kilo vermenin önerilme derecesi kanıt A düzeyindedir.^{14,15} Subak ve arkadaşlarının yapmış olduğu randomize kontrollü bir çalışmada, toplam beden ağırlığının % 5-10 civarında kilo kaybının, idrar kaçırmaya ataklarında %54 oranında azalma meydana getirdiği rapor edilmiş ve aynı grubun altı aylık süre içinde iyileşmelerinin devam ettiği bildirilmiştir.¹² Aynı grupta yapılan daha küçük bir çalışmada üç aylık kilo verme programına kayıtlı kadınların beden ağırlığının %5’inin kaybının, kayda değer bir oranda idrar kaçırmaya ataklarını azalttığı rapor edilmiştir.¹⁶ Yapılan bir meta analiz çalışması, cerrahi olmayan (gastrik bypass veya mide kelepçesi ameliyatı gibi) kilo kaybının, obez kadınlarda üriner inkontinans tedavisinde standart uygulamanın bir parçası olarak kabul edilmesi gerektiğini göstermiştir.¹³

Gastrik bypass veya mide kelepçesi ameliyatını takiben oluşan önemli kilo kaybının (fazla kilonun %50’si) Üİ’ a özellikle kaçırmaya durumuna iyi geldiğine dair kanıtlar mevcuttur.¹⁷ Bu durum sadece morbid obeziteye sahip kadınların tek başına diyet ile elde edemeyeceği kilo kaybı hedefi olanlara uygulanabileceğinden bu sonuçların dikkatle yorumlanması gerektiği ve kesinlikle tek başına Üİ’ın, cerrahiye bağlı kilo kaybı için primer bir endikasyon olarak kabul edilmemesi önerilmektedir.⁴

Sıvı Alımı

Sıvı alımını değiştirmek konusunda kanıtlar çelişkili ve sıvı alımının azaltılmasına yönelik kanıtlar C düzeyindedir.¹⁴ Aşırı sıvı alımı, Üİ'yi ve AAM semptomlarını artırabilirken, sıvı kısıtlaması da dehidratasyon, konstipasyon ve idrar konsantrasyonunun artmasına neden olabilir. İdrar konsantrasyonundaki bu artış mesane mukozosunda irritasyonu ve acil idrar yapma hissini, sık idrar yapmayı ve idrar yolu enfeksiyonlarını tetikleyebilir.^{3,18} Bu nedenle; yetersiz ya da aşırı miktarda sıvı alan kadınlara tavsiyelerde bulunurken, kişiye özel bir girdi-çıkıtı günlüğü yardımıyla yeterli sıvı alımı öyküsü alınarak, BKİ, egzersiz yapma düzeyleri, beslenme şekli ve hava koşulları dikkate alınmalıdır.^{4,17} Kadınlar için genel kural; her 24 saat de vücut ağırlığının her kilogramı için (kilogram başına) 24 mililitre (ml) sıvı alınması şeklinde olmalıdır.¹⁷ Randomize çalışmada beş hafta boyunca günlük sıvı alımını değiştirmenin idrar kaçırma üzerinde hiçbir etkisi bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır.¹⁹ Diğer bir çalışma ise detrüsör aşırı aktivitesi olan kadınlarda sıvı alımı artışının sıkışma durumlarını artırdığını ve üç hafta boyunca sıvı alımının azaltılmasının sıklık, sıkışma ve idrar kaçırma durumlarını azalttığını raporlamıştır.²⁰ Diğer yandan 35-79 yaş arası 65 bin 179 kadın ile yapılan bir kohort çalışmasında, toplam sıvı alımı ile inkontinans görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda kadınların idrar kaçırma gelişimini önlemek için, sıvı alımının kısıtlanmaması gerektiği önerilmiştir.²¹ Hashim ve ark. tarafından yapılan çalışmada, sıvı alımındaki %25'lik azalma AAM semptomlarını azaltmakla beraber Üİ'yi azaltmadığı saptanmıştır.²⁰ Üİ şikayeti olan, özellikle AAM'li hastalarda, gece uyumadan dört saat önce sıvı alımından kaçınılması, yatmadan önce mesanenin boşaltılması, akşam saatlerinde sulu meyve ve sebze tüketiminden kaçınılması gibi öneriler Üİ, noktüri, AAM ile başa çıkabilmesi ve uyku kalitesinin artırılması açısından önemli olabilir.²⁰

Kafein Alımı

Kafein günlük yaşamda pek çok yiyecek ve içecekte bulunan bir maddedir. Kafeinin detrüsör kasılması üzerindeki uyarıcı etkisi nedeniyle, detrüsör basıncını önemli derecede artırarak alt üri-ner sistem semptomlarını (AÜSS) etkilediği düşünülmektedir.¹⁹

Kafein alımının Üİ üzerine etkisini araştıran çalışmalarda çelişkiler olmasına rağmen pek çok bulgu kafein tüketiminin azaltılmasının idrara sıkışma ve idrara çıkma sıklığını azalttığını,

ancak Üİ üzerinde etkili olmadığını göstermiştir. Kafein tüketimi azaltılmasının Avrupa Üroloji Birliği kılavuzlarındaki kanıt düzeyi B olarak belirtilmiştir.⁷ Uluslararası Kontinans Birliği; “kafein tüketiminin azalması ile kontinansın artacağını” belirtmiştir.¹ İngiltere’de 2244 kadın ile yapılan kesitsel bir çalışma da; kafein tüketiminde “alınan miktarın” önemli olduğu ve kafein tüketim miktarı ile AAM semptomları arasında pozitif ilişki bulunduğu ortaya konmuştur. Ayrıca bir bardak içindeki çay (tea bag) miktarı ve tüketilen kahve sayısı (bardak olarak) arttıkça AAM semptomlarında da artış olduğu belirlenmiştir.²² Çeşitli gözlemsel çalışmalar 100 mg/gün üzerinde kafein alımı ile idrar yapma sıklığı ve idrar kaçırma arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir.²³ 27 bin 936 kadın ile yapılan kesitsel bir çalışmada, kahve alımının önemli bir etkisi bulunmazken, çay tüketenler tüm inkontinans tipleri açısından biraz daha riskli bulunmuştur.²⁴ Başka bir çalışmada; kahve tüketimi ile Üİ arasında ilişki bulunmazken, çay tüketenlerde AAM semptomları ve noktüri görülme sıklığı daha fazla bulunmuştur.²⁵ Ürokinamik değerlendirmede kafeini günlük olarak yüksek dozda tüketen kadınların, günlük olarak minimum dozda tüketen kadınlara göre 2,4 kat daha fazla detrüsör aşırı aktivitesi sergileyebilecekleri tespit edilmiştir.²⁶ Bir randomize kontrollü çalışmada, bir ayda mesane eğitimi yanında kafein alımının da (100 mg/gün altına) azaltıldığı grup ile tek başına mesane eğitimi uygulanan grup karşılaştırıldığında her ikisi (mesane eğitimi ve kafein kısıtlaması) uygulanan grubun sıklık ve sıkışma durumlarının daha çok azaldığı gösterilmiştir.²⁷ Bu doğrultuda; günlük kafein tüketiminin kısıtlamasının tek başına Üİ üzerinde etkili olmadığı, AAM semptomlarını, sıkışma ve idrara çıkma sayısını azalttığı söylenebilir.

Alkol

Alkol, mesaneyi uyarıcı etkisi ve diüretik özelliği nedeniyle inkontinansa sebep olabilir. Mesaneyi uyarıcı etkisinden dolayı (anekdotal kanıt), özellikle AAM semptomları ile ilgili rol oynadığı düşünülmektedir.^{4,28} Bazı çalışmalar, artan Üİ ile alkol tüketimini ilişkilendirmiştir.^{25,26} Ancak iki kesitsel çalışmada ise alkol kullanımı ve sıkışma semptomları arasında hiçbir ilişki olmadığı saptanmıştır.^{25,26} Alkol tüketiminin Üİ tipleri veya sıkışma üzerine etkilerini açıklamak için ileriye dönük çalışmalara gereksinim vardır.

Diyet ve Bileşenleri

İnkontinansa (özellikle urge inkontinansa), birçok gıda maddelerinde mesane irritasyonu başlatma veya arttırmada önemli rol oynadığı bilinmektedir. Üİ hastalarına genellikle konstipasyon riskini önlemek için lifli gıdaları tercih etmeleri, mesane irritasyonunu tetikleyebileceği için domates, bal, gazlı/asitli içeceklerden, baharatlı ve şekerli yiyeceklerden uzak durmaları önerilir.²⁹ Ancak besin öğelerinin (makro/mikro) Üİ semptomları üzerine olumlu/olumsuz etkilerini araştıran çalışmalar oldukça sınırlıdır. Besin öğelerinin Üİ başlangıcı üzerindeki etiyolojisinin belirlenmesi, tedavi sürecinde beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi ve yeni beslenme stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Belirli gıdaların AÜSS gelişme riskini artırdığı veya azalttığı ile ilgili bazı kanıtlar vardır.^{4,30,31} Orta yaşlı 5816 kadın ile yapılan, bir yıllık takip süresine sahip büyük bir kohort çalışmasında tavuk ve sebzenin yeni başlangıçlı AAM riskini azalttığı, ekmeğin ise yeni başlayan AAM ve SÜİ riskini azalttığı bulunmuştur.³⁰ Gazlı içeceklerin AAM semptomlarının ortaya çıkma riskini artırdığı, yağ ve kolesterol içeren besinlerin idrar kaçırma için yatkınlık oluşturduğu belirtilmiştir.³⁰ Ayrıca 3 besin öğesinin AAM oluşumu üzerinde etkili olduğu bulunmuştur.³¹ Vitamin D, protein ve potasyum ağırlıklı beslenenlerde AAM semptomlarının görülmesi anlamlı derecede düşük bulunmuştur.³¹ Ancak, literatürde bildirilen hiçbir çalışma prospektif olarak yukarıdaki diyet bileşenlerinden herhangi birinin değiştirilmesinin AÜSS üzerine etkisini incelememiştir. Vitamin D'nin pelvik taban kas disfonksiyonu ile ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar da mevcuttur.³⁰ Aynı araştırmacılar tarafından orta yaş (40±) 20244 kadın ile yapılmış bir yıllık izlem sonunda; toplam yağ tüketiminin (doymuş ve doymamış yağ) SÜİ'nin başlama riskini artırdığı, ayrıca çinko ve B12 vitamini alanlarla SÜİ başlama riski arasında pozitif ilişki bulunmuştur.³² Ancak diyet bileşenlerinin SÜİ üzerine etkilerinin kesin olarak belirlenmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu belirtilmiştir.

Amerikada 2011 yılında 30-79 yaşlarında 2060 kadınla yapılan kesitsel bir sağlık araştırmasında vitamin ve minerallerin Üİ ile ilişkisi araştırılmıştır.³³ Vitamin C ve Kalsiyum tüketimi ile idrar depolama/idrar kaçırma arasında pozitif ilişki bulunmuştur.³³ Ancak vitamin C ve Beta kritoksantin (portakal, karpuz, mısır, kişniş, avakado vb.) tüketimi ile işeme semptomları arasında negatif ilişki bulunmuştur. Hastanın idrar

depolama, işeme ve kaçırma semptomları sorgulanıp, önerilen vitamin ve minerallerin doza ve kullanım formuna bağlı olarak alt üriner sistem semptomlarına katkı sağlayabileceği belirtilmiştir.³³

Sonuç olarak, Üİ'nin tedavisinde önemli bir basamak olan beslenme ve diyetin düzenlenmesine ilişkin, kanıt temelli çalışmalara gereksinim vardır.

Sigara

Geçmişte yapılan çalışmalarda sigara içmenin sıkışma ve idrar kaçırma durumlarıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir.^{34,35} Sigaranın Üİ semptomlarını artıracığına dair tutarlı ve yeterli kanıt yoktur (Kanıt C).⁴ Ancak sigara içenlerde Üİ prevalansı yüksek olabilir.⁴ Sigara bırakmanın, Üİ semptomlarının seyri üzerine etkisine dair hiçbir kanıt yoktur (Kanıt D).⁷ Varsayılan etkileri arasında sigaranın mesane iritasyonuna etkisi (AAM ve Üİ semptomları) ve kronik öksürük, bronşit belirtileri sonucu artmış karın içi basınç (stres üriner inkontinans) bulunmaktadır.⁴ Tampakoudis ve arkadaşlarının çalışmasında sigara içenlerde içmeyenlere göre özellikle urge üriner inkontinans daha fazla rapor edilmiştir.³⁶ Norwegian Epincont çalışması, sigara içme ile mesane kontrolü arasında "doz-yanıt" ilişkisini göstermiştir.⁴ Üİ, sigara tüketimi (günde 20'den fazla sigara) ile ilişkili bulunmuş, sigarayı fazla tüketen kadınlarda daha fazla ve sık idrara çıkma ihtiyacı belirlenmiştir.²⁴ Ancak ciddi Üİ ile sigara tüketimi (sayısına bakılmaksızın) arasında zayıf ilişki bulunmuştur.²⁴ David ve arkadaşları tarafından SÜİ'a bağlı tekrarlayan ameliyatlar üzerine tütün kullanımının etkisini değerlendirmek için yapılan çalışmada; tütün kullanımının, SÜİ'a bağlı tekrarlayan ameliyat artışı ile ilişkili olduğu bulunmuştur.³⁷ Literatürde sigarayı bırakmanın idrar tutama veya AAM üzerine etkisini inceleyen prospektif çalışmalara gereksinim vardır.

Egzersiz

Yaşa bakılmaksızın her 3 kadından biri fiziksel aktivite ve egzersiz sırasında idrar sızıntısı yaşamasına rağmen fiziksel aktivitenin ve farklı türden egzersizlerin Üİ ve tipleri üzerindeki etkisi yeterince kanıtlanmıştır.¹⁷ Genellikle stres inkontinans yakınması olan pek çok kadının, özellikle idrar kaçırma korkusu ile fiziksel egzersizlerden kaçındıkları kabul edilmektedir.⁴ Norawegian Epincont çalışmasında fiziksel aktivite (düşük seviye) Üİ için bir risk faktörü olarak saptanmıştır.²⁴ Carl ve arkadaşlarının 14-21 yaş kadın atlet-

lerde yaptıkları çalışmada, spor yaparken %25'inin SÜİ ve UÜİ semptomlarını yaşadıkları ve bu durumun %15'inin yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur.³⁸

Kadın atletler yoğun fiziksel aktivite sırasında Üİ yaşayabilir, ancak günlük yaşantılarında bu şikayet olmayabilir (Kanit C).⁷ Ağır/yorucu fiziksel aktivite sonraki yaşamlarında Üİ için hazırlayıcı bir faktör değildir (Kanit C).⁷ Prospektif kohort çalışmasında orta ve ileri yaş kadınlarda fiziksel aktivitenin (orta düzey) Üİ başlama riskini artırdığı bulunmuştur.³⁶ Ancak orta düzey egzersizin Üİ riskini artıracığına dair yeterli kanıt yoktur (Kanit B).⁷ in'de yapılan 6000 kadının dahil olduğu kesitsel bir çalışmada, sıkışma durumunun haftada en az bir kez egzersiz yapan kadınlarda ortaya çıkma olasılığının düşük olduğu bulunmuştur. Diğer alışmalar da, egzersiz yapan kadınlar ile yapmayan kadınlar arasında Üİ prevalansı açısından hiçbir fark saptanmamıştır.³⁹ Bir çalışmada gebelik öncesi yüksek tempolu egzersiz yapılmasının kadınların ilk doğumlarından sonra idrar tutamamasına zemin hazırlayabildiği, başka bir çalışmada ise düşük etkili (yüzme) egzersizlere karşı yüksek etkili (jimmastik) egzersizleri yapan sporcularda sıkışma ya da idrar kaçırma sıklığı açısından anlamlı fark bulunmamıştır.^{40,41} Farklı düzey egzersizlerin, farklı gruplar üzerinde (gebe, atletler vs.) sıkışma ve idrar kaçırma üzerine etkisini ele alan kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bağırsak Alışkanlığı/Kabızlık

Kabızlıkla beraber dışkılama sırasındaki ıkınma pelvik taban ve karın içi basınç artışına neden olduğundan Üİ için bir risk faktörüdür.^{4,7} Kabızlık yks olanlarda Üİ gelişme riski arasında ilişki vardır (Kanit C).⁷ Kabızlığın nlenmesi Üİ semptomlarını ortadan kaldırmaz ancak konstipasyonun nlenmesi Üİ tedavisinde oldukça önemlidir (Kanit D).⁷ Yapılan çalışmalarda, uzun süren kabızlık (haftalık olarak iki kereden daha az) ve ıkınma, sıkışma, idrar kaçırma, aşırı aktif mesane ve uterovajinal prolapsus ile ilişkili olarak gösterilmiştir.³⁹ İki farklı çalışmada AAM semptomları ile kronik kabızlık arasında kuvvetli ilişki bulunmuştur.^{42,43} Bu doğrultuda, tedavide ilk yaklaşım olarak AAM semptomlarına eşlik eden kabızlığın önlenmesi önerilmiştir.^{42,43} Kabızlığın, alt üriner sistem semptomları üzerine etkisini inceleyen prospektif çalışmalara gereksinim vardır.

Tablo 1. Yaşam Biçimi Uygulamaları Yönelik neriler*

Önerilen Uygulama	Kanit Düzeyi
Üriner inkontinans yakınması olan obez kadınlara, kilo verilmesi önerilir.	A
Tek başına Üİ üzerinde etkili olmadığı ancak sıkışma ve idrara çıkma sayısını azalttığı için günlük kafein tüketimi kısıtlanması önerilir.	B
Aşırı veya yetersiz sıvı tüketen Üİ hastalarının, yeterli miktarda sıvı almaları önerilir.	C
Ağır fiziksel aktivite sırasında idrar kaçırma sorunu yaşayan atletlere, bu durumun ileri yaşlarda Üİ'a yatkınlık oluşturmayacağına dair danışmanlık yapılır.	C
Sigaranın Üİ zerine kesin bir etkisi olmamakla beraber, sigara içen Üİ hastalarına sigarayı bırakmaları için profesyonel destek almaları önerilir.	A
Üİ semptomlarına eşlik eden kabızlığın tedavi edilmesi önerilir.	C

*European Association of Urology guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence (2013)

Sonuç

Mevcut çalışmaların çoğu; obezite, sigara kullanımı, kabızlık, kafein ve alkol tüketimi, gazlı içecekler ve bazı diyet bileşenlerini aşırı aktif mesane semptomları ve üriner inkontinans ile ilişkilendirmiştir. Ancak tüm yaşam biçimi davranışlarını kapsayan kanıt temelli, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır. Yüksek prevalansı, belirgin morbiditesi ve yüksek psikososyal etkilerinden dolayı inkontinans durumu sağlık personeli tarafından sorgulanmalı ve tedavi yöntemlerinin yanısıra hastaların yaşam biçimi davranışları ele alınmalıdır. Kanıt dayalı öneriler doğrultusunda davranış modifikasyonu sağlanmalı, Üİ hastalarının yaşam kalitesinin artırılması ve semptomların hafiflemesi hedeflenmelidir.

Kaynaklar

1. Ertem G. Üriner inkontinanslı hastaların hastalığıyla başa çıkma yollarının incelenmesi [Investigating urinary incontinence patients coping with their illness]. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi [Journal of Human Sciences] 2009; 6(1):177-187.

2. Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Management of urinary incontinence in women: scientific review. *JAMA* 2004;291(8):986-95.
3. Özcan H, Kızılıkaya- Beji N. Üriner inkontinanslı hastaların değerlendirilmesinde kullanılan önemli bir parameter: Yaşam kalitesi [Urinary incontinence used in the evaluation of patients with an important parameter: Quality of life]. *Göztepe Tıp Dergisi [Med Med J]* 2014;29(4):236-238.
4. Nicholas Christofi N, Hextall A. An evidence-based approach to lifestyle interventions in urogynaecology. *Menopause International* 2007; 13: 154–158.
5. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol. Urodyn*2002; 21: 167-178.
6. Kıray Vural B. Sağlık riskinin belirlenmesi ve hemşirelik için önemi [Health Risk Appraisal and Its Important for Nursing]. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [Journal of Cumhuriyet University School of Nursing]* 1998;2 (2): 39.
7. Lucas MG, Bosch RJL, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB, Nambiar AK, Neisius A, Ridder DJMK, Tubaro A, Turner WH, Pickard RS. European Association of Urology guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence. *Actas Urol Esp.* 2013;37(4):199-213.
8. Terzi H, Terzi R, Kale A. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler [Urinary incontinence frequency and affecting factors in women aged over 18]. *Ege Tıp Dergisi [Ege Journal of Medicine]* 2013;52(1):15-19.
9. Asplund R, Aberg HE. Nocturia in relation to body mass index, smoking and some other life-style factors in women. *Climacteric* 2004;7:267–7.
10. Thubert T, Deffieux X, Letouzey V, Hermieu JF. Obesity and urogynecology: A systematic review. *Prog Urol* 2012;22(8):445-53.
11. Işıklı B, Yenilmez A, Kalyoncu C. Eskişehir Alpu ilçesi 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi: Bir toplum tabanlı çalışma [Prevalance, risk factors and effects on life quality of urinary incontinence among 18 years or older women living in alpu district of eskisehir: a population based study] *Nobel Med* 2011;7(2):34-39.
12. Subak LL, Whitcomb E, Shen H. Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence. *J Urol* 2005;174: 190– 195.
13. Ahroni JH, Montgomery KF, Watkins BM. Laparoscopic adjustable gastric banding: weight loss, co-morbidities, medication usage and quality of life at one year. *Obes Surg* 2005;15: 641– 647.
14. European Association of Urology Guidelines. <http://www.uroweb.org/guidelines>. Erişim: 01.06.2016.
15. Qaseem A, Dallas P, Ann Forciea M, Starkey M, Denberg T, Shekelle P. Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2014; 161:429-440.
16. Subak LL, Johnson C, Whitcomb E. Does weight loss improve incontinence in moderately obese women? *Int Urogynecol J* 2002;13: 40–43.
17. Newman DK, Cardozo L, Sievert KD. Preventing urinary incontinence in women. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2013, 25: 388–394.
18. Firdolaş F, Penbegül N, Dağgüllü M. Aşırı aktif mesane tedavisinde konservatif yaklaşımlar [Conservative Treatments in the Management of Overactive Bladder]. *Türk Urol Sem* 2010; 1:27-31.
19. Dowd TT, Campbell JM, Jones JA. Fluid intake and urinary incontinence in older community-dwelling women. *J Community Health Nurs* 1996; 13:179–86.
20. Swithinbank L, Hashim H, Abrams P. The effect of fluid intake on urinary symptoms in women. *J Urol* 2005; 174:187–189.
21. Townsend MK, Mary K, Jura YH, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Fluid intake and risk of stress, urgency, and mixed urinary incontinence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2011;205(1):73.
22. Juna H, Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Gradstein F. Caffeine intake and the risk of stress, urgency and mixed urinary incontinence. *J. Urol* 2011;185 (5):1775-1780.
23. Tomlinson BU, Dougherty MC, Pendergast JF. Dietary caffeine, fluid intake and urinary incontinence in older rural women. *Int Urogynecol J* 1999; 10:22–28.
24. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? *The*

- Norwegian EPINCONT Study. *BJOG* 2003; 110:247–254.
25. Nygaard IE. Does prolonged high-impact activity contribute to later urinary incontinence? A retrospective cohort study of female olympians. *Obstet Gynecol* 1997; 90:718–722.
26. Arya LA, Myers DL, Jackson ND. Dietary caffeine intake and the risk for detrusor instability: a case-control study. *Obstet Gynecol* 2000;96:85–89.
27. Bryant CM, Dowell CJ, Fairbrother G. Caffeine reduction education to improve urinary symptoms. *Br J Nurs* 2002;11:560–565.
28. Maserejian NN, Minassian VA, Vatche A, Hall SA, McKinlay JB, Tennstedt SL. Treatment status and risk factors for incidence and persistence of urinary incontinence in women. *International Urogynecology Journal* 2014;25(6):775–782.
29. Robinson D, Giarenis I, Cardozo L. You are what you eat: The impact of diet on overactive bladder and lower urinary tract symptom. *Maturitas* 2014;79:8–13.
30. Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. *BJU Int* 2003;92:69–77.
31. Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MMK. Nutrient Composition of the Diet and the Development of Overactive Bladder: A Longitudinal Study in Women. *Neurourology and Urodynamics* 2004; 23:204–210.
32. Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MMK. Diet as a risk factor for the development of stress urinary incontinence: a longitudinal study in women. *European Journal of Clinical Nutrition* 2004;58:920–926.
33. Maserejian NN, Giovannucci EL, McVary KT, McKinlay JB. Intakes of Vitamins and Minerals in Relation to Urinary Incontinence, Voiding, and Storage Symptoms in Women: A Cross-Sectional Analysis from the Boston Area Community Health Survey. *European Urology* 2011;59:1039–1047.
34. Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, et al. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:339–345.
35. Nuotio M, Jylha M, Koivisto AM. Association of smoking with urgency in older people. *Eur Urol* 2001;40:206–212.
36. Imamura M, Williams K, Wells M, McGrother C. Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults (Protocol). *The Cochrane Library* 2010, Issue 9.
37. Sheyn D, James RL, Taylor AK, Sammarco AG, Benchek P, Mahajan S. Tobacco use as a risk factor for reoperation in patients with stress urinary incontinence: a multi-institutional electronic medical record database analysis. *International Urogynecology Journal* 2015;26(9):1379–1384.
38. Carls C. The prevalence of stress urinary incontinence in high school and college-age female athletes in the Midwest: implications for education and prevention. *Urol Nurs* 2007;27:21–24.
39. Song Y F, Zhang WJ, Song J, et al. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Fuzhou Chinese women. *Chinese Med J* 2005;118:887–892.
40. Eliasson K, Nordlander I, Larson B, et al. Influence of physical activity on urinary leakage in primiparous women. *Scand J Med Sci Sports* 2005;15:87–94.
41. Nygaard IE. Does prolonged high-impact activity contribute to later urinary incontinence? A retrospective cohort study of female olympians. *Obstet Gynecol* 1997;90:718–722.
42. Coyne KS, Cash B, Kopp Z, Gelhorn H, Milson I, Berriman S, Vats V, Khullar V. The prevalence of chronic constipation and faecal incontinence among men and women with symptoms of overactive bladder. *BJU Int*. 2011;107(2):254–261.
43. Kaplan SA, Dmochowski R, Cash BD, Kopp ZS, Berriman SJ, Khullar V. Systematic review of the relationship between bladder and bowel function: implications for patient management. *International Journal of Clinical Practice* 2013;67(3):205–216.