

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELİKTE UYGULANAN PELVİK TABAN EGZERSİZLERİNİN
POSTPARTUM STRES İNKONTİNANSA VE YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİ**

Ebelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Hazırlayan

Ebru SERT

DANIŞMAN

Doç. Dr. Birsen KARACA SAYDAM

İZMİR

2016

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GEBELİKTE UYGULANAN PELVİK TABAN EGZERSİZLERİNİN
POSTPARTUM STRES İNKONTİNANSA VE YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİ**

Ebelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

**Yüksek Lisans Öğrencisi
Ebru SERT**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Birsen KARACA SAYDAM**

İZMİR

2016

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Adı Soyadı

İmza

Başkan: Doç. Dr. Birsen KARACA SAYDAM

.....

(Danışman)

Üye : Doç. Dr. Ahmet Özgür YENİEL

.....

Üye : Yrd. Doç. Dr. Selma ŞEN

.....

Yüksek Lisans Tezinin Kabul Edildiği Tarih:

ÖNSÖZ

Öncelikle çalışmanın planlanmasından sonuçlanmasına kadar her aşamasında sabırla ve ilgiyle desteğini esirgemeyen, umutsuzluğa düştüğümde üstün motivasyon yeteneğiyle beni yüreklendiren değerli danışman hocam Doç. Dr. Birsen KARACA SAYDAM'a,

Ürojinekoloji alanında sahip olduğum bilginin temelini oluşturan Doç. Dr. Ahmet Özgür YENİEL'e, iki yıl boyunca bildikleri her şeyi benimle paylaşan, çalışmamın yürütülmesinde her zaman yanımda olan Ürojinekoloji Polikliniği hemşireleri Semiha ÖZKOL ve Ayfer SÖNMEZ'e, araştırma süresince desteklerini esirgemeyen Doç. Dr. Ahmet Mete ERGENOĞLUNA,

Veri toplama aşamasında yardımcı olan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği tüm asistan doktor, ebe ve hemşirelerine,

Mesleğimizin gelişmesinde büyük emekleri olan ve bana lisans ve yüksek lisans eğitimimde her zaman destek olan; fakülte dekanım Prof. Dr. Esin ÇEBER TURFAN, anabilim dalı başkanım Prof. Dr. Neriman SOĞUKPINAR, dekan yardımcım Doç. Dr. Rabia EKTİ GENÇ ile tezimin son aşamasında desteğini esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Selma ŞEN hocama,

Tüm eğitim hayatımda maddi-manevi her an yanımda olan ve destekleriyle yoluma ışık tutan aileme ve arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

İZMİR-2016

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi
Ebru SERT

ÖZET

GEBELİKTE UYGULANAN PELVİK TABAN EGZERSİZLERİNİN POSTPARTUM STRES İNKONTİNANSA VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gebelik sırasında üriner sistemde anatomik ve fizyolojik pek çok değişiklik meydana gelir. Üriner inkontinansın oluşmasında gebelik ve doğum ile ilgili faktörler; terme ulaşan gebelik sayısı, parite, doğum şekli, doğum komplikasyonları, epizyotomi/yırtık varlığı, bebeğin doğum ağırlığı, doğumdan sonra miksiyon ile ilgili problemlerin önemli rolü vardır. Bu çalışma; gebelikte yapılan pelvik taban kas egzersizlerinin doğum sonu dönemde pelvik taban kas gücüne, stres inkontinansa ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Polikliniği'nde 01 Ekim 2014 ve 31 Mayıs 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya 14 kontrol, 18 çalışma grubu olmak üzere toplam 32 gebe dahil edilmiştir. Tüm kadınların primipar, 20-30 haftalar arasında gebe olması ve vajinal doğum yapması çalışmaya dahil edilmede en önemli kriterleri oluşturmuştur. Veriler; kadınların sosyo-demografik ve tanımlatıcı bilgilerini içeren anket formu yanı sıra, Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) ve Urogenital Distress Inventory (UDI-6) ölçekleri kullanılarak, Biofeedback (BF) cihazı, elektromyografi (EMG) probu, perineometre ve dijital muayene (Modifiye Oxford Skalası) ile kas gücü ölçümleri yapılarak toplanmıştır.

Verilerin analizinde SPSS 16.0 paket programı kullanılarak sayı, yüzde, Bağımsız T Testi, Mann Whitney U Testi, Wilcoxon Sıralı İşaretler Testi, ve Ki Kare Testi uygulanmıştır.

Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların gebelikteki Modifiye Oxford Skalasına göre pelvik taban kas gücü dağılımları incelendiğinde en yüksek oranda %31.2'sinin (n:10) 1 kas gücü seviyesine ve %28.1'inin (n: 9) 2 kas gücü seviyesine, sahip oldukları saptanmıştır. Çalışma ve kontrol gruplarının kas gücü değerlendirildiğinde; egzersiz alan kadınlar ile egzersiz almayan kadınların kas gücü arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

UDI-6 ve IIQ-7 toplam ölçek puanları incelendiğinde; çalışma ve kontrol grupları arasında gebelikte ve doğum sonu ikinci ayda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar pelvik taban kas egzersizlerinin gebelikte ve lohusalıkta tüm kadınlara pelvik taban kas egzersizleri öğretilmesinin faydalı olduğunu göstermiştir. Pelvik taban kas egzersizlerinin gebelikte ve doğum sonu uzun dönemde etkinliğini incelemek adına daha büyük örneklem sayısı ve daha uzun dönem takipli araştırmalar yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Pelvik taban kas egzersizleri; üriner inkontinans; gebelik; postpartum



ABSTRACT

ASSESSMENT OF THE EFFECT OF PELVIC FLOOR MUSCLE EXERCISES APPLIED DURING PREGNANCY IN POSTPARTUM STRESS INCONTINENCE AND QUALITY OF LIFE

A plenty of both anatomical and physiological changes occur in the urinary tract during pregnancy and in postpartum. The factors of urinary incontinence related to pregnancy and childbirth state as term reaching parity, mode of delivery, birth complications, episiotomy, presence of tears, baby's birth weight and the problems about micturation after birth in postpartum. This research was designed to evaluate the effects of pelvic floor muscle exercises performed during pregnancy on the pelvic floor muscle strenght, stress urinary incontinence and quality of life in postpartum.

The research was carried out at Ege University Medicine Faculty Hoşpital, Gynecology and Obstetri Clinic, Urogynecology Policlinic and data were collected between October 1, 2014 and May 31, 2016. The study includes total number of 32 pregnant women 14 of whom are control group and 18 of whom are experimental group. The essential criteria to include women in the research are that all the pregnant woman were between the weeks 20 and 30, primipar and they would have vaginal delivery. Data were collected using Incontinence Impact Questionnare (IIQ-7) and Urogenital Distress Inventory (UDI-6) scales, measuring muscle strenght by Biofeedback, electromyelographi probe, perineometre and digital examination (Modified Oxford Scale) in addition to questionnaire form including descriptive and sociodemographic information of women.

In the data analysis, SPSS 16.0 package programme was used including numeric and persentage distributions, Mann Whitney U Test, Independent T Test, Wilcoxon Signed Ranks Test and Chi Square Test.

Investigating the pelvic floor muscle strength range of pregnant women according to Modified Oxford Scale it is found that the women have1 muscle strength level is the highest percentage of %31.2 (n=10) and %28.1 (n= 9) of women have 2 muscle strength level. Analyzing thr muscle strenght of experimental and cpntrol groups no significant difference is found between the women who has taken the exercises and the women who has not.

Analyzing UDI-6 and IIQ-7 total scale score no significant difference was statisticly found between the experimental group and control group.

The results achieved from the research show that teaching women pelvic floor muscle exercises performed during pregnancy and postpartum usefull. It is thought that long term researches with bigger sample number and long term follow ups are recommended to investigate effects of pelvik floor muscle exercises during pregnancy and postpartum.

Key words: Pelvic floor muscles exercises, urinary incontinence, pregnancy, postpartum



İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ.....	III
ÖZET.....	IV
ABSTRACT.....	VI
İÇİNDEKİLER.....	VIII
TABLolar DİZİNİ.....	XI
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	XI
GRAFİKLER DİZİNİ.....	XI
KISALTMALAR.....	XI

BÖLÜM I

1.GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu (Problem).....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Hipotezler.....	2
1.4. Varsayımlar (Sayıtlar).....	3
1.5. Araştırmanın Önemi.....	3
1.6. Sınırlılıklar.....	3
1.7. Genel Bilgiler.....	3
1.7.1. Pelvik Tabanın Yapısı ve Fonksiyonu.....	3
1.7.2. Kontinansın Mekanizması.....	5
1.7.3. Üriner İnkontinans Tanımı ve Tipleri.....	5
1.7.4. Üriner İnkontinans Tedavisi.....	6

İKİNCİ BÖLÜM

2. GEREÇ YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi.....	8
2.2. Kullanılan Gereçler.....	8
2.2.1. Eğitim Materyalleri.....	8
2.2.1.1. Pelvik Taban Kaslarına Yönelik Egzersizler.....	8
2.2.1.2. Pelvik Taban Kas Egzersizleri Uygulama Rehberi.....	8

2.2.2. Veri Toplama Araçları	8
2.2.2.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Tanımlayıcı Özelliklerini İçeren Anket Formu.....	9
2.2.2.2. Incontinence Impact Questionnaire (IIQ) and Urogenital Distress Inventory	9
2.2.2.3. Biofeedback (BF).....	10
2.2.2.4. Perineometre.....	11
2.2.2.5. Modifiye Oxford Skalası.....	11
2.3. Kullanılan Yöntem veya Yöntemler.....	11
2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	12
2.5. Araştırmanın Evreni.....	12
2.6. Araştırmanın Örnekleme.....	12
2.7. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	15
2.7.1. Bağımlı Değişkenler.....	15
2.7.2. Bağımsız Değişkenler.....	15
2.8. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	15
2.9. Verilerin Analizi.....	16
2.10. Süre ve Olanaklar.....	16
2.11. Etik Açıklamalar.....	18

BÖLÜM III

3. BULGULAR.....	18
3.1. Araştırma Kapsamına Alınan Gebelere İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	18
3.2. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Kas Gücü ve Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	24

BÖLÜM IV

4. TARTIŞMA.....	31
------------------	----

BÖLÜM V

5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	36
5.1. Sonuç.....	36

5.1.1. Kadınların sosyo-demografik ve tanımlayıcı özelliklerine ilişkin sonuçlar.....	36
5.1.2. Kadınların Pelvik Taban Kas Gücüne İlişkin Sonuçlar	38
5.1.3. Kadınların UDI-6 ve IIQ-7 Ölçeklerine İlişkin Sonuçlar	40
5.2. Öneriler.....	42
 BÖLÜM VI	
KAYNAKLAR.....	43
 EKLER	
EK I. Pelvik Taban Kas Egzersizi Uygulama Rehberi.....	49
EK II. Sosyo Demografik ve Tanımlayıcı Bilgiler Formu.....	51
EK III. UDI- 6 ve IIQ-7 Ölçekleri.....	53
EK IV. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzin Belgesi.....	54
EK V. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastane Yönetimi İzin Belgesi.....	56
EK VI. UDI-6 ve IIQ-7 Ölçekleri Kullanım İzin Belgesi.....	58
 ÖZGEÇMİŞ.....	 59

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 1. Modifiye Oxford Derecelendirme Sistemi.....	11
Tablo 2. Araştırma Zaman Akış Tablosu.....	17
Tablo 3. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	19
Tablo 4. Kadınların Sağlık Durumlarına Göre Dağılımları	21
Tablo 5: Kadınların Sağlık Problemleri Durumlarına Göre Dağılımları.....	22
Tablo 6: Kadınların Doğuma İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları...	23
Tablo 7: Kadınların Gebelikte ve Postpartum İkinci Aydaki Kas Gücü Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	24
Tablo 8: Kadınların UDI-6 ve IIQ-7 Ölçek Puanları Karşılaştırılması.....	28

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırma Evren ve Örneklemi.....	14
---	----

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Kadınların Modifiye Oxford Skalasına Göre Kas Gücü Dağılımları	27
Grafik 2. Kadınların gebelik ve doğum sonu dönemde UDI-6 Göre Dağılımları.....	30

KISALTMALAR

SUI: Stres üriner inkontinans

ICS: International Continence Society/ Uluslararası Kontinans Derneği

Üİ: Üriner İnkontinans

PTKE: Pelvik taban kas egzersizi

PTK: Pelvik taban kasları

IIQ-7: Incontinence Impact Questionnaire-7

UDI-6: Urogenital Distress Inventory-6

BF: Biofeedback

EMG: Elektromiyelografi

EMG-BF: Elektromiyelografik biofeedback

BKI: Beden kitle indeksi

McV: Mikrovolt

cmH₂O: Santimetre su

BÖLÜM I

GİRİŞ

1. GİRİŞ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU (PROBLEM)

Gebelik sırasında üriner sistemde anatomik ve fizyolojik pek çok değişiklik meydana gelir. Bu değişiklikler patolojik boyuta dönüşebilmekte ve doğum sırasında ve/veya doğum sonrasında kadınları etkileyebilmektedir (1). Gebelik ve doğum eylemi, mesane boynu ve üretrayı destekleyen ve çalışmasını kontrol eden nöromusküler ve konnektif dokuların yapılarında hasara neden olabildiği için stres üriner inkontinansın (SÜİ) gelişmesinde önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Gebelik sırasında, büyüyen fetüsün mesane üzerine artan basıncı geçici olarak idrar akışına sebep olabileceğini gösteren çalışmalar, gebelik esnasında SÜİ prevalansının arttığını ve doğumdan sonra azaldığını göstermiştir. Buna karşın, üriner inkontinansın prevalansı gestasyon öncesine göre doğumdan sonra çok yüksektir (2).

Postpartum dönem, pek çok kadın için önemli fiziksel, sosyal ve emosyonel değişikliklerin görüldüğü bir dönemdir. Bu süreç, plasentanın doğumundan bir saat sonra başlar ve doğumdan sonraki ilk altı haftayı kapsar ancak bu dönemde yaşanan bazı sorunlar bir yıl ya da daha uzun süre devam edebilmektedir (3). Kadınlar doğum sonu dönemde genital ve ekstragenital organlardaki değişikliklerin etkisi ile epizyotomi bölgesinde ağrı/kramplar, meme sorunları, yorgunluk, enfeksiyon belirti ve bulguları, hemoroid, inkontinans, kendi/yenidoğan bakımında yetersizlik hissetme, aile planlaması, menstruasyon ve cinselliğe yeniden başlamak gibi pek çok fiziksel ve psikolojik problemi bir arada yaşayabilmektedirler (3,4).

Yaşam süresinin uzaması ile dünya nüfusu yaşlanmakta ve pelvik taban problemleri, alt üriner sistem disfonksiyonu ve üriner inkontinans gibi problemler daha sık ortaya çıkmaktadır. Bu durum giderek artan medikal, sosyal ve ekonomik sorunları beraberinde getirmekle birlikte, kişilerin yaşam kalitesini de olumsuz olarak etkilemektedir (5,6,7,8). Doğum ve artan yaş ile beraber pelvik duvarın denervasyonu gösterilmiştir ve karışık fikirler olsa da bu durum prolapsus veya üriner inakontinansa neden olabilir (9). Üriner inkontinans (Üİ), Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından sosyal ya da hijyenik sorun haline gelen ve objektif olarak

gösterilebilen istem dışı idrar kaçırma olarak tanımlanır (5, 10,11,12, 13, 14). Üriner inkontinansın oluşmasında gebelik ve doğum ile ilgili faktörler; terme ulaşan gebelik sayısı, parite, doğum şekli, doğum komplikasyonları, epizyotomi/yırtık varlığı, bebeğin doğum ağırlığı gibi etkenlerin önemli rolü vardır (15).

Üriner İnkontinans prevalansının kadınlarda %5-53 arasında, erkeklerde ise %1.6-24 arasında değiştiği bildirilmektedir (16). Terzi ve arkadaşlarının Kocaeli’de yaptıkları 18 yaş üstü kadınlarda inkontinans prevalansı %44.8, Öztürk ve arkadaşlarının İstanbul’da 35 yaş üstü kadınlarda yapmış olduğu çalışmada üriner inkontinans prevalansı ise %42.8 olarak tespit edilmiştir (12,16,17).

Üriner inkontinansın tedavisinde, fizyoterapi (kegel egzersizleri, biofeedback vb.), davranışsal tedavi (diyet vb.), medikal ve cerrahi tedavi gibi birçok yöntem kullanılmaktadır (13, 16, 18, 19).

Bu çalışma; gebelikte yapılan pelvik taban kas egzersizlerinin doğum sonu dönemde pelvik taban kas gücüne, stres inkontinansa ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma gebelikte yapılan pelvik taban kas egzersizlerinin doğum sonu dönemde pelvik taban kas gücüne, stres inkontinansa ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.3. HİPOTEZLER

H₁: Pelvik taban kas eğitimi verilen gruptaki kadınların doğum sonu dönemde pelvik taban kas gücü eğitim verilmeyen gruptaki kadınların kas gücünden anlamlı olarak yüksektir.

H₂: Pelvik taban kas eğitimi verilen gruptaki kadınlarda doğum sonu dönemde stres inkontinans görülme oranı eğitim verilmeyen gruptaki kadınlarda stres inkontinans görülme oranından anlamlı olarak düşüktür.

H₃: Pelvik taban kas eğitimi verilen gruptaki kadınların stres inkontinans açısından yaşam kalitesi ölçek puanı eğitim almayan gruptaki kadınların ölçek puanından anlamlı olarak yüksektir.

1.4. VARSAYIMLAR (SAYILTILAR)

Bu çalışma pelvik taban kas egzersizlerini güçlendirmek için yapılan egzersizlerin yaşanabilecek üriner inkontinansı önlemede etkisi olduğu varsayımından yola çıkılarak tasarlanmıştır.

1.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Doğum sonrası dönem anne ve bebeğin yakından izlenmesi gereken bir dönemdir. Bu dönemde ebe ve hemşirelerin üriner inkontinans sorununun farkında olmaları, kadınlara üriner inkontinanstaki korunmaya ya da semptomları azaltmaya yönelik eğitimler vermeleri ve gerekli durumlarda ilgili birimlere başvurmalarını sağlamaları gerekmektedir (20). Üriner inkontinansın önlenmesi ve tedavisi multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirir. Ekibin vazgeçilmez üyelerinden olan ebe ve hemşireler bu alanda önemli görevler almaktadırlar. Kadınlar hemcins ve akran denilebilecek yaşlarda olmaları nedeniyle ebe ve hemşireleri kendilerine daha yakın hissetmekte ve sorunlarını daha rahat konuşabilmektedirler (15, 21). Ebe ve hemşireler, kadınların risk faktörlerine maruz kalmasını önleyerek veya azaltarak en önemlisi pelvik taban kas gücünü artıracak egzersizleri öğretmek üriner inkontinanstaki korunmasını sağlayabilirler (13).

1.6. SINIRLILIKLAR

Bu araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Poliklinikleri'ne 01 Ekim 2014 – 31 Ocak 2016 tarihleri arasında başvuran 20-30 gebelik haftasında, primipar olan ve sadece İzmir ve çevresinde yaşayan gebeler ile sınırlıdır. Çalışmaya sadece doğumu vajinal yolla gerçekleşen gebelerin alınması ve bazı gebelere ilk kontrolden sonra ulaşılamaması araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

1.7. GENEL BİLGİLER

1.7.1. PELVİK TABANIN YAPISI VE FONKSİYONU

Pelvik taban pelvik organların desteklenmesinde ve kontinans mekanizmasında temel role sahiptir (22,23). Pelvik tabanın; miksiyon, defekasyon, koitus ve doğum gibi yaşamsal fonksiyonlarda önemli görevleri vardır (19,24,25). Bu fonksiyonlar için kemik dokusu, bağ dokusu ve kas dokusundan oluşan normal anatomik yapıların

var olması ve bunların innervasyonunu sağlayan santral ve periferik sinir sistemin sağlıklı çalışması gerekir (19,25). Pelvik destek, pasif ve aktif destek sağlayan yapılardan oluşmakta ve pasif desteği sağlayan yapılar; kemik pelvis ile bağ dokusu iken aktif desteği sağlayan yapılar levator ani kası ile sinirlerdir. Pelvik taban kasları pelvik organları için primer destek yapılarıdır (8,19). Endopelvik fascia ve levator ani kası kontinans ve pelvik desteğin sağlanmasında interaktif rol oynar (9). Standart anatomik terminolojiye göre levator ani kasının üç bileşeni vardır: Pubococcygeal, iliococcygeal ve puborectal; ve bu bileşenlerin her birinin en az bir alt bileşeni vardır. Bu bileşenler pelvik organların kemik pelvis içerisinde tutunmasını sağlar. (26). Pelvik taban kasları, genellikle pelvik organları taşıyan bir 'askı' olarak tarif edilir ve mesane ve rektumun altında bulunmaktadır (27). Bu kaslar, intrapelvik organlara hamak görevi yaparak, intraabdominal basınç artışları sırasında mesane boynunun yüksek retropubik pozisyonda kalmasını sağlar ve böylece stabilizasyonu korumuş olur (19). Pelvik kaslar kontinansın sağlanmasında, idrar akımı ve defekasyonun istemli olarak sonlandırılmasında etkilidir (8).

Levator ani kaslarının sinirleri zarar görürse (doğum gibi nedenlerle), denerve olan kaslar atrofiye gider (9). Pelvik taban anatomisinin relaksasyonu sonucu pelvik taban fonksiyonlarının bozulmasıyla pelvik organ prolapsusu, stres üriner inkontinans, diğer alt üriner sistem ve boşaltım bozuklukları, seksüel fonksiyon bozukluğu ve bazı kronik pelvik ağrı sendromları ortaya çıkmaktadır (24). Mesane ve üretranın pelvik destek yapılarının zayıflaması, mesane boynu ve üretranın proksimal kısmının aşağı ve geriye doğru yer değiştirmesine neden olur. Böylece intraabdominal basıncın çok az kısmı üretrayı etkilerken, büyük bir kısmı mesaneyi etkiler. Üretra basıncının mesane basıncını geçtiği durumlarda inkontinans meydana gelir (19).

Doğum; kas ve bağ dokusunun gerilmesi ve zayıflaması sonucu pelvik tabanın gevsemesine (27), pelvik organların destek yapı ve pozisyonlarında bozulmaya, pelvik sinirlerin hasar görmesine ve eksternal sfinkterin detrüsör kontraksiyonuna ya da karın içi basınç artışına cevabını bozarak idrar kaçırmaya neden olabilmektedir (28,29). Pelvik taban relaksasyon gelişiminde vajinal doğumun önemli bir etken olduğu düşünülmüştür (24,26). Vajinal doğum varlığı ile pudental sinir hasarı arasındaki ilişki, histolojik, histokimyasal ve nörofizyolojik olarak gösterilmiştir (24).

1.7.2. KONTİNANSIN MEKANİZMASI

Kavramsal olarak, üriner kontinans mekanizması iki önemli bileşeni sahip olarak düşünülebilir. Birincisi, üriner sistemin fiziksel destek yapı ve pelvik taban kas ve bağ dokusu oluşur; İkinci nöromusküler ve pudendal sinir ve dış üretral sfinkter mekanizması oluşmaktadır (30). Normal üriner kontinans mekanizmasında, santral ve periferik sinir sistemi kontrolü, mesane duvarı, detrusor kas ve bağ doku gibi anatomik yapıların normal olması gerekir. Birçok nöral refleksin etkileşmesine bağlı kompleks süreçte bu yapıların herhangi birindeki disfonksiyon, alt üriner sistem fonksiyonları olan depolama ve boşaltım aşamasında aksamalara neden olur (19,25). Kadınlarda üriner kontinans mekanizmasında dört faktör rol alır:

- 1- Anatomik ve fonksiyonel üretral uzunluk
- 2- Üretral kapanma basıncı
- 3- Mesane çıkışının anatomik desteği
- 4- Stres sırasındaki pelvik kas aktivitesi (25).

Dolum fazı; mesane dolumu sırasında mesane boynu ve proksimal üretra düz kasındaki alfa adrenerjik reseptörlerin refleks uyarılmasıyla çıkış rezistansı artar ve artan efferent somatik aktiviteyle çizgili dış sfinkter uyarılır. Dolum devam ettikçe mesane duvarı yeterli gerginliğe ulaştığında işeme refleksi oluşur (19,31).

İşeme fazı; ilk doluluk hissi 100-200 ml, normal doluluk hissi 300-400 ml, acilen boşaltma gereksinimi ve ağrı olarak tanımlanan “urgency” ise 400-500 ml’de hissedilir (32). Mesane içinde 300-400 ml idrar biriktiğinde mesane içi basınç artmıştır (31). Bu durum idrar yapma hissini uyarır ve volanter işeme başlatılır (19). Boşalma fazında mesane kontraksiyonları ile mesane çıkışı gevşer, üretra dilate olur ve düşük dirençle boşalma gerçekleşir (33).

1.7.3. ÜRİNER İNKONTİNANS TANIMI VE TİPLERİ

Üİ kadınların yaşam kalitesini etkileyebilen; utanma duygusu, kendine olan güvenin azalması, sosyal aktivitelerde azalma sonucunda yalnızlaşmaya yol açabilen ve ciddi anlamda ekonomik yük getirebilen önemli bir sağlık sorunudur (34). ICS, üriner inkontinansı (Üİ) başlangıçta sosyal ya da hijyenik sorun haline gelen ve objektif olarak gösterilebilen istem dışı idrar kaçırma olarak tanımlarken (9,10,11,12,14) daha sonraki yıllarda yayınladığı terminoloji standardizasyon raporunda her türlü idrar kaçırma yakınması olarak tanımlamıştır (13,14,29,35). Üİ, patofizyolojik ve etiyolojik özelliklere göre çeşitli biçimlerde sınıflandırılabilir (12)

ve stres, sıkışma (urge), nöropatik, konjenital, taşma (overflow), iatrojenik ve fistül inkontinans olarak ayrılabilir (16). ICS ise inkontinansı patofizyolojisine göre stres inkontinans, urge inkontinans ve mix inkontinans, overflow inkontinans, bypas inkontinans ve fonksiyonel inkontinans olarak sınıflandırmıştır (25). Yüzde 15 ila 52'lik prevalans oranı ile üriner inkontinansın en sık karşılaşılan şekli stres inkontinanstır (9,12,13,17).

SÜİ; efor, egzersiz, öksürük ya da hapsirik gibi karın içi basıncın artmasıyla istemsiz idrar kaçırma yakınması olarak tanımlanmaktadır (2,16,36,37). ICS'nin tanımına göre; SÜİ detrusor kontraksiyonu olmaksızın, intravezikal basıncın üretra basıncını aşmasıyla ortaya çıkan idrar kaçırma şeklidir (38). Urge tipi idrar kaçırma ise “sıkışma hissi ile birlikte ya da sıkışma hissinden hemen sonra oluşan istemsiz idrar kaybı yakınması” olarak tanımlanmıştır (16,23,29,39). Urge inkontinans, detrusör kasının istemsiz olarak aşırı kasılmasına bağlı gelişen inkontinans durumudur (13,17). Miks inkontinans; stres ve urge inkontinans semptomlarının bir arada görüldüğü inkontinans şekli olarak tanımlanır (17,19,39).

SÜİ gebelikte en sık görülen inkontinans tipidir (37) ve parite ile arttığı bilinmektedir. Gebelik sırasında ve doğum sonrası dönemde artan SÜİ'nin prevalansı, düşük pelvik taban kas gücüyle de ilişkilidir (2). Genel görüş ise vajinal doğum sırasında meydana gelen pelvik taban hasarı ile ilişkili olduğudur (15). Sezaryenle doğum yapan kadınlara göre vajinal yolla doğum yapan kadınlarda stres üriner inkontinansın daha fazla görüldüğü bildirilmekle birlikte üç veya daha fazla sezaryen doğum yapan kadınlarla vajinal yolla doğum yapan kadınlarda SÜİ görülme oranlarının benzer olduğu bildirilmiştir (15). Postpartum stres inkontinansın ileri yaşlardaki kronik stres inkontinans ile ilişkili olduğu bilinmekte ve özellikle vajinal yolla doğum yapan kadınlarda yapmayanlara göre %240 daha fazla görülebileceği tahmin edilmektedir (30). Literatürde, SÜİ'nin prevalansı, gebelikte %20-67, doğum sonu dönemde ise %0.3-44 arasında belirtilmektedir (2).

1.7.4. ÜRİNER İNKONTİNANS TEDAVİSİ

Üriner inkontinans tedavisinde yaklaşımlar üç grupta toplanabilir.

Medikal

- Östrogen
- Antikolinerjikler
- Alfa adrenerjik ilaçlar

- Beta blokörler
- İmpiramin hidroklorikası (19,25)

Cerrahi

- Kelly plikasyonu ile birlikte anterior kolpografi
- Abdominal mesane boynu kolposüspansiyonları
- Transvajinal iğne süspansiyonları
- Sling prosedürleri
- Periüretal enjeksiyonlar (25).

Konservatif

- Davranışsal terapi
- Mesane eğitimi
- Sıvı yönetimi ve diyet
- Pelvik taban kas egzersizleri
- Biofeedback
- Elektrik stimülasyonu
- Ekstrakorporal manyetik innervasyon:
- Vajinal konlar, antikontinans pesser (13,19,25).

Dinç, Beji ve Yalçın gebelik ve postpartum döneminde uygulanan pelvik taban egzersizlerinin pelvik taban kaslarını güçlendirerek üriner inkontinans tedavisinde oldukça etkili bir yöntem olduğunu belirtmişlerdir (40).

Pelvik Taban Kas Egzersizleri (Kegel Egzersizi): Pelvik taban kas egzersizleri (PTKE) Çinlilerin Taoizminin içinde yer alan egzersiz programlarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (13). 1948 yılında Kegel tarafından stres inkontinasta bir tedavi yöntemi olarak tanımlanmıştır (13,18,25). Levator ani kaslarının kontraksiyonuna dayanır (25). PTKE'nin amacı; intraabdominal basınç artışı durumunda kas hacmini ve kontraksiyon gücünü artırarak pelvik taban kaslarını güçlendirmek, üretral sfinkter fonksiyonunu iyileştirmek ve kişilerde olabilecek pelvik organ prolapsusunu önleyerek ya da azaltarak vajinayı daha stabil hale getirmektir (18,19).

BÖLÜM 2

GEREÇ VE YÖNTEM

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Çalışma gebelikte yapılan pelvik taban kas egzersizlerinin doğum sonu dönemde pelvik taban kas gücüne, stres inkontinansa ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmış tanımlayıcı tipte bir eğitim müdahale araştırmasıdır.

2.2. KULLANILAN GEREÇLER

Araştırma kapsamında kullanılan gereçler, gebelere verilecek eğitim için gerekli materyaller ve veri toplama araçları olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır.

2.2.1. Eğitim Materyalleri

2.2.1.1. Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitimi (PTKE)

Pelvik Taban Kas Egzersizleri Eğitimi (PTKE) sözel anlatımla verilmiştir. Eğitim; pelvik taban kaslarının görevini, egzersizin hangi koşullarda, ne sıklıkla ve nasıl yapılacağı konularını kapsamış, ilk hafta pelvik taban kaslarını (PTK) 1 sette 10 hızlı (1 saniye kasma 1 saniye gevşeme) kontraksiyon, 10 yavaş kontraksiyon (PTK'nı kasıp 10 saniye boyunca kasılı tutma, 10 saniye gevşeme) olmak üzere günde 4 set olacak şekilde düzenlenmiştir. Ayrıca gebelere egzersizleri kendilerinin yapması için bir egzersiz uygulama rehberi verilmiştir.

2.2.1.2. Pelvik Taban Kas Egzersizleri Uygulama Rehberi

Gebelerin egzersizleri evlerinde günde kaç defa ve kaç kez uygulayacakları konusunda yol gösterici olan bu rehberin kontrol listesi takip formu şeklinde planlanmıştır (EK-1).

2.2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında;

- Örneklemeye alınan gebelerin sosyo-demografik ve tanımlayıcı özelliklerini içeren bir “Anket Formu” (EK-2)

- “Incontinence Impact Qestionnaire (IIQ-7)” (EK-3)
- “Urogenital Distress Inventory (UDI-6)” (EK-3) kullanılmıştır.

Ayrıca hem çalışma hem de kontrol grubunda yer alan kadınların gebelikte ve doğum sonrası dönemde;

- Biofeedback (BF)
- Elektromyografi (EMG)
- Perineometre
- Dijital muayene (Modifiye Oxford Skalası) ile pelvik taban kas güçlerinin ölçümü yapılmıştır.

2.2.2.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Tanımlayıcı Özelliklerini İçeren Anket Formu

Araştırmada veri toplamak amacıyla, ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen gebelerin sosyo-demografik ve tanımlayıcı özelliklerini içeren bir “Anket Formu” (EK-2) kullanılmıştır. Anket Formu çalışma ve kontrol grubunda yer alan kadınların tanıtıcı özelliklerini, mevcut gebeliğine ve doğum sonrası döneme ilişkin bilgilerini içeren 24 sorudan oluşmaktadır.

2.2.2.2. Incontinence Impact Qestionnaire (IIQ) ve Urogenital Distress Inventory (UDI)- İnkontinans Etki Soru Formu (IIQ-7) ve Ürogenital Distres Envanteri (UDI-6)

Incontinence Impact Qestionnaire (IIQ-7) ve Urogenital Distress Inventory (UDI-6) (EK-3) ölçekleri 1994 yılında Shumaker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 1995 yılında Uebersax ve arkadaşları tarafından kısa formu düzenlenmiştir. Ölçeklerin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması, Cam ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Türkiye için yapılmış olan geçerlilik güvenirlik çalışmalarında ölçeklerin cronbach alfa değerleri, UDI-6 ölçeği için 0.74 ve IIQ-6 ölçeği için ise 0.87 olarak bulunmuştur (41).

Incontinence Impact Qestionnaire UDI-6 inkontinans tipini ve sıklığını tespit edebilen, 0 ve 3 puan arasında skorlanan, altı sorudan oluşan bir ölçektir. 1. ve 2. sorular urge inkontinansı, 3 ve 4 stres inkontinansı, 5 ve 6 ise idrar boşaltma güçlüğüne tanılanmaktadır. Ölçek puanı yüksekliği üriner şikayetlerin yüksekliği ile doğru orantılıdır (42).

Urogenital Distress Inventory IIQ-7 ise inkontinans şikayetlerinin kişiyi ne derecede rahatsız ettiğini 0 ve 3 puan arasında skorlandırarak ölçeğin ve yedi sorudan oluşan bir ölçektir. 1. ve 2. sorular; fiziksel aktivite esnasındaki, 3. ve 4. sorular; seyahat esnasındaki, 5. soru; sosyal ilişkilerdeki, 6. ve 7. sorular ise duygusal sağlıktaki rahatsızlık düzeyini ölçmektedir. Yüksek skor rahatsızlık derecesinin yüksek olduğunu göstermekte ve ölçek puanı arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir (42).

2.2.2.3. Biofeedback (BF)

Çalışmada gebelerin eğitim öncesi ve doğum sonrası dönemde Biofeedback (BF) cihazı ile pelvik taban kas gücünün değerlendirilmiştir.

BF; pelvik taban kaslarının kasılma ve gevşemesi ekran ve ses aracılığı ile hasta tarafından anlaşılır hale getirilmesi ve bu yolla hastanın kendisi tarafından pelvik taban kas fonksiyonlarının düzenlenmesini sağlayan bir cihazdır. Hasta bu yöntemle PTK'nı belirleyebilmeyi ve karın kaslarının kontraksiyonu olmaksızın bu kaslarını kullanabilmeyi öğrenir (19).

Pelvik taban kas gücünü belirlemek için çalışmada yer alan gebelerde biofeedback cihazı ve bunun vajinal EMG probu kullanılmıştır. Vajinal EMG probunda iki metal sensör vardır. İletkenliği sağlamak amacıyla prob ultrasound jeli ile kaplandıktan sonra litotomi pozisyonunda kadının vajinasına yerleştirilir ve kadının tüm gücü ile pelvik taban kaslarını kasma istenir. Vajinal EMG probu basınç modunda (duyarlılık 200 μ V, eşik değeri 0 μ V) ölçüm alınır.

Pelvik taban kas gücünün değerlendirilmesi için geliştirilen Elektromiyografik Biofeedback (EMG-BF) cihazları kas gücünün matematiksel olarak ölçülmesini sağlamaktadır. Kısaca; kullanıcı hareket etmek veya bir kasını kasmak istediğinde beyinden gelen elektrik komutlarının, cihazın hassas işlemcisi tarafından algılanıp bunun ekrana yansıtılması sağlanmaktadır (aynı zamanda işitsel efektler de eklenebilmektedir). Pelvik kas gücü için EMG-BF cihazının kendi özel kalibrasyon ayarı ile (örneğin bu birçok cihazda 1'den 6'ya kadar skala skorlaması ile ekrana yansır) cihazın LCD ekranında görülen Biofeedback bar grafiği, kullanıcıya/kadına daha önce ayarlanmış kuvvet hedeflerine ulaşmaya yardım eder.

Ekranda kullanıcının/kadının kolay anlamasını sağlayacak bir EMG BF grafiği görülür. Bu grafikte pelvik taban kaslarını kasılma gücü ve PTK güçlendirici egzersizlerin yapılması ile kadının verilen hedeflere ulaşması sağlanır.

Kas Kuvveti Ölçümü ve derecelendirme skalası (EMG mikrovolt) :

- 1. derece:** Görülen bir kasılma yok, çok düşük mikrovolt
- 2. derece:** Az kasılma ve hareket. Düşük mikrovolt okuması; kısa kas tutma süresi
- 3. derece:** Orta kas kasılması ve yükselmiş hareket ve okuma ve daha uzun kasılmış bekleme süresi
- 4. derece:** Güçlü kasılma ve gelişmiş kasılma süresi.
- 5. derece:** Çok güçlü kasılma ve daha uzun kasılma süresi.
- 6. derece:** En güçlü kasılma ve çok uzamış kasılı kalma süresi. (43)

2.2.2.4. Perineometre: Pelvik taban kas gücünü objektif olarak değerlendiren vaginal bir dinamometredir. Cihazın probu vaginaya doğru 3.5 cm kadar ilerletilir ve hastadan perine kaslarını kasma istenir. Normal basınç 30-60 cmH₂O'dur (44).

2.2.2.5 Modifiye Oxford Skalası: Bu sistemde pelvik taban kas gücü dijital vajinal palpasyonla litotomi pozisyonunda Levator ani kası, vajinanın giriş kısmı ve perine değerlendirilir. Bu yöntem ile kas dayanıklılığı (kasılmaların maksimum süresi) ve kas yorgunluğu olmadan kontraksiyonların kaç kez yapıldığı ölçülür. Modifiye Oxford derecelendirme sistemine göre 0 ile 5 arasında skorlanmıştır. Skorlama sistemi Tablo 1'de gösterilmiştir (44).

Tablo 1: Modifiye Oxford Derecelendirme Sistemi

0	1	2	3	4	5
Hiç	Titreşim/Sönük	Zayıf	Orta	Güçlü	Çok Güçlü

2.3. KULLANILAN YÖNTEM VEYA YÖNTEMLER

Çalışmanın yapılma basamakları şu şekilde belirlenmiştir:

1. 20-30 haftalık primipar ve çalışmaya katılmaya gönüllü gebelerin belirlenmesi
2. Çalışma ve kontrol grubunu oluşturacak gebelerin belirlenmesi (çalışmaya grubunda yer almaya gönüllü, eğitimlere katılabilecek, verilen egzersizleri evde uygulayabilecek, iletişim bilgilerini [GSM numarası] vermesinde bir sakınca bulunmayan, geri bildirim verebilecek)

3. Gebelere sosyo-demografik ve tanımlayıcı özelliklerini içeren anket formunun uygulanması
4. Çalışmada yer alan tüm kadınlara UDI-6 ve IIQ-7 ölçeklerinin uygulanması
5. Tüm gebelerin pelvik taban kas güçlerinin belirlenmesi
 - a. EMG (BF cihazı ile)
 - b. Perineometre
 - c. Dijital palpasyon (Modifiye Oxford Skalası ile)
6. Çalışma grubunda yer alan gebelere pelvik taban kaslarını çalıştırmaya yönelik eğitimin verilmesi
7. Çalışma grubunda yer alan gebelere izlem yapılması (Haftada bir kez telefon ile görüşme)
8. Doğum sonrası sekizinci haftada tüm kadınların pelvik taban kas güçlerinin belirlenmesi ve UDI-6 ve IIQ-7 ölçeklerinin uygulanması

2.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırmanın Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Poliklinikleri ve ürojinekoloji polikliniğinde 01 Ekim 2014-31.05.2016 (20 ay) tarihleri arasında yapılmıştır.

2.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini 01 Ekim 2014 – 31 Ocak 2016 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Poliklinikleri'ne başvuran gebe kadınlar (N=83) oluşturmuştur.

2.6. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Çalışma ve kontrol grubunu oluşturan kadınlarda örneklem seçimine gidilmemiş olup 01 Ekim 2014 ve 31 Ocak 2016 tarihleri arasında (16 ay) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Poliklinikleri'ne başvuran, verilen bilgilendirme sonrasında çalışmaya katılmaya gönüllü ve dahil edilme kriterlerine uyan kadınlar araştırmanın örneklemi oluşturmuştur (Şekil 1).

Kontrol grubunda yer alan kadınların çalışma grubundan tek farkı; sadece eğitime dâhil edilmemeleridir. Araştırmanın veri toplama aşaması bittiğinde kontrol grubunda yer alan kadınlara da etik olması açısından eğitim verilmiştir.

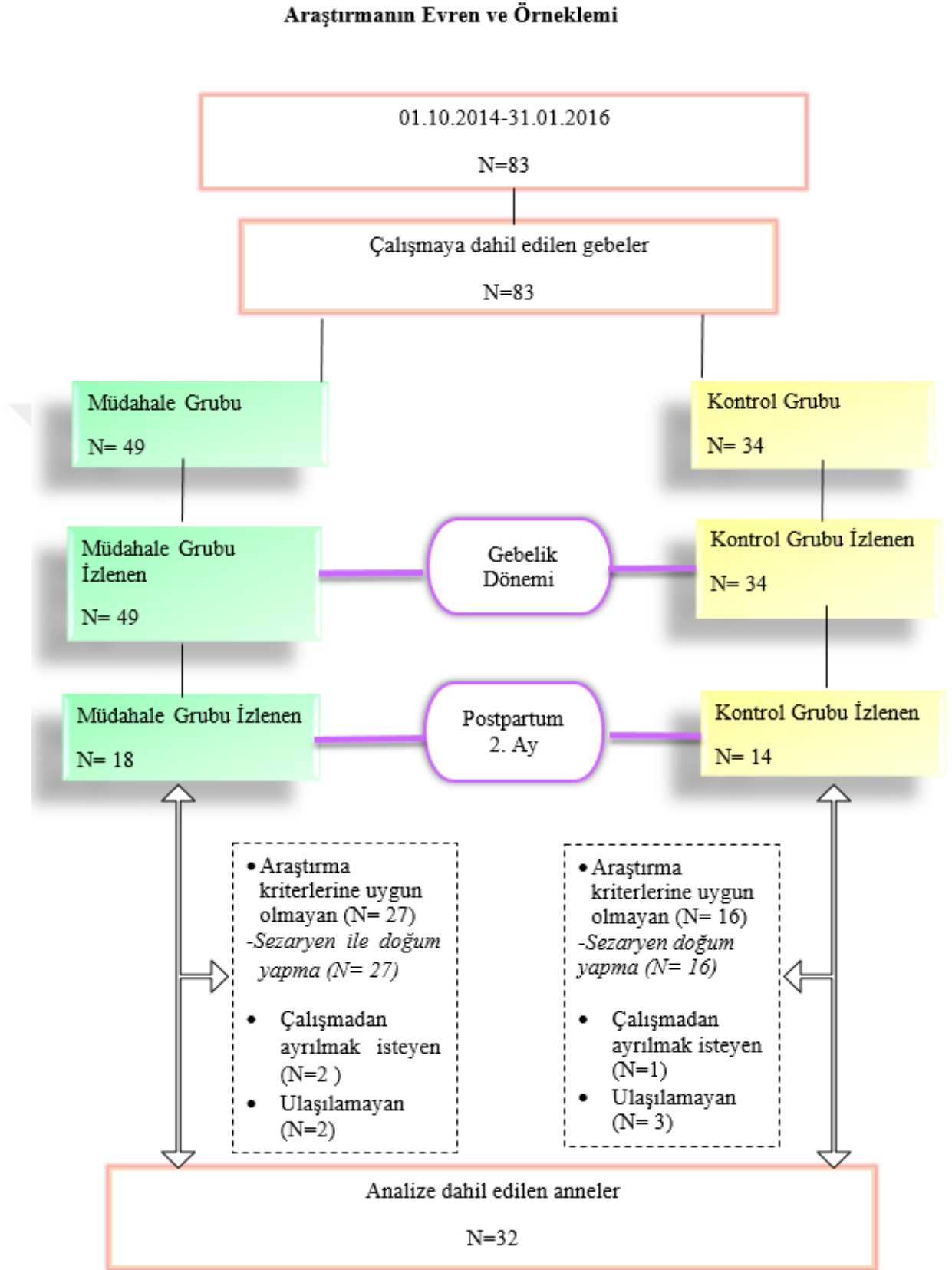
Araştırmaya dâhil edilme kriterleri:

- ✓ Okuryazar olan,
- ✓ 18 yaş ve üzerinde olan,
- ✓ 20-30. gebelik haftaları arasında olan,
- ✓ Primipar olan,
- ✓ Yüksek riskli gebeliği olmayan,
- ✓ Eğitime katılmayı engelleyecek bir durumu olmayan,
- ✓ Çalışmaya grubunda yer almaya gönüllü olan,
- ✓ Öğretilen egzersizleri evde kendisi uygulayabilecek olan,
- ✓ Psikolojik tedavi görmeyen,
- ✓ İletişim bilgilerini (GSM numarası) vermesinde bir sakınca bulunmayan,
- ✓ Geri bildirim verebilecek olan
- ✓ Gönüllü olan gebe kadınlar

Araştırma dışı bırakılma kriterleri:

- ✓ Okuryazar olmayan,
- ✓ 18 yaş ve üzerinde olmayan,
- ✓ 20-30. gebelik haftaları arasında olmayan,
- ✓ Multipar olan,
- ✓ Yüksek riskli gebeliği olan,
- ✓ Sezaryen doğum yapan,
- ✓ Eğitime katılmayı engelleyecek bir durumu olan,
- ✓ Çalışmaya grubunda yer almaya gönüllü olmayan,
- ✓ Öğretilen egzersizleri evde kendisi uygulayamayacak olan,
- ✓ İletişim bilgilerini (GSM numarası) vermesinde bir sakınca bulunan,
- ✓ Geri bildirim veremeyecek olan,
- ✓ Psikolojik tedavi gören,
- ✓ Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan gebeler çalışma kapsamına alınmıştır.

Şekil 1: Araştırmanın Evren ve Örneklemi:



2.7. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

2.7.1. Bağımlı Değişkenler:

Kadınların pelvik taban kas gücü ve İnkontinans Etki Soru Formu (IIQ-7) ve Ürogenital Distres Envanteri (UDI-6) puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

2.7.2. Bağımsız Değişkenler:

Kadınların yaşı, eğitim ve çalışma durumları, beden kitle indeksleri (BKI), gebelik sayıları, şimdiki gebelik süresi, daha önceki ve şimdiki doğum şekli, doğum komplikasyonu yaşama durumu, bebeğin doğum kilosu, kadınların düzenli spor yapma durumları, daha önce pelvik taban kaslarına yönelik egzersiz yapıp yapmadıkları, çalışma grubunda yer alan gebelerin verilen eğitim ile öğrendikleri egzersizleri uygulama sayıları, gibi veriler araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

2.8. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Tüm veriler araştırmacı tarafında yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmada kullanılan Anket Formu ve İnkontinans Etki Soru Formu (IIQ-7) ve Ürogenital Distres Envanteri (UDI-6) gebelerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Gebelerin pelvik taban kas gücü ölçümleri araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Çalışma grubunda yer alan gebelere evde yaptıkları egzersizlerin kontrolü ve hatırlatılması amacıyla telefon ile iletişim kurulmuştur.

Araştırmanın ilk aşamasında, Anket Formunun doldurulması ortalama 5-10 dakika, İnkontinans Etki Soru Formunun (IIQ-7) doldurulması ortalama 5-10 dakika ve Ürogenital Distres Envanterinin (UDI-6) doldurulması ortalama 5-10 dakika olmak üzere veriler toplam 15-30 dakika içinde toplanmıştır. Gebelerin pelvik taban kas gücü ölçümleri 20 dakikada yapılmıştır.

Veri toplama süreci 01 Ekim 2014 -31 Mayıs 2016 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

2.9. VERİLERİN ANALİZİ

Veriler SPSS 16.0 istatistik paket programında kodlanarak, sayı-yüzde dağılımları yapılmış ve nonparametrik testlerden Bağımsız T Testi, Mann Whitney U Testi, Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ve Ki kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

2.10. SÜRE VE OLANAKLAR:

Araştırma; planlama, eğitim ortamının ve materyallerinin hazırlanması, eğitimlerin verilmesi, verilerin toplanması ve değerlendirilmesini kapsayan temel aşamalar üzerine yapılandırılmıştır. Aşağıda yer alan tabloda araştırmanın temel aşamalarına dayalı süre ve olanaklar detaylı olarak verilmiştir.



Tablo 2: Araştırmanın akış çizelgesi

Yapılan Çalışmalar	Kasım 2013- Mart 2014	Nisan- Mayıs 2014	Haziran 2014	Temmuz 2014-Eylül 2015	Ekim 2014- Ocak 2016	Temmuz 2015- Ocak 2016	Mayıs 2016	Haziran 2016
Literatür İnceleme								
Araştırma Önerisi Hazırlama, Sunma ve Gerekli Düzenlemeleri Yapma								
Etik Kurul Başvurularını Yapma								
Müdahale ve Kontrol Gruplarını Belirleyerek Veri Toplama, Grupların İlk Değerlendirmesini Yapma								
Müdahale Grubuna Eğitimlerin Verilmesi								
Veri Toplama (Müdahale ve Kontrol Grupların İkinci değerlendirmesi								
Veri Girişi ve Değerlendirme (Analiz)								

2.11. ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırmanın yapılabilmesi için; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırma Etik Kurulu'ndan (EK-4) izin alınmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi yönetiminden izin alınmıştır (EK-5). Araştırmada kullanılan UDI-6 ve IIQ-7 ölçekleri ile ilgili gerekli izinler yazarlardan alınmıştır (EK-6). Ayrıca gebelere görüşme öncesi, araştırmanın amacı, araştırmadan sağlanacak yararlılıklar, görüşme için harcayacağı zaman konusunda açıklamalar yapılarak yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.



BÖLÜM III

BULGULAR

3. Bulgular

Bu bölümde çalışmaya dahil edilen kadınların sosyo-demografik ve obstetrik bilgileri, pelvik taban kas gücü ortalamaları, UDI-6 ve IIQ-7 ölçek puanları, çalışma grubu ile kontrol grubunun kas gücü farkları, ölçek puan farklarına ilişkin araştırma sonuçları sunulmuştur.

3.1. Araştırma Kapsamına Alınan Gebelere İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya, 14'ü kontrol, 18'i çalışma grubu olmak üzere toplam 32 gebe kadın dahil edilmiştir. Kadınların bazı sosyo-demografik bilgilerine dair özellikler Tablo 3'de yer almaktadır.

Tablo 3: Kadınların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellikler	Çalışma grubu		Kontrol grubu		χ^2 / p
<i>Yaş grupları</i>	n	%	n	%	
24 ve altı	11	61.1	10	71.4	4.33/ 0.36
25 ve üzeri	7	39	4	28,5	
<i>Doğum yeri</i>					
İlçe	2	11.1	2	14.3	1.86/ 0.39
Şehir	8	44.4	9	64.3	
Büyükşehir	8	44.4	3	21.4	
<i>En uzun yaşanılan yer</i>					
İlçe	0	0.0	2	14.3	3.10/ 0.21
Şehir	8	44,4	4	28.6	
Büyükşehir	10	55.6	8	57.1	
<i>Eğitim durumu</i>					
İlköğretim ve altı	5	27.9	7	50.0	9.19/ 0.10
Lise ve üstü	13	72.2	7	50.0	
<i>Çalışma durumu</i>					
Evet	7	38.9	2	14.3	2.35/ 0.12
Hayır	11	61.1	12	85.7	
<i>Meslek</i>					
Ev hanımı	11	61.1	12	85.7	0.12/ 0.23
İşçi	7	38.9	2	14.3	
<i>Gelir durumu</i>					
Gelir giderden az	3	16.7	2	14.3	2.74/ 0.25
Gelir gidere denk	12	66.7	12	85.7	
Gelir giderden fazla	3	16.7	0	0	
Toplam	18	100.0	14	100.0	

Tablo 3’de çalışmaya dahil edilen kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; çalışma grubunda yer alan kadınların yaş ortalamalarının $\bar{x}=23.77\pm4.64$ (min=18-max=35) olarak belirlenmiş olup, %61.1’inin "24 yaş ve altında", %39’unun "25 yaş ve üstünde" oldukları tespit edilmiştir. Kontrol grubunda yer alan kadınların ise; yaş ortalamaları $\bar{x}=23,21\pm3.49$ (min=18-max=31) olarak belirlenmiş olup, %71.4’ünün "24 yaş ve altında", %28.5’inin "25 yaş ve üstünde" olduğu tespit edilmiştir. Çalışma grubunda yer alan kadınların %44.4’ünün doğum yerinin “büyükşehir” olduğu ve %55.6’sı en uzun süre büyükşehirde yaşadığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda yer alan kadınların ise %64.3’ünün doğum yeri “şehir”dir ve %57.1’inin ise en uzun süre büyükşehirde yaşadığı saptanmıştır. Çalışma grubunda yer alan kadınların %72.9’unun, kontrol grubunda yer alan kadınların ise %50’sinin "lise ve üstü" eğitim derecesine sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışma grubunda yer alan kadınların %61.1’i çalışmadığını ve ev hanımı olduğunu, % 66.7’si gelir gider durumunu “gelir gidere denk” olarak algıladıkları, kontrol grubunda olan kadınların ise %85.7’si çalışmadığı ve ev hanımı olduğu, %85.7’si gelir durumunu “gelir gidere denk” algıladıkları belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarının homojen olup olmadıklarını değerlendirmek için yapılan Chi Square testinde her iki grubun sosyo-demografik değişkenler açısından homojen oldukları belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 3).

Çalışmaya grubunda yer alan kadınların gebelik haftası ortalaması $\bar{x}=24.5\pm3.09$ (min=20-max=30), kontrol grubunda yer alan kadınların ise; $\bar{x}=25.42\pm3.15$ (min=20-max=30) olarak tespit edilmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarının homojen olup olmadıklarını değerlendirmek için yapılan Bağımsız T Tesiti’nde her iki grubun sosyo-demografik değişkenler açısından homojen oldukları belirlenmiştir ($p>0.05$).

Çalışmaya dahil edilen tüm gebelerin düşük yapma, küretaj olma durumları ile herhangi bir jinekolojik operasyon geçirip geçirmediği sorgulanmıştır. Çalışma grubundaki kadınların %94.4’ünün daha önce düşük yapmadığı ve tamamının daha önce küretaj olmadığı, kontrol grubunda yer alan kadınların ise; %92.9’unun daha önce düşük yapmadığı, %92.9’unun ise küretaj olmadığı tespit edilmiştir. Hem çalışma hem de kontrol grubunda yer alan kadınların tamamı (%100.0) "daha önce herhangi bir jinekolojik operasyon" geçirmediğini ifade etmişlerdir.

Tablo 4: Kadınların Sağlık Durumlarına Göre Dağılımları

Özellikler	Çalışma grubu		Kontrol grubu		χ^2 / p
BKI Sınıflaması	n	%	n	%	
Normal (BKI=18.50-24.9)	11	61.1	6	42.9	1.18/ 0.55
Hafif şişman (BKI=25.0-29.9)	5	27.8	5	35.7	
Obez (BKI>30.0)	2	11.1	3	21.4	
Toplam	18	100.0	14	100.0	

Tablo 4’de çalışmaya dahil edilen kadınların bazı sağlık durumlarına göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; çalışma grubuna dahil edilen kadınların BKI ortalaması $\bar{x}=24.99\pm3.58$ (min=20.22-max=32.42) olarak belirlenmiş olup; %61.1’nin "normal" beden kitle indeksine sahip olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda yer alan kadınların BKI ortalaması ise; $\bar{x}=26.73\pm4.45$ (min=19.24-max=33.45) olarak belirlenmiş olup %42.9’unun "normal" sınırlarda olduğu tespit edilmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarındaki kadınların homojen olup olmadıklarını değerlendirmek için Chi Square testi yapılmış ($\chi^2=1.18$, $p>0.05$) her iki grubun sağlık durumları açısından homojen oldukları belirlenmiştir (Tablo 4).

Kadınların günlük tükettikleri sıvı miktarı, düzenli spor yapıp yapmadıkları ile daha önce PTKE eğitimi alıp almadıkları da sorgulanmıştır. Çalışma grubundaki kadınlar günlük ortalama $\bar{x}=2.22\pm0.79$ (min=1-max=4) lt sıvı aldıklarını belirtirken kontrol grubundaki kadınlar $\bar{x}=2.25\pm0.72$ (min=1-max=4) lt sıvı aldıklarını bildirmişlerdir. Çalışma grubundaki kadınların hiçbirinin düzenli spor yapmadığı, daha önce PTKE eğitimi almadığı ve dolayısıyla düzenli PTKE yapmadıkları tespit edilmiştir. Kontrol grubundaki kadınlar ise; %7.1’i düzenli spor yaptığını ifade ederken, hiçbirisi PTKE eğitimi almadığını ve düzenli PTKE yapmadıklarını belirtmişlerdir. Kadınlar günde ortalama 2.23 lt sıvı aldıklarını bildirmişlerdir.

Tablo 5: Kadınların Sağlık Problemleri Durumlarına Göre Dağılımları

Özellikler	Çalışma grubu		Kontrol grubu		χ^2/ p
<i>Sık İdrar yolu enfeksiyonu geçirme</i>					
Evet	5	27.8	4	28.6	0.002/ 0.96
Hayır	13	72.2	10	71.4	
<i>Sürekli kabızlık</i>					
Evet	6	33.3	3	21.4	0.55/ 0.45
Hayır	12	66.7	11	78.6	
<i>Sigara kullanma</i>					
Evet	1	5.6	4	28.6	3.16/ 0.07
Hayır	17	94.4	10	71.4	
Toplam	18	100.0	14	100.0	

Tablo 5’de çalışmaya dahil edilen kadınların sağlık problemleri durumlarına ilişkin bulguları yer almaktadır. Çalışma grubunda yer alan kadınların %27.8’ sık idrar yolu enfeksiyonu geçirdiğini, %33.3’ü gebeliğinde sürekli kabızlık problemi yaşadığını ve %5.6’sı sigara içtiğini bildirmiştir. Kontrol grubunda yer alan kadınların ise %28.6’sı sık idrar yolu enfeksiyonu geçirdiğini, % 21.4’ü gebeliğinde sürekli kabızlık problemi yaşadığını ve %28.6’sı sigara içtiğini ifade etmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarının homojen olup olmadıklarını değerlendirmek için Chi Square testi yapılmış olup tabloda gösterilen değerler doğrultusunda her iki grubun sağlık problemleri açısından homojen oldukları belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 5).

Hem çalışma grubundaki hem de kontrol grubundaki kadınlar kronik bir hastalığının bulunmadığını, düzenli bir ilaç kullanmadıklarını ve gebeliklerinde alkol kullanmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 6: Kadınların Doğuma İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellikler	Çalışma grubu		Kontrol grubu		χ^2/ p
<i>Bakımda sosyal destek alma</i>					
Evet	13	72.2	8	57.1	0.79/ 0.37
Hayır	5	27.8	6	42.9	
<i>Bakımda eş desteği alma</i>					
Evet	16	88.9	11	78.6	0.63/ 0.42
Hayır	2	11.1	3	21.4	
<i>Doğum sonu kabızlık</i>					
Evet	10	55.6	8	57.1	0.008/ 0.92
Hayır	8	44.4	6	42.9	
Toplam	18	100.0	14	100.0	

Tablo 6’de çalışmaya dahil edilen kadınların doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bazı özellikleri verilmiştir. Tablo incelendiğinde; çalışma grubundaki kadınların %72.2’sinin bebek bakımında ya da günlük işlerde sosyal destek, %88.9’unun eş desteği aldığı belirlenmiş olup, kontrol grubundaki kadınların; %57.1’i sosyal destek, %78.6’sı eş desteği aldığını belirtmiştir. Çalışma grubundaki kadınların %55.6’sının, kontrol grubundaki kadınların ise %57.1’inin doğumdan sonra kabızlık sorunu yaşadıkları belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarının homojen olup olmadıklarını değerlendirmek için Chi Square testi yapılmış olup tabloda gösterilen değerler doğrultusunda her iki grubun sosyal destek ve eş desteği açısından homojen oldukları belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 6).

Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların tamamında (%100.0) doğum esnasında epizyotomi açılmış, çalışma grubundaki kadınların %5.6’sının (1 gebe) doğumunda vakum ile müdahale uygulanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların %7.1’i (1 anne) doğumdan sonra sağlık sorunu (anal fissur) yaşamış, gerek çalışma grubunda gerekse kontrol grubundaki hiçbir annede doğum sonu enfeksiyon gözlenmemiştir.

Tüm kadınların doğumdaki gebelik haftaları ortalaması $\bar{x}=39.37\pm1.07$ (min=36, max=41) olarak belirlenmiştir. Bebeklerin doğum ağırlığı ortalaması $\bar{x}=3403\pm335.6$ (min=2555, max=4200) olarak tespit edilmiştir.

3.2. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Kas Gücü ve Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların kas gücü ve ölçek puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 7: Kadınların Gebelikte ve Postpartum İkinci Aydaki Kas Gücü Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N	Çalışma grubu		n	Kontrol grubu		Mann-Whitney U Testi
		$\bar{x}$	SD		$\bar{x}$	SD	
Modifiye Oxford Skalası							
Gebelik	18	1.98	1.37	14	1.92	1.43	U=85.5/ p=0.11
Postpartum 2. ay	18	2.77	1.16	14	1.71	1.43	U=64.0/ p=0.15
Fark		0.11	0.90		-0.21	1.42	U=103.5/ p=0.36
Wilcoxon işaretli sıralar testi		Z=0.53, p=0.59			Z=0.31, p=0.75		
Perineometre (cmH₂O)							
Gebelik	18	21.44	15.58	14	16.64	12.33	U=101.0/ p=0.34
Postpartum 2.ay	18	21.38	10.94	14	13.42	12.81	U=69.0/ p=0.09
Fark		-0.05	9.91		-3.21	12.75	U=77.0/ p=0.06
Wilcoxon işaretli sıralar testi		Z=0.78, p=0.43			Z=1.64, p=0.10		
EMG BF (mcV)							
Gebelik	18	11.11	10.47	14	8.42	8.48	U=103.0/ p=0.38
Postpartum 2.ay	18	12.05	6.46	14	6.85	5.88	U=62.5/ p=0.055
Fark		0.94	7.55		-1.57	9.39	U=75.5/ p=0.054
Wilcoxon işaretli sıralar testi		Z=1.54, p=0.12			Z=1.10, p=0.27		

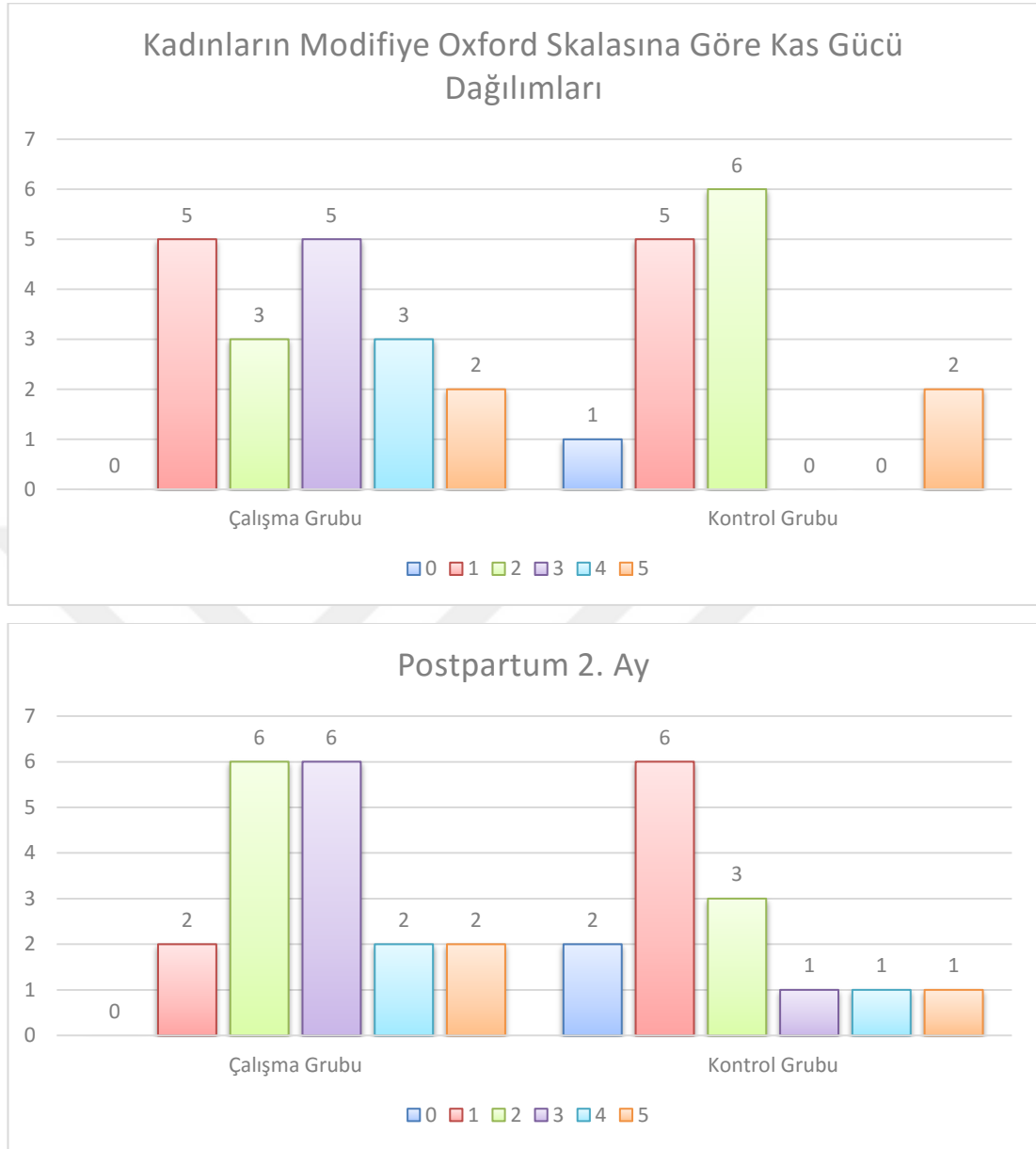
Tablo 7’de çalışmaya dahil edilen kadınların gebelik ve postpartum ikinci aydaki kas gücü ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; Modifiye Oxford Skalası’na göre çalışma grubundaki kadınların gebelikte kas gücü ortalaması $\bar{x}=1.98 \pm 1.37$ (min=1-max=5) iken postpartum ikinci ay kontrollerinde $\bar{x}=2.77 \pm 1.16$ (min=1-max=5) olduğu tespit edilmiş olup gebelikte ve doğumdan sonraki kas gücü değişiminin 0.11 derece arttığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların ise; gebelikteki kas gücü ortalaması $\bar{x}=1.92 \pm 1.43$ (min=0-max=5) iken postpartum ikinci ayda kas gücü ortalaması $\bar{x}=1.71 \pm 1.43$ (min=0-max=5) olarak saptanmış olup gebelik ve postpartum ikinci ayda kas gücü değişiminin 0.21 oranında azaldığı belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarının kas güçlerini karşılaştırmak için yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir (U=85.5, U=64.0) ($p>0.05$). Modifiye Oxford Skalası’na göre çalışma ve kontrol grupları arasında gebelik ve postpartum kas gücü farkını karşılaştırmak için yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir (U=103.5) ($p>0.05$). Gruplar kendi içinde değerlendirmek için Wilcoxon işaretli sıralar testi yapılmış; çalışma ve kontrol grubunda gebelik ve postpartum Modifiye Oxford Skalası’na göre kas gücü farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($Z=0.53/ Z=0.31$) ($p>0.05$) (Tablo 7).

Perineometre ile yapılan ölçüm sonuçları istatistiksel olarak incelendiğinde; çalışma grubundaki kadınların kas gücü ortalaması gebelik döneminde $\bar{x}=21.44 \pm 15.58$ (min=2, max=70) iken postpartum ikinci ay ölçümlerine göre $\bar{x}=21.38 \pm 10.94$ (min= 6, max=42) olarak belirlenmiştir. Kontrol grubu kas gücü ortalamaları ise; gebelik döneminde $\bar{x}=16.64 \pm 12.33$ (min=0, max=45) iken postpartum ikinci ay ölçümlerine göre $\bar{x}=13.42 \pm 12.81$ (min= 0, max=48) olarak tespit edilmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarının gebelik ve postpartum perineometre ile ölçülen kas güçlerini karşılaştırmak için yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir (U=101.0, U=69.0) ($p>0.05$). Perineometre ölçümlerine göre çalışma ve kontrol gruplarının gebelik ve postpartum kas gücü farkı karşılaştırmak için yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir (U=77.0) ($p>0.05$). Grupları kendi içinde değerlendirmek için Wilcoxon işaretli sıralar testi yapılmış, çalışma ve kontrol grubunda gebelik ve postpartum perineometre ile yapılan kas gücü ölçümleri

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($Z=0.78$) ($p>0.05$) (Tablo 7).

EMG BF ölçümlerine göre; çalışma grubundaki kadınların gebelikte kas gücü ortalaması $\bar{x}=11.11 \pm 10.47$ iken postpartum ikinci ay kontrollerinde $\bar{x}=12.05 \pm 6.46$ olduğu tespit edilmiş olup, gebelikte ve postpartum kas gücü değişiminin ortalama 0.94 mcV arttığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların ise; gebelikteki kas gücü ortalaması $\bar{x}=8.42 \pm 8.48$ iken postpartum kas gücü ortalaması $\bar{x}=6.85 \pm 5.88$ olarak saptanmış olup gebelik ve postpartum kas gücü değişiminin ortalama 1.57 mcV azaldığı belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarının gebelikte ve postpartum kas güçlerini karşılaştırmak için yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($U=103.0/U=62.5$) ($p>0.05$). EMG ölçümlerine göre çalışma ve kontrol gruplarının gebelik ve postpartum kas gücü farkı karşılaştırmak için yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($U=75.5$) ($p>0.05$). Grupları kendi içinde değerlendirmek için Wilcoxon işaretli sıralar testi yapılmış, çalışma ve kontrol grubunda gebelik ve postpartum EMG ile yapılan kas gücü ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($Z=1.54/Z=1.10$) ($p>0.05$) (Tablo 7).

Grafik 1: Kadınların Modifiye Oxford Skalasına Göre Kas Gücü Dağılımları



Kadınların gebelik dönemindeki Modifiye Oxford Skalasına göre pelvik taban kas gücü dağılımları Grafik 1’de gösterilmiştir. Çalışma grubundaki kadınların; hiçbirisi 0 kas gücüne sahip olmazken, %27.8’i (n=5) 1 kas gücü seviyesine, %16.7’si (n=3) 2 kas gücü seviyesine, %27.8’i (n=5) 3 kas gücü seviyesine, %16.7’sinin (n=3) 4 kas gücü seviyesine, %11.1’inin (n=2) 5 kas gücü seviyesine sahipken postpartum ikinci ayda, yine 0 kas gücüne sahi olan kadın bulunmadığı, %11.1’inin (n=2) 1 kas gücü seviyesine, %33.3’ünün (n=6) 2 kas gücü seviyesine, % 33.3’ünün (n=6) 3 kas gücü seviyesine, % 11.1’inin (n=2) 4 kas gücü seviyesine, %11.1’inin (n=2) 5 kas

gücü seviyesine sahip olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubundaki kadınların ise; gebelik döneminde, %7.1'inin (n=1) 0 kas gücü seviyesine, %35.7'sinin (n=5) 1 kas gücü seviyesine, %42.9'unun (n=6) 2 kas gücü seviyesine, %14.3'ünün (n=2) 5 kas gücüne sahipken 3 ve 4 kas gücüne sahip olan kadın bulunmadığı belirlenmiş, doğum sonu dönemde ise; %14.3'ünün (n=2) 0 kas gücü seviyesine, % 42.9'unun (n=6) 1 kas gücü seviyesine, %21.4'ünün (n=3) 2 kas gücü seviyesine, %7.1'inin (n=1) 3 kas gücü seviyesine, %7.1'inin (n=1) 4 kas gücü seviyesine ve yine %7.1'inin (n=1) 5 kas gücü seviyesine sahip olduğu tespit edilmiştir (Grafik 1).

Tablo 8: Kadınların UDI-6 ve IIQ-7 Ölçek Puanları Karşılaştırılması

	Çalışma grubu		Kontrol grubu		Mann-Whitney U
UDI-6 Toplam	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
Gebelik	2.05	1.58	3.35	1.82	U=77.0/ p=0.055
Postpartum 2. ay	0.66	1.87	0.92	1.07	U=87.0/ p=0.91
Fark	-1.38	2.25	-0.42	2.24	U=97.0/ p=0.26
Wilcoxon işaretli sıralar testi	Z=2.52 p=0.012		Z=2.78 p= 0.005		
IIQ-7 Toplam	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	Mann-Whitney U
Gebelik	0	0	0	0	U=126.0/ p=1.00
Postpartum 2. ay	0.61	2.59	0.14	0.36	U=116.0/ p=0.45
Fark	0.61	2.59	0.14	0.36	U=116.0/ p=0.45
Wilcoxon işaretli sıralar testi	Z=1.00, p=0.31		Z=1.41 p=0.15		

Tablo 8'de çalışmaya dâhil edilen kadınların UDI-6 ve IIQ-7 ölçek puanları karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; çalışma grubundaki kadınların gebelikteki UDI-6 ölçek toplam puanı ortalamasının $\bar{x}=2.05\pm1.58$, kontrol grubundaki kadınların $\bar{x}=3.35\pm1.82$ olduğu, çalışma ve kontrol gruplarının ölçek puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir (U=77.0) (p>0.05) (Tablo 8).

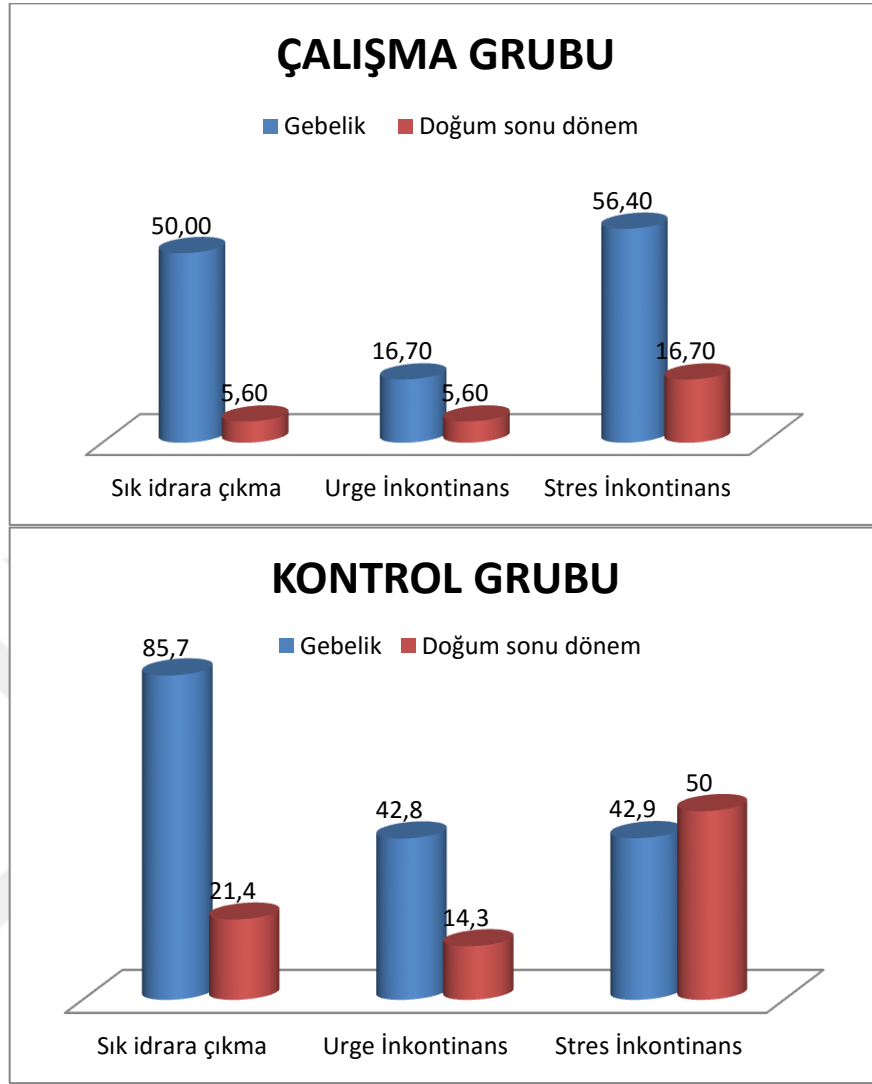
Çalışma grubundaki kadınların postpartum ikinci aydaki UDI-6 ölçek toplam puanı ortalamasının $\bar{x}=0.66\pm1.87$, kontrol grubundaki kadınların $\bar{x}=0.92\pm1.07$

olduğu, çalışma ve kontrol gruplarının ölçek puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir (U=87.0) ($p>0.05$). Grupları kendi içinde değerlendirmek için Wilcoxon işaretli sıralar testi yapılmış, çalışma ve kontrol grubunda gebelik ve postpartum UDI-6 ölçek toplam puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($Z=2.52/ Z=2.78$) ($p<0.05$) (Tablo 8).

Çalışma grubundaki kadınların gebelikteki IIQ-7 ölçek toplam puanı ortalamasının $\bar{x}=0.00$, kontrol grubundaki kadınların $\bar{x}=0.00$ olduğu, çalışma ve kontrol gruplarının ölçek puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir (U=126.0) ($p>0.05$) (Tablo 8).

Çalışma grubundaki kadınların postpartum ikinci aydaki IIQ-7 ölçek toplam puanı ortalamasının $\bar{x}=0.61\pm2.59$, kontrol grubundaki kadınların $\bar{x}=0.14\pm0.36$ olduğu, çalışma ve kontrol gruplarının ölçek puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir (U=116.0) ($p>0.05$). Grupları kendi içinde değerlendirmek için Wilcoxon işaretli sıralar testi yapılmış, çalışma ve kontrol grubunda gebelik ve postpartum IIQ-7 ölçek toplam puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($Z=1.00 / Z=1.41$) ($p>0.05$) (Tablo 8).

Grafik 2. Kadınların gebelik ve doğum sonu dönemde UDI-6 Göre Dağılımları



UDI-6 ölçeği incelendiğinde; çalışma grubundaki kadınların, gebelik döneminde %50'si sık idrara çıkma, %16.7'si urge inkontinans ve % 56.4'ü stres inkontinans tariflerken, doğum sonu dönemde; %5.6'sı sık idrara çıkma, %5.6'sı urge inkontinans, %16.7'si stres inkontinans tariflemiştir. Kontrol grubundaki kadınların ise; gebelik döneminde, %85.7'si sık idrara çıkma, %42.8'i urge inkontinans, %42.9'u ise stres inkontinans tariflerken, doğum sonu dönemde; %21.4'ü sık idrara çıkma, % 14.3'ü urge inkontinans ve %50.0'si stres inkontinans tariflemiştir.

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4. Tartışma

Üriner inkontinans (Üİ) kadınların yaşamını tehdit etmese de aile içi ve sosyal yaşantılarını fiziksel ve psikolojik yönden önemli derecede etkileyen bir problemidir (45,46). İnkontinans problemi olan kişilerin; topluluğa çıkma isteklerinde azalma, anksiyete ve depresyona gibi psikolojik problemleri ve sosyal aktivitelerinde kısıtlama olabilmektedir. Ayrıca inkontinans seksüel yaşamı ve genital hijyeni de olumsuz yönde etkilemekte bu da kişinin yaşam kalitesine yansımaktadır (47).

Güneş ve ark. yirmi yaş üstü 459 hasta ile Doğu Anadolu Bölgesi'nde bir şehirde yaptıkları çalışmalarında; inkontinansla yaş, doğum, kabızlık ve şişmanlık arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, Minassian ve ark. risk faktörlerinin yaş, menopoza, parite, obezite, vajinal doğum ve histerektomi olduğunu, Öztürk ve ark. ise menopoza, obezite ve yaşın Üİ için önemli risk faktörleri olduğunu belirtmişlerdir (17, 47, 48, 49, 50). Dinç ve Beji ise; üriner inkontinansın oluşmasında rol oynayan risk faktörleri arasında gebelik ve doğum ile ilgili faktörlerini; terme ulaşan gebelik sayısı, parite, doğum şekli, doğum komplikasyonları, epizyotomi/yırtık varlığı, bebeğin doğum kilosu, doğumdan sonra işeme ile ilgili problemler olarak sıralamışlardır (15). Bizim araştırmamızda çalışma grubunda yer alan kadınların %61.1'i 24 ve altı yaş grubunda, %66.7'si gebelikte kabızlık sorunu yaşamayan, %61.1'i BKİ normal (18.50-24.9) sınırlarda olan, kontrol grubunda yer alan kadınların ise, %71.4'ü 24 ve altı yaş grubunda, %78.6'sı gebelikte kabızlık sorunu yaşamayan, %42.9'u BKİ normal (18.50-24.9) sınırlarda olan kadınlardan oluşmaktaydı. Ayrıca her iki grupta yer alan kadınlar primipardı ve vajinal doğum yaptılar. Gebelik haftaları ortalaması $\bar{x}=39.37\pm1.07$ idi, bebeklerin doğum kilosu ortalaması $\bar{x}=3403\pm335.6$ olup tüm gebelere doğum sırasında epizyotomi açılmış (%100), sadece kontrol grubunda bir anne doğumdan sonra anal fissur sorunu yaşamıştır. Verilerimizin literatürde yer alan risk faktörlerinin minimumda olduğunu göstermesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Kişilerin yaşam kalitesinin, birçok faktörün psikososyal sağlığı etkilemesi ile değiştiği bilinmektedir. Literatürde inkontinansı olan kadınların inkontinans bulguları olmayanlara göre depresyona daha yatkın, anksiyete düzeylerinin daha yüksek;

kendine güvenlerinin düşük ve sosyal izolasyona da yatkın oldukları belirlenmiştir (47). Yapılan diğer çalışmalarda da Üİ'nin utanma ve kendine güvende azalmaya, kadınların yaşantılarında özellikle de eş ve iş ilişkilerinde bağımlılığa, ciddi engellere neden olduğu ve stres yaratıcı bir durum olarak algılandığı, inkontinansın tipine, süresine ve yaşa göre farklılık göstermekle birlikte kişilerarası ilişkilerin azalmasına neden olduğu belirtilmektedir (50,52). Çalışma sonuçlarımız inkontinans tipi açısından çalışma grubundaki kadınlarda gebelik ve doğum sonu dönem arasında sık idrara çıkma, urge ve stres inkontinans değerleri arasında azalma gösterdiği; kontrol grubundaki kadınlarda ise gebelik ve doğum sonu dönem arasında sık idrara çıkma ile urge inkontinans değerlerinde azalma gözlenirken stres inkontinans değerlerinde minimal bir artış (%7.1) olduğu yönündedir. Ayrıca vaka sayısının azlığı ve doğum sonu ikinci ay gibi erken dönemde kontrolün yapılmış olmasının literatürde yer alan bulgulara rastlanma olasılığını azalttığını düşündürmektedir. Sangsawang ve Sangsawang gebelikte en sık görülen inkontinans tipinin SUI olduğunu ve yaşam kalitesini dört alanda; fiziksel aktivite, seyahat, sosyal ilişkiler ve duygusal sağlık alanlarında olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir (37). Çalışma sonuçlarımız vaka sayısı az olsa da pelvik taban kas egzersizi eğitimi almayan grupta gebelik dönemine oranla doğum sonu dönemde stres inkontinans görülme durumunda artış olduğunu göstermesi açısından literatürü desteklemektedir.

Kadınları yaşam kalitesini bozarak izolasyona iten, kişilerarası ilişkilerin bozulmasına neden olan bu durum için pelvik taban kaslarının güçlendirilmesi anahtar role sahiptir. Dinç, Beji ve Yalçın gebelik ve postpartum dönemde uygulanan pelvik taban egzersizlerinin pelvik taban kaslarını güçlendirerek üriner inkontinans tedavisinde oldukça etkili bir yöntem olduğunu bildirmişlerdir. (40). Spnuçlarımız literatürle paralellik göstermektedir.

Literatürde gebelik ve doğum şeklinin üriner inkontinans ile ilişkisini araştıran çalışmalar mevcuttur. Child ve arkadaşları doğumun; kas ve bağ dokusunun gerilmesi ve zayıflaması sonucu pelvik tabanın gevşemesine (27), Morkved ve arkadaşları ile Zengin de pelvik organların destek yapı ve pozisyonlarında bozulmaya, pelvik sinirlerin hasar görmesine ve eksternal sfinkterin detrüsör kontraksiyonuna ya da karın içi basınç artısına cevabını bozarak idrar kaçırmaya neden olabildiğini bildirmişlerdir (28,29). Polat ve arkadaşları ile DeLancey ve arkadaşları da pelvik taban relaksasyonun gelişiminde vajinal doğumun önemli bir etken olduğunu belirtmişlerdir (24,26). Sangsawang ve Sangsawang'ın, altı haftalık

pelvik taban kas egzersizi programının gebeliğin son dönemindeki stres üriner inkontinansa etkisini inceledikleri çalışmada; egzersiz uygulayan kadınların uygulamayan kadınlara göre daha düşük oranda idrar kaçırma şikayeti bildirdiğini saptamışlardır (53). Çalışma sonuçlarımız pelvik taban kas egzersizi eğitimi alan grupta inkontinans tiplerinde doğum sonu görülen azalma ile literatürü desteklemektedir.

Roberta ve arkadaşlarının gebelerde biofeedback ve elektromyelografik olarak pelvik taban kas aktivitesini inceledikleri çalışmada kadınların Modifiye Oxford Skalası'na göre pelvik taban kas gücü dağılımını %57.89'unun 2 kas gücü seviyesine (n:11), %23.32'sinin 3 kas gücü seviyesine (n:5), %10.53'ünün 4 kas gücü seviyesine (n:2), %5.26'sının ise 5 kas gücü seviyesine (n:1) olarak tespit etmişlerdir (54). Bizim çalışmamızda ise; kadınların % 3,1'inin (n:1) 0 kas gücüne, 31,2 'sinin (n:10) 1 kas gücü seviyesine, %28,1'inin (n: 9) 2 kas gücü seviyesine, %15,6'sının (n:5) 3 kas gücü seviyesine, %9,4'ünün (n:3) 4 kas gücü seviyesine, 12,5'inin (n:4) 5 kas gücü seviyesine sahip olduğu bulunmuştur. Çalışma sonuçları Roberta ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Fritel ve arkadaşlarının süpervizör eşliğinde uygulanan prenatal pelvik taban kas egzersizlerinin üriner inkontinansı önlemede etkisini inceledikleri çalışmada, süpervizör ile egzersiz uygulayan grup ile sadece yazılı egzersiz bilgisi alan grubun Modifiye Oxford Skalası'na göre kas gücü seviyesi arasında gebelik ($p=0.92$) ve postpartum ikinci ayda ($p=0.24$) anlamlı bir fark saptamadıklarını bildirmişlerdir (55). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da sözel olarak anlatılan PTKE uygulayan grup ile egzersiz uygulamayan grup arasında gebelikte ve postpartum ikinci ayda Modifiye Oxford Skalası'na göre kas gücü seviyesi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışmamızda; eğitim verilen grupta pelvik taban kas gücü gebeliğe göre doğum sonu dönemde Modifiye Oxford Skalası ile değerlendirildiğinde 0.11 puanlık bir artış, EMG-BF'de 0.94 puanlık bir artış söz konusudur. Fakat perineometre ile yapılan değerlendirmede bir değişim olmadığı görülmektedir. Pelvik taban kas egzersizi eğitimi almayan grupta ise; gebelik (20-30 hafta) ile doğum sonu dönemdeki kas gücü ölçümleri (postpartum ikinci ay) hem Modifiye Oxford Skalası'nda (0.21 puan) azalma hem perineometre ile ölçümde (3.32 cmH₂O) azalma hem de EMG BF ile yapılan ölçümde (1.57mcV) azalma söz konusudur. Fakat eğitim alan ve almayan grup pelvik taban kas gücü açısından karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Dinç ve arkadaşları; egzersiz yapan grubun kas gücünü 20-34. Gebelik haftasında (ilk kontrol), 36-38. gebelik haftasında (2. kontrol) ve postpartum 6-8. Haftada (son kontrol), egzersiz yapmayan gruba göre daha yüksek bulmuşlardır ($p=0.00$) (40). Sut ve Kaplan ise; pelvik taban kas egzersizlerinin gebelik ve postpartum dönemdeki pelvik taban kas aktivitesine ve işeme fonksiyonlarına etkisini inceledikleri çalışmada; perineometre ile ölçtükleri pelvik taban kas gücünün her iki grupta da, geç gebelik döneminde (36-38 hafta) azaldığını ancak egzersiz uygulayan grup ile uygulamayan grup arasında kas gücü seviyesi açısından anlamlı bir fark olmadığını ifade etmişlerdir ($p=0.11$). Bununla birlikte kas gücü değişimi incelendiğinde; egzersiz uygulayan grubun kas gücünün egzersiz uygulamayan gruba göre daha az değişim gösterdiğini saptamışlardır ($p<0.001$). Sut ve Kaplan; doğum sonu dönemde, egzersiz uygulayan grup ile egzersiz uygulamayan grup arasında kas gücü seviyesi açısından anlamlı fark olduğunu tespit etmişlerdir ($p=0.002$) (56). Çalışma sonuçlarının literatürden farklı olmasının nedeni, örneklem sayısının düşük olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Marques ve arkadaşlarının, pelvik taban kas egzersizlerinin gebelikte ve postpartum dönemdeki pelvik taban kas kontraktilesini elektromyografik olarak inceledikleri çalışmada; kadınları hem gebelikte hem de postpartum dönemde 10 oturumdan oluşan egzersiz programına almış ve egzersiz programından yedi gün önce ve sonra kas gücü ölçümlerini uygulamışlardır. Sonuç olarak; gebelikteki kas gücü ortalamasını egzersiz öncesi 40.09 ± 19.49 , egzersiz sonrası 47.49 ± 22.17 olarak saptarken doğum sonu dönemdeki kas gücü ortalamasını egzersiz öncesi 27.42 ± 8.13 olarak saptarken, egzersiz sonrası 38.47 ± 16.94 olarak belirlemişler ve egzersiz uygulama öncesi ve sonrası kas gücü farkını istatistiksel olarak anlamlı bulmuşlardır ($p<0.05$) (57). Bu çalışmada ise gebelikteki kas gücü ortalaması $\bar{x}=1.98 \pm 1.37$ iken doğumdan sonraki ikinci ay kontrollerinde $\bar{x}=2.77 \pm 1.16$ olarak belirlenmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Mason ve arkadaşlarının antenatal dönemde uygulanan pelvik taban kas egzersizlerinin postpartum stres inkontinansı önlemedeki etkisini inceledikleri randomize kontrollü çalışmada; Bristol Female Lower Urinary Tract Syptom ölçeğini kullanmış ve; 20. gebelik haftasında %35.1'inin, 36. gebelik haftasında %48.4'ünün, postpartum üçüncü ayda ise %36.7'sinin stres inkontinansı olduğunu ancak egzersiz uygulayan grup ile uygulamayan grup arasında anlamlı bir fark saptanmadığını bildirmişlerdir (20. Hafta; $p=0.28$, 36. Hafta; $p=0.13$, postpartum; $p=0.39$) (58).

Bizim çalışmamızda da Mason ve arkadaşlarının çalışmasına benzer sonuçlar elde edilmiş ve çalışma grubundaki kadınların, gebelik döneminde %56.4'ü stres inkontinans tariflerken, doğum sonu döneminde %16.7'si stres inkontinans tariflemiştir. Kontrol grubundaki kadınlar ise; gebelik döneminde, %42.9'u ise stres inkontinans tariflerken, doğum sonu döneminde %50.0'si stres inkontinans saptanmış ancak UDI ölçek toplam puanına göre anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Palaez ve arkadaşlarının gebelikte uygulanan pelvik taban kas egzersizlerinin üriner inkontinans önlemedeki etkinliğini inceledikleri randomize kontrollü çalışmada egzersiz alan grubun egzersiz almayan gruba göre daha az üriner inkontinans şikayeti olduğunu ve daha yüksek yaşam kalitesi ölçek puanına sahip olduğunu bildirmişlerdir ($p<0.005$). Palaez ve arkadaşları çalışmasında yaşam kalitesini değerlendirmek için Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF) ölçeğini kullanmışlar ve yalnızca gebelik dönemini incelemişlerdir (59). Balık ve Arkadaşlarının gebelikte alt üriner sistem semptomları ve üriner inkontinans inceledikleri çalışmada idrar kaçırmayı olan ve olmayan grupları karşılaştırmışlar ve bu çalışmanın sonucundan IIQ ölçek toplam puanı; idrar kaçırmayı olan kadınlarda olmayanlara göre daha düşük çıkmıştır ($p<0.05$) (42). Bizim çalışmamızda ise yaşam kalitesini değerlendirmek için IIQ-7 ölçek toplam puanı bütün kadınlarda sıfır olarak hesaplandığı için analiz yapılamamıştır.

Sut ve Kaplan yaptıkları çalışmada üriner inkontinans ve yaşam kalitesini değerlendirmek için UDI-6 ve IIQ-7 ölçeklerini kullanmış ve çalışma ve kontrol gruplarını kendi içlerinde değerlendirmişlerdir. Sonuç olarak ise; çalışma grubunda geç gebelik döneminde UDI ve IIQ skorları başlangıca göre değişmezken doğum sonu döneminde ölçek puanında iyileşme gözlemlenmiştir. Kontrol grubunda ise; geç gebelik döneminde ölçek puanlarında başlangıca göre anlamlı olarak kötüleşme gözlenirken yine doğum sonu döneminde iyileşme gözlemlenmiştir (56). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde UDI-6'da çalışma grubunda sık idrara çıkma, urge inkontinans ve stres inkontinans gebelik ile doğum sonu dönem arasında belirgin bir azalma mevcutken, kontrol grubunda stres inkontinans artış söz konusudur.

Bu çalışmanın kısıtlılıkları; çalışmaya yalnızca primipar olan ve doğumu vajinal yolla gerçekleştiren kadınların dahil edilmesi, çalışmanın tek merkezde gerçekleştirilmesi, gebelerin muayene sonrasında daha fazla klinikte kalmak istemedikleri için çalışmaya katılmak ya da devamında çalışmaktan ayrılmak

istemeleridir. Bunlar örneklem sayısının az olması ile sonuçlanmıştır. Bu çalışma daha ileri çalışmalar için bir temel teşkil etmesi için önemlidir.



BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇ

5.1.1. Kadınların sosyo-demografik ve tanımlayıcı özelliklerine ilişkin sonuçlar

Gebelikte yapılan pelvik taban kas egzersizlerinin doğum sonu dönemde pelvik taban kas gücüne, stres inkontinansa ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmış olan araştırmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

Çalışma grubunda yer alan kadınların;

- Yaş ortalamaları $\bar{x}=23.77\pm4.64$ (min=18-max=35) olarak belirlenmiş olup kadınların %61.1'inin 24 yaş ve altında olduğu,
- %44.4'ünün doğum yerinin "büyükşehir" olduğu
- %55.6'sının yaşamlarında en uzun süre büyükşehirde yaşadıkları,
- %72.9'unun lise ve üstü eğitim seviyesine sahip olduğu,
- %61.1'inin çalışmadığı (ev hanımı),
- %66.7'sinin gelir gider durumunun "gelir gidere denk" olduğu,
- %94.4'ünün daha önce düşük yapmadığı,
- Tamamının daha önce küretaj olmadığı,
- BKİ sınıflamasına göre %61.1'inin "normal" beden kitle indeksine sahip olduğu,
- Tamamının düzenli spor yapmadığı,
- Tamamının daha önce PTKE eğitimi almadığı ve dolayısıyla düzenli PTKE yapmadığı,
- %27.8'inin gebeliğinde sık sık idrar yolu enfeksiyonu geçirdiğini,
- %33.3'ünün gebeliğinde sürekli kabızlık problemi yaşadığı,
- %5.6'sının sigara kullandığı,
- %5.6'sının doğumunun "vakum ya da forseps" ile gerçekleştiği,
- %72.2'sinin bebek bakımında ya da günlük işlerde sosyal destek aldığı,
- %88.9'unun eş desteği aldığı,
- %55.6'sının doğumdan sonra kabızlık sorunu yaşadığı,
- Tamamının doğumdan sonra herhangi bir sağlık sorunu yaşamadıkları ve doğum sonu enfeksiyon geçirmediikleri belirlenmiştir.

Kontrol grubunda yer alan kadınların;

- Yaş ortalamalarının $\bar{x}=23,21\pm3.49$ (min=18-max= 31) ve %71.4'ünün 24 yaş ve altında olduğu,
- %64.3'ünün doğum yerinin “şehir” olduğu,
- %57.1'inin yaşamlarında en uzun süre büyükşehirde yaşadıkları,
- %50.0'sinin lise ve üstü eğitim derecesine sahip olduğu,
- %85.7'sinin çalışmadığı (ev hanımı),
- %85.7'sinin gelir gider durumunun “gelir gidere denk” olduğu
- %92.9'unun daha önce düşük yapmadığı,
- %92.9'unun daha önce küretaj olmadığı,
- BKİ sınıflamasına göre %42.9'unun normal beden kitle indeksine sahip olduğu,
- %7.1'inin düzenli spor yaptığı,
- Tamamının PTKE eğitimi almadığı ve düzenli PTKE yapmadığı,
- %28.6'sının gebeliğinde sık sık idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği,
- %21.4'ünün gebeliğinde sürekli kabızlık problemi yaşadığı,
- %28.6'sının sigara kullandığı,
- Tamamının doğumunda vakum ya da forseps gibi bir müdahale gerekmediği,
- %57.1'inin sosyal destek aldığı,
- %78.6'sının eş desteği aldığı,
- Tamamının doğum sonu enfeksiyon geçirmediği,
- %57.1'inin doğumdan sonra kabızlık sorunu olduğu tespit edilmiştir.
- %7.1'inin doğumdan sonra sağlık sorunu (anal fissur) yaşadığı,

Ayrıca; hem çalışma hem de kontrol grubunda yer alan kadınların hiçbirinin;

- Daha önce jinekolojik bir operasyon geçirmediği,
- Kronik bir hastalığının bulunmadığını,
- Düzenli olarak ilaç kullanmadıkları,
- Gebeliklerinde alkol almadıkları ve
- Tamamının doğumunda epizyotomi uygulandığı belirlenmiştir.

5.1.2. Kadınların Pelvik Taban Kas Gücüne İlişkin Sonuçlar

Modifiye Oxford Skalası'na göre;

- Çalışma grubundaki kadınların gebelikte kas gücü ortalaması $\bar{x}=1.98\pm1.37$ iken doğumdan sonraki ikinci ay kontrollerinde $\bar{x}=2.77\pm1.16$ olduğu (0.11 derece artma),
- Kontrol grubundaki kadınların ise; gebelikteki kas gücü ortalaması $\bar{x}=1.92\pm1.43$ iken doğumdan sonraki kas gücü ortalaması $\bar{x}=1.71\pm1.43$ olduğu (0.21 oranında azalma),
- Gebelikte ve doğum sonrasında pelvik taban kas gücü açısından çalışma ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$),
 - Gruplar kendi içinde değerlendirildiğinde de hem çalışma hem kontrol grubu Modifiye Oxford Skalası'na göre gebelik ve doğum sonrası kas gücü açısından karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$),

Perineometre ile yapılan ölçüm sonuçları incelendiğinde;

- Çalışma grubundaki kadınların kas gücü ortalaması gebelik döneminde $\bar{x}=21.44\pm15.58$ iken postpartum ikinci ayda $\bar{x}=21.38\pm10.94$ olduğu,
- Kontrol grubu kadınların kas gücü ortalamaları ise; gebelik döneminde $\bar{x}=16.64\pm12.33$ (iken doğum sonu ikinci ayda $\bar{x}=13.42\pm12.81$ olduğu,
- Gebelikte ve doğum sonrası pelvik taban kas gücü açısından çalışma ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı ($p>0.05$),
 - Gruplar kendi içinde değerlendirildiğinde; hem çalışma hem kontrol grubu perineometre ölçümlerine göre gebelik ve doğum sonrası kas gücü açısından karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$),

EMG-BF ile yapılan ölçüm sonuçlarına göre;

- Çalışma grubundaki kadınların gebelikte kas gücü ortalaması $\bar{x}=11.11\pm6.46$ iken doğumdan sonraki ikinci ay kontrollerinde $\bar{x}=12.05\pm1.16$ olduğu (ortalama 0.94 mcV artma),

- Kontrol grubundaki kadınların ise; gebelikteki kas gücü ortalaması $\bar{x}=8.42\pm 8.48$ iken doğumdan sonraki ikinci ay kas gücü ortalaması $\bar{x}=6.85\pm 5.88$ olduğu (ortalama 1.57 mcV azalma),
- Gebelikte ve doğum sonrası pelvik taban kas gücü açısından çalışma ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın saptanmadığı ($p>0.05$),
 - Gruplar kendi içinde değerlendirildiğinde de; hem çalışma hem kontrol grubu EMG ölçümlerine göre gebelik ve doğum sonrası kas gücü açısından karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Tüm bu sonuçlar doğrultusunda tezin "*Pelvik taban kas eğitimi verilen gruptaki kadınların doğum sonu döneminde pelvik taban kas gücü eğitim verilmeyen gruptaki kadınların kas gücünden anlamlı olarak yüksektir.*" hipotezi doğrulanmamıştır.

Kadınların Modifiye Oxford Skalasına göre pelvik taban kas gücü dağılımları sonuçları incelendiğinde;

- Çalışma grubundaki kadınların gebelikte;
 - %27.8'inin (n:3) 1-*titreşim/sönük* kas gücü seviyesine,
 - %16.7'sinin (n: 3) 2-*zayıf* kas gücü seviyesine,
 - %27.8'inin (n:5) 3-*orta* kas gücü seviyesine,
 - %16.7'sinin (n:3) 4-*güçlü* kas gücü seviyesine,
 - %11.1'inin (n:2) 5-*çok güçlü* kas gücü seviyesine sahip oldukları belirlenmiştir.
- Çalışma grubundaki kadınların postpartum ikinci ayda;
 - %11.1'inin (n:2) 1-*titreşim/sönük* kas gücü seviyesine,
 - %33.3'ünün (n: 6) 2-*zayıf* kas gücü seviyesine,
 - %33.3'ünün (n: 6) 3-*orta* kas gücü seviyesine,
 - %11.1'inin (n:2) 4-*güçlü* kas gücü seviyesine,
 - %11.1'inin (n:2) 5-*çok güçlü* kas gücü seviyesine sahip oldukları belirlenmiştir.
- Kontrol grubundaki kadınların gebelik döneminde,
 - %7.1'inin (n=1) 0-*hiç* kas gücü seviyesine,

- %35.7'sinin (n:5) 1-*titreşim/sönük* kas gücü seviyesine,
- %42.9'unun (n: 6) 2-*zayıf* kas gücü seviyesine,
- %14.3'ünün (n:2) 5-*çok güçlü* kas gücü seviyesine sahip oldukları belirlenmiştir.
- Kontrol grubundaki kadınların doğum sonu dönemde ise;
 - %14.3'ünün (n=2) 0-*hiç* kas gücü seviyesine,
 - % 42.9'unun (n=6) 1-*titreşim/sönük* kas gücü seviyesine,
 - %21.4'ünün (3) 2-*zayıf* kas gücü seviyesine,
 - %7.1'inin (n=1) 3-*orta* kas gücü seviyesine,
 - %7.1'inin (n=1) 4-*güçlü* kas gücü seviyesine
 - %7.1'inin (n=1) 5-*çok güçlü* kas gücü seviyesine sahip olduğu tespit edilmiştir

5.1.3. Kadınların UDI-6 ve IIQ-7 Ölçeklerine İlişkin Sonuçlar

- UDI-6 ölçek puanlarına göre inkontinans tipini ve sıklığı incelendiğinde;
- Çalışma ve kontrol grupları arasında gebelikte ve doğum sonu ikinci ayda ölçek toplam puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$),
- Gruplar kendi içinde incelendiğinde; hem çalışma grubunda hem de kontrol grubunda gebelik dönemindeki UDI-6 ölçeği toplam puanı doğum sonu ikinci aydaki ölçek toplam puanından istatistiksel olarak yüksek olduğu ($p<0.05$),
 - Çalışma grubundaki kadınların,
 - Gebelik döneminde %50'sinin sık idrara çıkma, %16.7'sinin urge inkontinans ve % 56.4'ünün stres inkontinans,
 - Doğum sonu dönemde; %5.6'sının sık idrara çıkma, %5.6'sının urge inkontinans, %16.7'sinin stres inkontinans tariflediği,
 - Kontrol grubundaki kadınların ise;
 - Gebelik döneminde, %85.7'sinin sık idrara çıkma, %42.8'inin urge inkontinans, %42.9'unun ise stres inkontinans,
 - Doğum sonu dönemde; %21.4'ünün sık idrara çıkma, %14.3'ünün urge inkontinans ve %50.0'sinin stres inkontinans tariflediği belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda tezin "*Pelvik taban kas eğitimi verilen gruptaki kadınlarda doğum sonu dönemde stres inkontinans görülme oranı eğitim verilmeyen gruptaki kadınlarda **stres inkontinans** görülme oranından anlamlı olarak düşüktür.*" hipotezi doğrulanmamıştır.

- IIQ-7 Ölçeği ile belirlenen inkontinans şikayetlerinin kadınlara verdiği rahatsızlık incelendiğinde;

- Hem çalışma hem de kontrol grubunda gebelikteki ölçek toplam puanı 0 olarak saptandığı,
- Çalışma grubunda yer alan kadınlarda postpartum ikinci ayda IIQ-7 ölçek toplam puanının $\bar{x} = 0.62 \pm 2.59$ (min=0-max=3) olduğu,
- Kontrol grubunda yer alan kadınlarda ise postpartum ikinci ayda IIQ-7 ölçek toplam puanının $\bar{x} = 0.14 \pm 0.36$ (min=0-max=3) olduğu,
- Çalışma ve kontrol grubunda yer alan gebeler arasında ölçek toplam puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda tezin "*Pelvik taban kas eğitimi alan gruptaki kadınların stres inkontinans açısından **yaşam kalitesi** ölçek puanı eğitim almayan gruptaki kadınların ölçek puanından anlamlı olarak yüksektir.*" hipotezi doğrulanmamıştır.

5.2. ÖNERİLER

Gebelikte yapılan pelvik taban kas egzersizlerinin doğum sonu dönemde pelvik taban kas gücüne, stres inkontinansa ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanana çalışma sonuçları değerlendirildiğinde sonuçlar pelvik taban kas egzersizlerinin gebelikte ve doğum sonu ikinci ayda üriner inkontinansı önlemede etkili olmadığı yönündedir. Ancak örneklem sayısının yetersiz olması ve kadınların egzersizi doğru yapıp yapamadığının objektif olarak değerlendirilememesinin yanı sıra çalışmanın diğer kısıtlılıklarının bu sonuçlara neden olabileceği düşünülmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Pelvik taban kas egzersizlerinin gebelikte ve doğum sonu uzun vadede etkinliğini incelemek adına daha büyük örneklem sayısı ve daha uzun dönem takipli araştırmalar yapılması,
- Evde ya da hastanede egzersiz takip programı oluşturulması,
- Kadınların pelvik taban kas egzersizleri hakkında daha fazla bilinçlendirilmesi önermektedir.

KAYNAKLAR

1. Tunçkiran M.A. Gebelikte meydana gelen diğer ürolojik problemler. Turk Urol Sem 2011; 2: 131-3.
2. Kocaöz S, Eroğlu K. Gebelik ve vajinal doğum sonrası dönemde stres üriner inkontinansın önlenmesinde konservatif tedavi yöntemleri ve hemşirenin rolleri. Türkiye Klinikleri J Nurs 2009;1(2):94-10.
3. Çıtak Bilgin N, ve Coşkun DP. Doğum sonu dönem kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik.Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:3,Sayı:3. 2010.
4. Akdolun Balkaya N. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe - hemşirenin rolü.C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2002, 6 (2).
5. Akkoç Y, İrdesel J, Şenel K.Yaşlılara özgü sorunlar: Üriner inkontinans, ağrı, immobilizasyon. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2009; 55 Özel Sayı 2; 62-6.
6. Ateşkan Ü, Mas MR, Doruk H, Kutlu M.Yaşlı Türk popülasyonunda üriner inkontinans: görülme sıklığı, muhtemel klinik tipleri ve birey açısından öneminin değerlendirilmesi. Geriatri 2000, Cilt: 3, Sayı: 2, Sayfa: 45.
7. İnci K, Ergen A. Yaşlılarda üriner inkontinans ve farmakolojik tedavisi. Turkish Journal of Geriatrics 2009; 13 (1): 59-66.
8. Canaz E, Ark HC, Alkış İ, Han A, Ölmez H. Pelvik organ prolapsusu; anatomik temeller ve cerrahi yaklaşım. JOPP Derg 5(2):47-61, 2013 doi:10.5222/JOPP.2013.047.
9. Çırpan T, Akercan F, Akman L, İtil İM, Aşkar N.Genç yaşta gözlenen postpartum inkontinans: Olgu sunumu ve literatür derlemesi. TJOD, 2005; Cilt: 2 Sayı: 3: 246-248.
10. Aksoy A, Nazik H, Narin R, Narin MA, Aytan H, Api M. Stres üriner inkontinans hastalarında midüretal transobturator bant cerrahisi: klinik gözlem ve erken dönem sonuçları. Cumhuriyet Tıp Derg 2013; 35: 540-547.
11. Karan A, Aksaç B, Ayyıldız H, Işıkoğlu M, Yalçın O, Eskiurt N. Üriner inkontinanslı hastalarda yaşam kalitesi ve objektif değerlendirme parametreleri ile ilişkisi. Geriatri 3 (3): 102-106, 2000.
12. Terzi H, Terzi R, Kale A. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler.Ege Journal of Medicine 2013;52(1):15-19.
13. Kaplan S, Demirci N. Üriner İnkontinanstaki konservatif tedavi metotları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:5, Sayı:13 (2010).

14. Cerruto M. A.,D'Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in europe: A systematic review, Urol Int 2013;90:1–9, DOI: 10.1159/000339929.
15. Dinç A, Beji NK. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde üriner inkontinans ve korunma yolları.İ.Ü.F.N. Hem. Derg (2008) Cilt 16 - Sayı 62 : 143-149.
16. Park W. H. Urinary incontinence and physician's attitude. J Korean Med Sci 2013; 28: 1559-1560.
17. Öztürk GZ, Toprak D, Basa E. 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, Cilt:46, Sayı:4, 2012.
18. Demirci N, Coşar F.Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 2009;16(3)/ 35-40.
19. Güler TC, Yağcı N. Kadın üriner inkontinansı vefizyoterapi yaklaşımları. D.P.Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi 11. Sayı Eylül 2006 SS: 205-218.
20. Ege E, Akın B, Kocaoğlu D, Arıöz A.Postpartum bir yıllık dönemde üriner inkontinans sorunu yaşayan kadınlarda yaşam kalitesi.Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi - 2007/2.
21. Kök G, Şenel N, Akyüz A.GATA Jinekoloji Polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans açısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi, Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48: 132-136.
22. Frederice CP, Amaral E, Ferreira NDO.Urinary symptoms and pelvic floor muscle function during the third trimester of pregnancy in nulliparous women. J. Obstet. Gynaecol. Res. Vol. 39, No. 1: 188–194, January 2013, doi:10.1111/j.1447-0756.2012.01962.x.
23. Hay-Smith J, Mørkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women, Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art.No.: CD007471. DOI: 10.1002/14651858.CD007471.
24. Polat İ, Akagündüz NG, Yıldırım G, Ülker V, Bakır VL, Ekiz A, ve ark. Doğum şeklinin, pelvik taban ve mesane boynu üzerinde etkileri.JOPP Derg 4(2):47-60, 2012, doi:10.5222/JOPP.2012.047
25. Eryılmaz HY. Pelvik Bozukluklar. İçinde: Şirin A, editör. Kadın Sağlığı. İstanbul: Bedray, 2008: s.199-200; 208; 210-221

26. DeLancey J, Sorensen HC, Lewicky-Gaupp C, Smith TM. comparison of the puborectal muscle on MRI in women with pop and levator ani defects with those with normal support and no defect. *Int Urogynecol J*. 2012 January ; 23(1): 73–77. doi:10.1007/s00192-011-1527-8.
27. Child S, Bateman A, Shuttleworth J, Gericke C, Freeman R. Can primary care nurse administered pelvic floor muscle training (PFMT) be implemented for the P-prevention and treatment of urinary incontinence?. *F1000Research* 2013, 2:47 Last updated: 07 AUG 2013.
28. Morkved S, Bo K, Schei B, Salvesen KA. Pelvic muscles training during pregnancy to prevent urinary incontinence: A single blind randomized controlled trial. *The American Collage of Obstetricians and Gynecologists*, published by Elsevier, Vol. 101, No. 2, February 2003.
29. Zengin N., (2010), Kadınlarda idrar Kaçırma Prevalansı ve Risk Faktörleri, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:5, Sayı:13 (2010)
30. Gill B. C, Moore C, Damaser M. S. Postpartum stress urinary incontinence: lessons from animal models. *Expert Rev Obstet Gynecol*. 2010 September 1; 5(5): 567–580. doi:10.1586/eog.10.48.
31. Öner G. Böbreklerde İdrar Oluşumu: I. Glomerüler Filtrasyon, Böbrek Kan Akımı ve Bunların Kontrolü. İçinde: Çeviri Editörleri: Çavuşoğlu H. Ve Yeğen B. Ç. *Tıbbi Fizyoloji Guyton ve Hall. Nobel Tıp Kitabevleri*, 2007: s.311-313
32. Sivrioğlu K. Mesane anatomisi ve işeme fizyolojisi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2005; 51 (Özel Ek A): A16-A18
33. Alpay H, Bıyıklı NK. İşeme bozuklukları. *Official Journal of the Turkish Society of Nephrology* 2003; 12 (3) 122-126
34. Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008, 28:487-493.
35. Omli R, Hunskaar S, Mykletun A, Romild U, Kuhry E. Urinary incontinence and risk of functional decline in older women: data from the Norwegian HUNT-study, *BMC Geriatrics* 2013, 13:47.
36. Göynüner F. G, Yücel N, Uslu Z. G, Acış R, Türkgeldi E, Durukan B. The initial experience of a training hospital on TOT. *J Turkish-German Gynecol Assoc* 2009; 10: 80-3.

37. Sangsawang B, Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology and treatment. *Int Urogynecol J* (2013) 24:901–912, DOI 10.1007/s00192-013-2061-7.
38. Sopalı B, Aksoy E.E, Budak S, Yıldız Y, Ayder A. R. Üriner İnkontinans Tedavisinde Transobturator Tape (Tot) Operasyonunun Kısa ve Uzun Dönem Etkinliğinin Araştırılması, *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology* 10 (38) 1572-1576 2013.
39. Lopes D.B.M, Praça N.S. Self-reported urinary incontinence in the postpartum period: clinical characteristics. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(3):559-64
40. Dinc A, Beji N. K, Yalcin O. Effect of pelvic floor muscle exercises in the treatment of urinary incontinence during pregnancy and the postpartum period. *Int Urogynecol J* (2009) 20:1223–123.
41. Cam C, Sakalli M, Ay P, Cam M, Karateke A. Validation of the short forms of the incontinence impact questionnaire (IIQ-7) and the Urogenital distress inventory (UDI-6) in a Turkish population. *Neurourology and Urodynamics* 26:129^133 (2007).
42. Balık G, Güven ESG, Tekin YB, Şentürk Ş, Kağıtçı M, Üstüner I, et all. Lower urinary tract syptoms and urinary incontinence during pregnancy. *Lower Urinary Tract Symptoms* (2016) 8, 120-124.
43. Sondermed Web site. Available from: <http://sondermed.com.tr/index.php?route=product/category&path=74> Erişim Tarihi: 14.08.2014
44. Cangöl E, Aslan E, Yalçın Ö. Kadınlarda Pelvik Taban Kas Egzersizleri ve Hemşirenin Rolü. *HEAD*. 2013; 10(3): 49-56.
45. Aydınoglu E, Bal K, Özçift B, Bölükbaşı A. Üriner inkontinans ve veya alt üriner sistem semptomlarının kadın cinsel sağlığı üzerine etkisi. *Yeni Üroloji Dergisi - The New Journal of Urology* 2012; 7 (1): 33-41.
46. Qiu J.,Lv L., Lin X, et al. Body mass index, recreational physical activity and femal urinary incontinence in Gansu, China. *Eur J ObstetGynecolReprodBiol*. 2011; 159(1):224–229.
47. Güneş G, Güneş A, Pehlivan E. Malatya Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesindeki Erişkin Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı ve Etkili Faktörler. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 7(1):54-57.

48. Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women. *ObstetGynecol* 2008; 111:324-31.
49. Özkan ZS, Sapmaz E. Reprodüktif Çağdaki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Etkileyen Faktörler (Prevalence and Risk Factors of Female Urinary Incontinence During the Reproductive Stage) *J Kartal TR* 2015;26(2):101-106.
50. Şentürk Ş, Kara M. Menopoz Dönemindeki Üriner İnkontinans Prevalansı ve Risk Faktörleri, *Van Tıp Dergisi*, 2010; 17(1): 7-11
51. İlçe A, Ayhan F. Yaşlılarda Üriner ve Fekal İnkontinansın Belirlenmesi, Yaşam Kalitesine Etkisi: Bilgilendirme ve Eğitim. *Anatol J Clin Investig.* 5(1):15-23.
52. Hunskaar S, Arnold EP, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Mallett VT. Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence. *International Urogynecology Journal.* 11:301-319.
53. Sangsawang B, Sangsawang N. Is a 6 week supervised pelvic floor muscle exercises program effective in preventing stress urinary incontinence in late pregnancy in primigravid women: a randomized controlled trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 197 (2016) 103–110.
54. Roberta L. A. Batista, Maira M. Franco, Luciane M. V. Naldoni, Geraldo Duarte, Anamaria S. Oliveira, Cristine H. J. Ferreira. Biofeedback and the electromyographic activity of pelvic floor muscles in pregnant women. *Rev Bras Fisioter.* 2011;15(5):386-92.
55. Fritel X, Tayrac R, Bader G, Savary D, Gueye A, Deffieux X, et al. Preventing urinary incontinence with supervised prenatal pelvic floor exercises. *Obstet Gynecol* 2015;126:370–7. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000972
56. Sut HK, Kaplan PB. Effect of pelvic floor muscle exercise on pelvic floor muscle activity and voiding functions during pregnancy and the postpartum period. *Neurourology and Urodynamics* 35:417–422 (2016)
57. Marques J, Simone B, Pereira LC, Lanza AH, Amorim CF et al. Pelvic floor muscle training program increases muscular contractility during first pregnancy and postpartum: electromyographic study. *Neurourology and Urodynamics* 32:998–1003 (2013)
58. Mason L, Roe B, Wong H, Davies J, Bamber J. The role of antenatal pelvic floor muscle exercises in prevention of postpartum stress incontinence: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, (2010) 19, 2777–2786.

59. Pelaez M, Gonzalez-Cerron S, Montejo R, Barakat R. Pelvic floor muscle training included in a pregnancy exercise program is effective in primary prevention of urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics* 33:67–71 (2014).



EK 1- Pelvik Taban Kas Egzersizi Uygulama Rehberi

Adı Soyadı:

	Tarih	1.uygulama	2.uygulama	3.uygulama	4.uygulama	5.uygulama	6.uygulama	7 ve üzeri uygulama
1.Hafta	.../.../2014	☐ 10 kez	☐ 20 kez	☐ 30 kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... defa ... kez
	.../.../2014	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... defa ... kez
	.../.../2014	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... defa ... kez
	.../.../2014	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... defa ... kez
	.../.../201...	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... defa ... kez
	.../.../201...	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... defa ... kez
	.../.../201...	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... defa ... kez
2.Hafta	.../.../2014	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... defa ... kez
	.../.../2014	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... defa ... kez
	.../.../2014	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... defa ... kez
	.../.../201...	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... defa ... kez
	.../.../201...	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... defa ... kez
	.../.../201...	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... defa ... kez
	.../.../201...	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... defa ... kez
3.Hafta	.../.../2014	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... defa ... kez
	.../.../2014	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... defa ... kez
	.../.../2014	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... defa ... kez
	.../.../201...	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... defa ... kez
	.../.../201...	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... defa ... kez
	.../.../201...	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... defa ... kez
	.../.../201...	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... defa ... kez
	.../.../201...	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... kez	☐ ... defa ... kez
Haftalar		1.gün	2.gün	3.gün	4.gün	5.gün	6.gün	7.gün
1.	...- .../.../201...	☐ ... defa ... kez	☐ ... defa ... kez	☐ ... defa ... kez	☐ ... defa ... kez	☐ ... defa ... kez	☐ ... defa ... kez	☐ ... defa ... kez
2.	...-.../.../201...	☐ ... defa ... kez	☐ ... defa ... kez	☐ ... defa ... kez	☐ ... defa ... kez	☐ ... defa ... kez	☐ ... defa ... kez	☐ ... defa ... kez



3.	...-.../.../201...	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez
4.	...-.../.../201...	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez
5.	...-.../.../201...	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez
6.	...-.../.../201...	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez
7.	...-.../.../201...	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez
8.	...-.../.../201...	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez	☐ ... defa kez



Aylar	1.hafta	2.hafta	3.hafta	4.hafta
1	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez
2	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez
3	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez
4	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez
5	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez
6	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez
7	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez
8	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez
9	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez
10	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez
11	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez
12	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez	☐ ...gün defa kez

EK II-SOSYO DEMOGRAFİK ve TANIMLAYICI BİLGİLER FORMU

PTK GÜCÜ	
EMG	
Oxford	
Perineometre	

1- Yaşınız (Belirtiniz):

2- Yaş aralığınız:

a. 15-19 b. 20-24 c. 25-29 d. 30-34 e. 35-39

3- Doğum yeriniz (Belirtiniz):

4- En uzun süre yaşadığınız yer neresi (Belirtiniz)?

5- Eğitim durumunuz (en son bitirilen okulu belirtiniz):

a. Okur-yazar b. İlkokul c. Ortaokul ve dengi d. İlköğretim
e. Lise ve dengi f. Yüksekokul/üniversite g. Yüksek lisans/Doktora

6- Çalışıyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

7- Mesleğiniz (Belirtiniz):

8- Sizce aylık gelir durumunuz nedir?

a. Gelir giderden az

b. Gelir gidere denk

c. Gelir giderden fazla

9- Boyunuz:

10- Kilonuz:

11- Beden Kitle İndeksi (Araştırmacı tarafından hesaplanacaktır):

12- Gebelik haftanız:

13- Daha önce düşük yaptınız mı?

a. Evet,.....hafta gebelik

b. Hayır

14- Daha önce küretaj oldunuz mu?

a. Evet,.....hafta gebelik

b. Hayır

15- Günlük aldığınız ortalama sıvı miktarı:

16- Kadın hastalıkları nedeniyle herhangi bir operasyon geçirdiniz mi?

a. Evet

b. Hayır

17- Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı?

a. Evet (belirtiniz):

b. Hayır

18- Kronik bir hastalığınız (Kalp hastalığı, şeker hastalığı, hipertansiyon gibi) var mı?

a. Evet

b. Hayır

19- Sık idrar yolu enfeksiyonu geçirir misiniz?

a. Evet

b. Hayır

20- Sürekli kabızlık sorunuz var mı?

a. Evet

b. Hayır

21- Sigara kullanıyor musunuz?

a. Evetadet-paket/gün

b. Hayır

22- Alkol kullanıyor musunuz?

a. Evetkadeh/gün

b. Hayır

23- Düzenli spor yapıyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

24- Daha önce pelvik taban kas egzersizi eğitimi aldınız mı?

a. Evet

b. Hayır

25- Düzenli pelvik taban kas egzersizini uyguluyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

BU ALAN DOĞUMDAN SONRA DOLDURULACAKTIR.

1- Doğumdaki gebelik haftanız nedir?.....

2- Doğumda epizyotomi (perineye yapılan kesi) yapıldı mı?

a. Evet

b. Hayır

3- Doğumda vakum ya da kaşık(forseps) uygulaması yapıldı mı?

a. Evet

b. Hayır

4- Bebek doğum ağırlığı nedir?.....

5- Bebek bakımında ve günlük işlerde sosyal destek (anne, arkadaş vb.) alıyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

6- Bebek bakımında ve günlük işlerde eşiniz size destek oluyor mu?

a. Evet

b. Hayır

7- Doğumdan sonra herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?

a. Evet,.....b. Hayır

8- Doğumsonu enfeksiyon geçirdiniz mi?

a. Evet

b. Hayır

9- Doğumdan sonra kabızlık sorunu yaşadınız mı?

a. Evet

b. Hayır

EK III- UDI- 6 ve IIQ-7 ÖLÇEKLERİ

UDI-6 Urogenital Distress Inventory (Türkçe versiyonu)

UDI-6	Aşağıdaki durumlar başınıza geliyor mu? Eğer geliyorsa ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç	Hafif	Orta	Çok
1	Sık idrara çıkma?	0	1	2	3
2	Birdenbire gelen idrar yapma hissi ile birlikte (idrarı tutamayıp) idrar kaçırmak?	0	1	2	3
3	Öksürme veya hapsirme gibi fiziksel aktivite esnasında idrar kaçırmak?	0	1	2	3
4	Damla damla, az miktarda idrar kaçırmak?	0	1	2	3
5	İdrar torbanızı boşaltmada güçlük?	0	1	2	3
6	Karnınızın alt kısmında veya cinsel bölgenizde ağrı veya rahatsızlık hissi?	0	1	2	3

Incontinence Impact Questionnaire (Türkçe versiyonu)

IIQ-7	İdrarınızı kaçırmak veya organınızda sarkma olması aşağıdakilerden hangisini etkiledi?	Hiç	Hafif	Orta	Çok
1	Ufak tefek ev işlerini yapabilmenizi etkiledi mi?	0	1	2	3
2	Yürüme, yüzme veya egzersiz (spor) gibi fiziksel etkinlikler yapabilmenizi etkiledi mi?	0	1	2	3
3	Eğlence amaçlı etkinliklere (sinema, konser, düğün ve benzeri) katılmanızı etkiledi mi?	0	1	2	3
4	Otomobil veya otobüs ile 30 dakikadan fazla seyahat edebilmenizi etkiledi mi?	0	1	2	3
5	Evin dışındaki sosyal etkinliklere (arkadaş toplantısı, alışveriş ve benzeri) katılabilmenizi etkiledi mi?	0	1	2	3
6	Ruhsal sağlığınıza etkiledi mi? (sinirlilik, depresyon ve benzeri)	0	1	2	3
7	Hüsran duygusu (düş kırıklığı) hissetmenize yol açtı mı?	0	1	2	3

EK IV. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırma Etik Kurul İzin Belgesi

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR Tel: 0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34 e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr						
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ						
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelikte Uygulanan Pelvik Taban Egzersizlerinin Postpartum Stres İnkontinansa ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi				
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Birsen Karaca SAYDAM				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	Ebelik				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü				
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI					
	DESTEKLEYİCİ	-				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐ FAZ 2 ☐ FAZ 3 ☐ FAZ 4 ☐ Gözlemsel İlaç Çalışması ☐ Tıbbi Cihaz Klinik Araştırması ☐ İn Vitro Tıbbi Tanı Cihazları ile Yapılan Performans Değerlendirme Çalışmaları ☐ İlaç Dışı Klinik Araştırma ☒ Diğer ise belirtiniz				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐				
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi				
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	10.12.2014				
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	10.12.2014				
	OLGU RAPOR FORMU	10.12.2014				
KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu: 14-9.1/7 Etik Kurulu Üyesi Tarih: 16.12.2014 Uzm. Ec. Ebru BEDİR EÜTF Klinik Araştırmalar					
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenilmediği koşullarda araştırmaya başlanmasında etik açıdan uygun bulunduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayşenur OKTAY					
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlgili (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ayşenur OKTAY Başkan	Radyodiagnostik	EÜ. Tıp Fakültesi Radyoloji AD	K	☒ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	E.Ü. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Sarenur GÖKBEN Üye	Çocuk Nörolojisi	EÜ. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Abdullah SAYINER Üye	Göğüs Hastalıkları	EÜ. Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur OKTAY	İMZA	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa	
			22	28.09.2011/05	1/2	



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu : 14- 9.1/7				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Üroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☒ H	
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	EÜ. Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☒ H	
Doç. Dr. Murat PEHLİVAN Üye	Biyofizik	E.Ü. Tıp Fakültesi Biyofizik AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☒ H	
Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Etik	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☒ H	
Doç. Dr. Şafak TANER Üye	Halk Sağlığı	E. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☒ H	
Doç. Dr. Ayşe EROL Üye	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☒ H	
Yard. Doç. Dr. Gülsün AYGÖRMEZ UĞURLUBAY Üye	Ceza Hukuku	Gediz Üniversitesi Hukuk Fakültesi	K	☐ E ☒ H	☒ E ☒ H	
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Üye	Eczacı	E.U. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☒ H	
Uzm. Dr. Özlem EKER Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Serbest	K	☐ E ☒ H	☒ E ☒ H	
Fatma BÜYÜKAKKUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Niyazi AŞKAR Danışman***	Kadın Hastalıkları ve Doğum	E.Ü. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD	E	☐ E ☒ H	☒ E ☒ H	

* Araştırma ile İlişki

** Toplantıda Bulunma

*** Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik Madde 8/c bendi gereğince görüş alınmak üzere kadın hastalıkları ve doğum uzmanı bir hekim, dosyanın değerlendirilmesi için Kurul tarafından atanmıştır.

ASLI GÖRÜLÜP
2016-11-16
4

EKV. Hastane Yönetimi İzin Belgesi



T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

SAYI: 70941619- 2814
KONU : Araştırma.

05.11/2014

EBELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim dalınız yüksek lisans öğrencisi Ebru SERT ile ilgili Ege Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Biriminin 23.10.2014 tarih ve 22748 sayılı yazısı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Güneş BAKSI ŞEN
Müdür V.



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

SAYI : 69631334-1800-22743
KONU: Yüksek Lisans Tezi Hk.

23/10/2014

EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İLGİ: 2352 sayılı ve 01.10.2014 tarihli yazınız.

Enstitünüz Ebelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Ebru SERT'in "Gebelikte Uygulanan Pelvik Taban Egzersizlerinin Postpartum Stres İnkontinansa ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu yüksek lisans tezini 01 Ekim 2014 – 01 Ekim 2015 tarihleri arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Alper TÜNGER
Başhekim V.

EK VI. UDI-6 ve IIQ-7 Ölçekleri İzin Yazısı

06.06.2016

Re: IIQ-7 ve UDI-6 Ölçekleri Hakkında - ebru sert

Re: IIQ-7 ve UDI-6 Ölçekleri Hakkında

cetin cam

26.1.2015 (Pzt) 21:01

Kime: ebru sert <ebru_sert35@hotmail.com>;

1 ek (19 KB)

IIQ-7 ve UDI-6.docx

Başarılar dilerim..
Doç. Dr. Çetin ÇAM

On Monday, January 12, 2015 3:55 PM, ebru sert <ebru_sert35@hotmail.com> wrote:

Sayın Çam;

Ben Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Gebelikte pelvik taban kas gücü ve üriner inkontinansa yönelik bir tez çalışması yapmayı planlıyorum. Neurourology and Urodynamics dergisinde yayınlanan "Validation of the Short Forms of the Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) and the Urogenital Distress Inventory (UDI-6) in a Turkish Population" konulu çalışmanızı inceledim. İzininiz olursa IIQ-7 ve UDI-6 ölçeklerini ve değerlendirmesini yüksek lisans tezimde kullanmak istiyorum. Bu konuda bana yardımcı olabilirsiniz minnettar olurum.

Saygılarımla,

Ebru Sert
GSM: 05393772703
e-mail: ebru_sert35@hotmail.com

ÖZGEÇMİŞ

2006 yılında İzmir Atatürk Sağlık Meslek Lisesi'nden mezun olup 2006-2007 öğretim yılında Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü'ne girdi. 2010-2011 öğretim yılında bu bölümden mezun oldu ve 2011-2012 öğretim yılında Ege Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı.

Ege Serbest Bölgesi Uzay Kampı Türkiye'de sorumlu hemşire olarak görevini sürdürmektedir.

Türk Ebeler Derneği, Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahisi Derneği, İnfertilite Hemşireleri Derneği üye olduğu mesleki kuruluşlardır.

ebru_sert35@hotmail.com