T. C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PRİMİGRAVİDA GEBELERE MOTİVASYONEL GÖRÜŞME YÖNTEMİ İLE VERİLEN PELVİK TABAN KAS EĞİTİMİNİN GEBELİKTE VE POSTPARTUM DÖNEMDE ÜRİNER İNKONTİNANSA ETKİSİ

Manolya PARLAS

ORCID: 0000-0001-8805-4721

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı

DOKTORA TEZİ

İZMİR

ARALIK 2023

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD -2017970230

T. C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PRİMİGRAVİDA GEBELERE MOTİVASYONEL GÖRÜŞME YÖNTEMİ İLE VERİLEN PELVİK TABAN KAS EĞİTİMİNİN GEBELİKTE VE POSTPARTUM DÖNEMDE ÜRİNER İNKONTİNANSA ETKİSİ

Manolya PARLAS

ORCID: 0000-0001-8805-4721

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı

DOKTORA TEZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Dilek BİLGİÇ
ORCID: 0000-0001-9569-8875
İkinci Danışman: Doç. Dr. Özge ÇELİKER TOSUN
ORCID: 0000-0002-2080-8969

İZMİR
ARALIK 2023
TEZ KODU: DEU.HSI.PhD -2017970230

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

ETİK BEYANI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum **"Primigravida Gebelere Motivasyonel Görüşme Yöntemi ile Verilen Pelvik Taban Kas Eğitiminin Gebelikte ve Postpartum Dönemde Üriner İnkontinansa Etkisi"** başlıklı doktora tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri ve belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza

Manolya Parlas

Tarih: 15/12/2023

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince akademik gelişimim için beni destekleyen, yolumu aydınlatan, değerli bilimsel katkılarıyla tez sürecime katkı sağlayan, değerli danışman hocam Doç. Dr. Dilek BİLGİÇ' e,

Tez çalışmamın yürütülmesinde değerli katkılarını ve desteklerini esirgemeyen hocalarım Doç. Dr. Özge ÇELİKER TOSUN, Uzm. Fzt. Sinem ÇİÇEK ve Uzm. Dr. Öğr. Gör. Onur YAVUZ'a,

Değerli bilimsel katkılarından dolayı tez jüri üyelerim; Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ, Prof. Dr. Merlinda ALUŞ TOKAT, Prof. Dr. Tülay YAVAN, Doç. Dr. Sefa KURT ve Dr. Öğr. Üyesi Hande YAĞCAN'a,

Tez uygulama sürecinde desteklerini her daim hissettiğim başta Hemşire Dilek HÜRDAL olmak üzere DEÜ Araştırma Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerinde çalışan tüm hemşire, hekim ve personellerine,

Hayatım boyunca en kıymetli varlıklarım, maddi ve manevi destekçilerim, lisansüstü eğitimimin görünmez kahramanları annem Cemile YALÇINKAYA, babam Niyazi YALÇINKAYA, eşim Çağlar PARLAS, kızım Cemre PARLAS ve oğlum Engin Ege PARLAS' a,

Tez çalışmama katılarak, gebelik sürecine dahil olduğum bu yolda beni geliştiren ve zenginleştiren tüm gebelere,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Manolya PARLAS

İÇİNDEKİLER

TABLOLAR DİZİNİ i

ŞEKİLLER DİZİNİ iii

KISALTMALAR iv

ÖZET v

ABSTRACT vi

1. GİRİŞ VE AMAÇ 1

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1

1.2. Araştırmanın Amacı 7

1.3. Araştırmanın Hipotezleri 8

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Pelvik Taban Anatomisi. 8

2.1.1. Kemik Pelvis, Pelvik Eklemler Ve Ligamentler 9

2.2. Gebeliğin Pelvik Taban Üzerine Etkisi 10

2.3. Pelvik Taban Disfonksiyonları 13

2.3.1. Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar 14

2.3.2. Üriner İnkontinans Yönetiminde Hemşirelik Yaklaşımları 21

2.4. Motivasyonel Görüşme Yöntemi 22

2.4.1. Kadın Sağlığı Hemşireliği Alanında Motivasyonel Görüşme Tekniklerinin Kullanımı 24

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi. 24

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 24

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 25

3.4. Araştırmanın Değişkenleri. 28

3.5. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri 28

3.6. Araştırma Planı 35

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 36

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları. 37

3.9. Etik Kurul Onay 38

4. BULGULAR 38

4.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Tanımlayıcı ve Obstetrik Özellikleri 41

4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Üriner İnkontinans Değerlendirmesine İlişkin Bulgular 45

4.3. BFLUTS Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 51

4.4. Deney ve Kontrol Gruplarının Pelvik Taban Kasları ve Core Kaslarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular 59

4.5. Deney Grubunun BROOME Pelvik Taban Kas Egzersizi Öz-etkililik Puanlarına İlişkin Bulgular 68

4.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Alt Üriner Sistem Semptomları, PTKE Öz-etkililik Algıları ile Ped test ve Üriner Günlük Parametlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 71

5. TARTIŞMA 78

5.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Üriner İnkontinans Değerlendirmesine İlişkin Bulguların Tartışılması 79

5.2. BFLUTS Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 82

5.3. Pelvik Taban ve Kor Kaslarının Aktivite Ve İstirahat Durumundaki EMG Ve USG Bulgularının Tartışılması 83

5.4. BROOME Pelvik Taban Kas Egzersizi Öz-Etkililik Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması 85

5.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Alt Üriner Sistem Semptomları, PTKE Öz-etkililik Algıları ile Ped test ve Üriner Günlük Parametlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 86

6. SONUÇ VE ÖNERİLER. 87

7. KAYNAKLAR

8. EKLER

EK 1.1. DENEY GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

EK 1.2. KONTROL GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

EK 2. TANITICI BİLGİ FORMU

EK 3. BRİSTOL KADIN ALT ÜRİNER YOL SEMPTOMLARI SORU FORMU

EK 4. BROOME PELVİK TABAN KAS EGZERSİZİ ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ

EK 5. PELVİK TABAN KAS EGZERSİZİ İZLEM FORMU

EK 6. ÜRİNER GÜNLÜK

EK 7. VERİ KAYIT FORMU

EK 8. GEBELİKTE VE DOĞUM SONRASI DÖNEMDE PELVİK TABAN KAS EĞİTİMİ KİTAPÇIĞI

EK 9. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME OTURUMLARININ PLANI

EK 10. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEKNİKLERİ EĞİTİM SERTİFİKASI

EK 11. BRİSTOL KADIN ALT ÜRİNER YOL SEMPTOMLARI (BFLUTS) SORU FORMU KULLANIM İZNİ

EK 12. BROOME PELVİK TABAN KAS EGZERSİZİ ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

EK 13. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME İÇERİĞİ UZMAN GÖRÜŞÜ

EK 14. MESANE GÜNLÜĞÜ APLİKASYONU KULLANIM İZNİ

EK 15. ETİK KURUL İZNİ

EK 16. TEZ ÇALIŞMASININ YÜRÜTÜLDÜĞÜ HASTANE KURUM İZNİ

EK 17. ARBİS ÖZGEÇMİŞ

EK 18. TEZLE İLİŞKİLİ BASILAN VE KABUL ALAN MAKALELER

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma Planı

Tablo 2. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebe Kadınların Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 3. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebe Kadınların Obstetrik Özellikleri

Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebe Kadınların Doğum Yaptıkları Haftalar, Fetal Ağırlık ve APGAR Skorlarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Gebelikte ve Postpartum Dönemde Üriner İnkontinans Görülme Oranlarının Karşılaştırılması

Tablo 6. Ped Test Ölçümlerinin Gruplara Ve Ölçüm Zamanlarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 7. Üriner Günlük Ölçümlerinin Gruplara Ve Ölçüm Zamanlarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 8. BFLUTS Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Grup Ve Zamana Göre Karşılaştırılması

Tablo 9. Pelvik Taban Kası Ve Kor Kasların Fonksiyonel Aktivitesi Sırasında ve İstirahat Aktivitesi Durumunda Normalize Edilmiş (%MVC) Aktivitelerinin (EMG Parametrelerinin) Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması

Tablo 10. Pelvik Taban Kasları Ve Kor Kasının Fonksiyonel Aktivitesi Sırasında ve İstirahat Aktivitesi Durumunda Ultrason Parametrelerinin Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması

Tablo 11. Deney Grubundaki Gebelerin Zamana Göre BROOME Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 12. Deney Grubundaki Gebelerin BROOME PTKE Özetkililik Düzeylerinin Belirlenmesi

Tablo 13. Deney Grubundaki Kadınların Zamana Göre BFLUTS İle BROOME Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 14. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Zamana Göre BFLUTS Toplam Ve Alt Boyut Puan Ortalamaları İle Ped Test Ölçümleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 15. Deney grubundaki gebelerin zamana göre üriner günlük ölçümleri ile BROOME toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Tablo 16. Deney Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Zamana Göre Üriner Günlük Ölçümleri İle BFLUTS Toplam Puan Ve Depolama, İdrar Yapma Ve Üriner İnkontinans Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. G*Power Posthoc Analiz Raporu

Şekil 2. Araştırma CONSORT Akışı

Şekil 3. Gruplara Göre BFLUTS Depolama Alt Boyutu Puan Dağılımı

Şekil 4. Gruplara Göre BFLUTS İdrar Yapma Alt Boyutu Puan Dağılımı

Şekil 5. Gruplara Göre BFLUTS İdrar Kaçırma Alt Boyutu Puan Dağılımı

Şekil 6. Gruplara Göre BFLUTS Cinsel İşlev Alt Boyutu Puan Dağılımı

Şekil 7. Gruplara Göre BFLUTS Yaşam Kalitesi Alt Boyutu Puan Dağılımı

Şekil 8. Gruplara Göre BFLUTS Toplam Puan Dağılımı

Şekil 9. Zamana Göre BROOME Öz Yeterlilik Ölçeği Puan Dağılımı

KISALTMALAR

ACOG	American College Of Obstetricians And Gynecologists (Amerikan Jinekoloji Ve Obstetrik Derneği)
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)
BFLUTS	Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms (Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları)
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
EMG	Elektromiyografi
FES	Fonksiyonel elektrik stimülasyonu
Fİ	Fekal inkontinans
GDM	Gestayonel diabetes mellitus
HIV	Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü)
ICS	International Continence Society (Uluslararası Kontinans Derneği)
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MG	Motivasyonel görüşme
MVC	Maximum Voluntary Contraction (Maksimum istemli kontraksiyon)
POP	Pelvik organ prolapsusu
PTD	Pelvik taban disfonksiyonları
PTKE	Pelvik taban kas egzersizi
USG	Ultrasonografi
Üİ	Üriner inkontinans

PRİMİGRAVİDA GEBELERE MOTİVASYONEL GÖRÜŞME YÖNTEMİ İLE VERİLEN PELVİK TABAN KAS EĞİTİMİNİN GEBELİKTE VE POSTPARTUM DÖNEMDE ÜRİNER İNKONTİNANSA ETKİSİ

Doktora Tezi

Manolya PARLAS

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı

ÖZET

Bu çalışmada amaç, primigravida gebelere motivasyonel görüşme yöntemi (MG) ile verilen pelvik taban kas eğitiminin gebelikte ve postpartum dönemde üriner inkontinansa (Üİ) etkisini incelemektir. Randomize kontrollü tipteki çalışmaya örnekleme dahil etme kriterlerini sağlayan deney (n=22) ve kontrol (n=19) grubu olmak üzere toplam 41 primigravida gebe dahil edilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı veri formu, Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği (Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms) (BFLUTS), BROOME Pelvik Taban Kas Egzersizi (PTKE) Öz-etkililik Ölçeği, üriner günlük, ped testi, yüzeyel elektromyografi (EMG) ve transperineal ultrasonografi (USG) kullanılmıştır. Deney grubuna MG yöntemi ile pelvik taban kas eğitimi verilerek 20., 28. 36. gebelik haftaları ile postpartum 6.haftada tekrarlı ölçümler yapılmıştır. MG yöntemi ile verilen pelvik taban kas eğitiminin deney grubundaki kadınların 28. ve 36. gebelik haftasında BFLUTS depolama, idrar yapma ve idrar kaçırma alt boyut puanları ile tüm ölçümlerde BFLUTS toplam puanlarının, kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Deney gurubundaki kadınların BROOME Özetkililik ölçeği toplam puanlarının zaman içinde arttığı ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Ayrıca deney grubundaki kadınların kontrol grubuna göre ped test ağırlıklarının düşük, alınan sıvı miktarlarının fazla, idrar yapma zorunluluğu ve idrar kaçırma sayılarının azaldığı belirlenmiştir. Ölçüm zamanlarına göre grupların pelvik taban ve diğer kaslarının EMG ve USG ölçüm değerlerinde anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. MG yöntemi ile verilen pelvik taban kas eğitiminin primigravida gebelerde gebelik ve postpartum dönemlerinde idrar depolama, idrar yapma ve idrar kaçırmada etkili olduğu ve PTKE özetkililiği arttırdığı saptanmıştır. PTKE sonucunda deney grubunun pelvik taban ve kor kaslarında bir değişim olmadığı belirlenmiştir. Hemşire ve ebelerin antenatal dönemden itibaren MG yöntemini kullanarak Üİ'yi önleme ve yönetmede pelvik taban kas eğitimlerini vermesi, eğitimlere postpartum dönemde de devam edilmesi ve izlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Gebelik, Üriner İnkontinans, Pelvik Taban Kas Eğitimi, Motivasyonel Görüşme, Hemşirelik.

Tezin sayfa adedi: 120

Danışman: Doç. Dr. Dilek BİLGİÇ

THE EFFECT OF PELVIC FLOOR MUSCLE TRAINING GIVEN TO PREGNANCY WITH MOTIVATIONAL INTERVIEW METHOD IN PREGNANCY AND POSTPARTUM PERIOD ON URINARY INCONTINENCE

PhD Thesis

Manolya PARLAS

DOKUZ EYLUL UNIVERSITY INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

Department of Nursing

ABSTRACT

The aim of this study is to examine the effect of pelvic floor muscle training given to primigravida pregnant women via motivational interviewing method (MG) on urinary incontinence (UI) during pregnancy and the postpartum period. A total of 41 primigravida pregnant women, including the experimental (n=22) and control (n=19) groups, who met the inclusion criteria, were included in the randomized controlled type study. In study, descriptive data form, Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms Scale (BFLUTS), BROOME Pelvic Floor Muscle Exercise (PFME) Self-Efficacy Scale, urinary diary, pad test, superficial electromyography (EMG) and transperineal ultrasonography (USG) was used. Pelvic floor muscle training was given to the experimental group with the MG method, and repeated measurements were made at the 20th, 28th, 36th weeks of pregnancy and the 6th postpartum week. It was determined that BFLUTS storage, urination and UI subscale scores and BFLUTS total scores in all measurements of the women in the experimental group of the pelvic floor muscle training given by the MG method were significantly lower than those in the control group at the 28th and 36th weeks of pregnancy ($p<0.05$). It was determined that the BROOME total scores in the experimental group increased over time and there was a statistically significant difference ($p<0.001$). In addition, it was determined that the experimental group had lower pad test weights, more fluid intake, and fewer urinary urges and UI compared to the control group. It was observed that there was no significant difference in the EMG and USG measurement values of the pelvic floor and other muscles of the groups according to the measurement times. It has been determined that pelvic floor muscle training given by the MG method is effective in urine storage, urination and UI in primigravida pregnant women during pregnancy and postpartum periods and increases PFME self-efficacy. It was determined that there was no change in the pelvic floor and core muscles of the experimental group. It is recommended that nurses and midwives provide pelvic floor muscle training in preventing and managing UI using the MG method starting from the antenatal period, and that the training should be continued in the postpartum period.

Keywords: Pregnancy, Urinary Incontinence, Pelvic Floor Muscle Training, Motivational Interviewing, Nursing.
Page number: 120
Advisor: Assoc. Prof. Dilek BİLGİÇ

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Üriner İnkontinans (Üİ), Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından "istemsiz idrar kaçırma durumu" olarak tanımlanmaktadır (1). Üİ tıbbi, psikolojik, sosyal ve hijyenik zorluklara yol açarak bireylerin fiziksel, zihinsel, cinsel ve sosyal açıdan yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen önemli ve yaygın bir sağlık sorunudur (2-4). Üİ deneyimlerine ilişkin nitel araştırmaların sentezinde; kadınların kendilerini damgalanmış, suçlu ve utanmış hissettiği, Üİ'nin aktivitelere katılım ve sosyal rollerin yerine getirilmesini kısıtladığı; cinsel yaşantıyı olumsuz etkilediği belirtilmiştir (5,6). Ayrıca Üİ'nin kadınlara ve sağlık kaynaklarına da önemli bir yük getirdiği bildirilmektedir (7). Yaygınlığı, maliyeti ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisi nedeniyle Üİ'nin toplum sağlığı sorunlarından biri olduğu kabul edilmektedir (8). Üİ tanısı alan hastaların %20'lik bölümü cerrahi operasyon geçirmekte ve bunların %17'si mükerrer bir operasyona gerek duymaktadır. Kadınların %80'i ya hiç tedavi görmemekte ya da konservatif tedaviler (günlük ped, pesser kullanımı vb.) ile yaşamını sürdürmektedir (9).

Dünya'da gebelik ve postpartum dönemde bildirilen Üİ oranı %6,8 ile %69 arasındadır (10-12). Ülkemizde yapılan çalışmalarda gebelikte Üİ görülme sıklığı %21,7- 42,4 arasında bulunmuştur (13-17). Üİ tiplerinden stres ve urge Üİ gebelikte ve doğum sonrası dönemde en yaygın görülenlerdendir. Gebelikte stres Üİ prevalansı %9,1–37,8'dir (10,18). Doğum sonrası bir yıl boyunca, stres Üİ prevalansı %18,6 ile %41,0 arasındadır (10,11). Kadınların ilk Üİ deneyimini gebelikte veya postpartum dönemde yaşadıkları belirtilmektedir. Buna göre, kadınların yaklaşık %17-54'ünün gebelik sırasında Üİ başlangıç belirtilerini yaşadığı bulunmuştur. Ülkemizde yapılmış bir çalışmaya göre, her 10 gebeden 4'ünün Üİ'si bulunmaktadır. Üİ olan gebe kadınların %41,7'sinin nullipar olduğu ve en yaygın görülen Üİ tipinin stres tipi olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada, gebelik haftası ilerledikçe Üİ görülme sıklığının da arttığı ve üçüncü trimesterde her iki kadından birinin Üİ yaşadığı belirlenmiştir (16). Gökalp ve ark. (2020) çalışmasına göre; gebe kadınların %80'i öksürdüğünde veya hapşırdığında, %24'ü tuvalete yetişemeden idrar kaçırmaktadır. Son trimesterde ise gebelerin %69,2'si öksürdüğünde veya hapşırdığında, %34,2'si tuvalete yetişemeden idrar kaçırdığı saptanmıştır (19). Stres Üİ nulliparların %31'ini ve doğum

yapmış kadınların %42'sini etkileyebilmektedir (20). Özellikle, gebelik sırasında Üİ varlığı, doğum sonrasında da Üİ'nin devam etme olasılığını arttırmaktadır (21,22). Ülkemizde Ege ve ark.nın (2008) çalışmasına göre; doğum sonrası 12 aylık dönemde kadınların %19,5'inin Üİ yaşadığı belirlenmiştir (23). Giugale ve ark. (2021), doğum sonrası 12. ayda primipar kadınların %55'inde Üİ saptamıştır. Yapılan regresyon analizinde gebelikte Üİ ile postpartum Üİ arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (24).

Üİ'nin kadının yaşam kalitesini gebelikte de olumsuz etkilediği bilinmektedir (13,14,25). Gebelikte Üİ'nin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bir çalışmaya göre; gebe kadınların %75,3'ünün günlük rutinlerinde etkilendiği, %73,5'inin rahatsızlık hissettiği, %69,3'ünün sağlık kurumundan yardım almayı düşündüğü, %52,6'sının yeterli sıvı alımını kısıtladığı, %47'sinin cinsel yaşamında olumsuz etki hissettiği ve %35,8'inin Üİ nedeniyle sosyal yaşantılarını izole ettiği bulunmuştur (26). Gökalp ve ark. (2020), gebelikte trimesterlere göre Üİ'nin yaşam kalitesine etkisini inceledikleri çalışmada Üİ'nin sıklığı ve miktarı arttıkça ikinci ve üçüncü trimesterde olan gebelerin inkontinans yaşam kalitesinin psiko-sosyal etkilenme, sosyal izolasyon ve davranışların sınırlandırılması alt boyutlarının daha olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (19).

Üİ'nin etiyolojisi multifaktöriyel olmakla birlikte gebelik ve doğum eyleminin Üİ gelişimine katkı sağlamaktadır (27, 28). Gebelik, kas-iskelet sistemine önemli bir yük getirmektedir (29). Gebelikte büyüyen fetüsle birlikte ağırlık merkezindeki değişim, vücuda mekanik bir stres uygulamaktadır. Bu duruma hormonal değişimler, pelvik eklemlerde gevşeme, kilo artışı ve postüral değişiklikler eklendiğinde abdominal ve pelvik bölgede fiziksel değişimler kaçınılmazdır (30). Pelvik tabandaki konnektif dokuyu yumuşatıp doğuma hazırlayan relaksin hormonu pelvik taban kaslarını olumsuz etkilemektedir. Buna ilaveten büyüyen uterusun intraabdominal basıncı arttırmasıyla pelvik organlar aşağıya doğru itilmekte ve bu durum da pelvik taban kasları sürekli strese maruz kalmaktadır. Ayrıca gebelikte intraabdominal basınçtan 2-3 kat daha fazla mesane ve üretral basınçta artış meydana gelmektedir. Aynı zamanda bu değişime, gebelik sırasında mesane kapasitesinde azalma, üretral mobilitede artış ve sık idrara çıkma eşlik etmektedir. Gebeliğin 20. haftasından postpartum 6.haftaya kadar pelvik tabanın kas gücünde de zayıflama meydana gelmektedir (31).

Gebelikte meydana gelen Üİ gelişimine doğum eylemi de katkı sağlamaktadır. Doğum eyleminin pelvik sinirlere, kas ve bağ dokusuna zarar vererek (sıkışma, gerilme, yırtılma gibi) pelvik tabanda hasara neden olduğu ileri sürülmektedir (9). Literatürde vajinal doğumda fetüsün levator hiatustan geçişi sırasında fetal başın belirgin bir gerginlik ve deformasyona neden olarak hiatal alanı 3,26 kat genişlettiği belirtilmektedir. Levator ani kaslarının deformasyonun ürogenital hiatusun genişlemesine yol açtığı da belirtilmiştir (32,33). Bir araştırmada, levator ani kasının ultrasonografi eşliğinde biyometrik ölçümlerinin, ilk doğumdan hemen sonra maternal faktörlere, doğum şekline ve bebeğin büyüklüğüne göre vajinal veya müdahaleli vajinal doğum yapan kadınlarda, sezaryen doğum yapan kadınlara göre anlamlı derecede büyük olduğu ortaya konulmuştur (34). Vajinal doğum sonrası stres Üİ olan kadınlarda levator ani kas hasarının arttığı bildirilmiştir (35). Torrisi ve ark. (2012) tarafından postpartum iki ile üçüncü günlerinde ve üçüncü ayında olan 744 kadınla yapılan çalışmada, vajinal doğum yapan kadınlarda Üİ görülme oranı %27, sezaryen olan kadınlarda ise %12 olarak belirlenmiştir. Üİ gelişiminde vajinal doğumun güçlü bir risk faktörü olarak vurgulanmıştır (8).

De Lancey ve ark (2008) entegre yaşam süresi modeline göre, biyolojik ve yaşam tarzı faktörlerinin pelvik taban yapısını ve işlevini nasıl etkileyebileceğini açıklamışlardır. Buna göre, çocuklukta pelvik tabanın fonksiyonel rezervi maksimum kapasiteye ulaşmaktadır. Yaşlanmayla birlikte fonksiyonel rezervde normal olarak bir düşüş gözlenmektedir. Gebeliğe bağlı değişimler ve vajinal doğum travması (kas yaralanması/avülsiyon, bağ dokusu yırtıkları, sinir yaralanması ve damar hasarı gibi) da fonksiyonel rezervi önemli ölçüde azaltabilmektedir (37). Gebelik ve doğum travmasına bağlı olarak zorlanmış bir pelvik taban, kadınların kontinans eşiğini düşürerek Üİ'ye yol açmaktadır (37). Bununla birlikte, Bo'ya göre (2004) pelvik taban kasları çoğunlukla iskelet kası olduğundan, kontinans mekanizmasına mümkün olan en iyi katkıyı yapmak üzere "eğitilebilirler"(38).

Pelvik tabanın korunması ve kontinanasın sağlanmasında Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (ACOG); pelvik taban kas egzersizlerini (PTKE) altın standart kabul etmektedir (Level A). (http://www.urojinekoloji.org/gorseller/files/KILAVUZ.pdf Erişim Tarihi: 20.01.22). Üİ'nin önlenmesinde ve iyileştirilmesinde kullanılan PTKE, gebelerde tercih

edilebilecek uygun bir tedavi seçeneğidir. (39). Egzersizin fizyolojik etkilerinin, 2 hafta sonra ortaya çıkmaya başladığı, 6-8 hafta içerisinde şikayetleri azaltığıve 6. ayda da iyileşmenin sağlandığı bildirilmektedir (40,41). Gebelikte erken dönemde başlanan PTKE ile gebelik sürecinde ve postpartum dönemde ortaya çıkabilecek Üİ'nin azalabileceği ileri sürülmektedir. Bir metaanaliz çalışmasında, kontinant olan gebe kadınlar PTKE'ye başladıklarında gebelikte Üİ gelişme riskinde klinik olarak önemli bir azalma olduğu, inkontinansın önlendiği bulunmuştur (42). Gebelik döneminde PTKE uygulayan kontinant gebelerin rutin antenatal bakım alan gebelere kıyasla gebeliğin ilerleyen zamanlarında Üİ yaşama olasılığı %62 daha az bulunmuştur (43). Doğum öncesi fiziksel aktivite ile doğum öncesi ve doğum sonrası Üİ arasındaki ilişkinin incelendiği bir diğer sistematik derleme ve meta-analizde, doğum öncesi PTKE'nin tek başına veya diğer egzersiz biçimleriyle kombinasyonunun, gebelikte ve postpartum dönemde Üİ olasılığını ve semptom şiddetini azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir (44). PTKE'nin yararları doğum sonrası döneme kadar uzanmaktadır ve doğum sonrası 3-6 ayda Üİ'nin %29 daha az görüldüğü bildirilmiştir (43). PTKE'nin Üİ'yi önlemeye ek olarak, Üİ şiddeti, sıklığı ve miktarında azalma gibi Üİ'ye özgü yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik yararlarının da olduğu bildirilmiştir (41,44,45). PTKE'nin uzun vadeli etkileri hakkında anlamlı bir yorum yapmak için literatürde çok az veri mevcuttur. Cangöl ve ark. (2013) çalışmasında PTKE'nin antenatal ve postnatal dönemde kısa vadede %56-75 oranında stres Üİ'yi önleyebildiği ancak uzun dönem izlemli sonuçlarının hasta uyumunun yeterli olmaması nedeniyle başarısız olduğu bildirilmiştir (40). Literatürde egzersiz programlarının yoğun ve düzenli uygulanması, egzersizlere geribildirim eklenmesi ve hastanın bir süpervizör eşliğinde egzersiz yapmasının PTKE'nin etkinliğini arttıran unsurlar olarak bildirilmektedir (46). PTKE'lere uzun süre bağlılığı etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada ise; motivasyon ve kendini adamanın tedaviye uzun süre bağlılık ile güçlü bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Egzersizlerin başarısında, bireysel bir egzersiz reçestesi ile egzersizin devamlılığı için multidisipliner (hekim, hemşire, fizyoterapist) yaklaşımın önemli olduğu da vurgulanmaktadır (47).

Fizyolojik olarak, ilk gebelik, kadınların PTKE'yi öğrenip deneyimlemesi için en uygun zamandır. Çünkü ilk gebelikte sağlam, fonksiyonel bir pelvik tabana sahip olan kadınlar, uygun motor hareketleri oluşturmak ve potansiyel olarak fonksiyonel

rezervlerini artırmak için pelvik taban kaslarını eğitebilirler. Vajinal doğum ile kas, bağ dokusu ve/veya sinir hasarı meydana gelirse, bir pelvik taban kas kontraksiyonunun elde edilmesi muhtemelen daha zor olacaktır (36,48). Psikolojik olarak ise gebelik, özellikle doğuma ilişkin beklentiler ve doğum eylemi açısından, ilk bebeğini doğuracak kadınlar için belirsiz bir zaman dilimi olabilmektedir (49). Phelan'a göre (2010); kadının gebelik döneminde değişen kişisel risk algıları, yeni keşfedilen sosyal ve duygusal rollere uyumu gebe kadında motivasyonu arttıran doğal bir değişim süreci yaratabilir. Dolasıyla gebelik, sağlık davranışı değişikliğini başlatmak ve sürdürmek için potansiyel olarak güçlü bir "öğretilebilir an" olabilir (50). Olander ve ark. (2016), Phelan'ın (2010) görüşünü geliştirerek, gebelik öncesinde, sırasında ve sonrasında motivasyon ve sağlık davranış değişikliklerini tetikleyen olayları belirlemek için herhangi bir davranışın gerçekleşmesinde olması gereken üç faktörü tanımlamıştır ki bunlar: yetenek, fırsat ve motivasyondur (51). Gebelik ve doğum sonrası süreçte, gebeliğin teşhisi, ilk antenatal ziyaret ve doğum sonrası (6-8 haftada) kontrol ziyareti gibi zamanların davranış değişikliklerini kolaylaştırabilecek ya da pekiştirilebilecek "bir dizi uygun müdahale anları" olabileceği sonucuna varılmıştır (51). Bu nedenle, kadınların pelvik taban fonksiyonlarının korunması ve sürdürülmesi için ilk gebelikte PTKE'nin öğretilmesi fizyolojik ve psikolojik olarak ideal bir zamandır (52).

Motivasyon, kişinin davranış değişikliğine hazır olması olarak tanımlanmaktadır. Karar verme ve otomatik (alışkanlıklar ve duygular) süreçler gibi durumlar motivasyona katkıda bulunmaktadır (53). Motivasyonel görüşme (MG), özellikle değişime isteksiz ya da kararsız bireylere sorunlarını belirleme ve üstesinden gelmelerine destek olarak davranış değişimi sağlamak için kullanılmaktadır. Motivasyonel görüşmeler, davranış değişimi sağlarken bireylerin kendilerini keşfetmelerine de yardım eder. Bu süreçte dışsal motivasyonu, içsel motivasyona dönüştürmek önceliklidir (54). Literatürde MG tekniği ile geniş bir alanda davranış değişikliği ve problemlerin çözümünde başarılı sonuçların elde edildiğini göstermektedir (55). Ülkemizde ise MG ile yapılan çalışmaların çoğunlukla lisansüstü çalışmalarla ve sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Kızılırmak ve Demir'in (2018), motivasyonel görüşme ve hemşirelikte kullanımına ilişkin derlemesinde; sigarayı bırakma, alkol bağımlılığı, akut inme sonrası rehabilitasyon, diyabet, astım tedavisini sürdürme, HIV/AIDS korunma, kardiyak bakım, kronik ağrı, madde bağımlılığı,

depresyon, anksiyete bozukluğu, yeme bozuklukları, post travmatik stres bozukluğu, sağlıkla ilgili davranış değişimine yardımcı olma ve kilo verme gibi konularda MG tekniğini kullanmanın başarılı olduğu belirtilmiştir (56). Literatürde son yıllarda yapılan bir çalışamaya göre Özdemir ve ark. (2022) kadınlara çevrimiçi MG yöntemi ile verilen Üİ eğitiminin yaşam kalitesini ve kegel egzersizi süre ortalamasını arttırdığını bulmuşlardır (57).

PTKE'nin gebelikte öğrenilerek postpartum dönemde de sürdürülebilir olması ve yaşam tarzı haline getirilmesi davranış değişikliği gerektirmektedir. Davranış değişikliğinin sürdürülebilir olmasında motivasyon önemli bir faktördür. Gebelik ve postpartum dönemde PTKE'ni hiç yapmayan veya yeterince/düzenli yapmayan kadınlarda motivasyon eksikliği sağlık profesyonelleri tarafından genellikle saptanılan bir durumdur (58, 59). Kadınların PTKE ile ilgili sosyal çevrelerinden edindikleri olumsuz deneyim ve algılar bu egzersizi yapmalarında engelleyici olabilir. Sağlık profesyonelleri bu engelleri ortadan kaldırarak, gebelikten itibaren kadınlara PTKE'ni yararlarını açıklayarak egzersizleri yapmaları yönünde teşvik ederek motivasyonlarını arttırabilirler (60). Olumlu davranış değişikliği yaratma ve sürekliliğini sağlamada eğitici, danışman ve uygulayıcı rolleri olan hemşireler, motivasyonel görüşme tekniğini kullanarak koruyucu sağlık hizmetlerinde bireylerin öz yeterliliğini desteklemelidirler. Aksi takdirde Üİ geliştiğinde kadınlar, inkontinansı normalleştirme, inkontinans ürünlerinin kullanımı, aktivitelerin azaltılması ve sıvı kısıtlaması gibi geçici stratejilerle Üİ ile baş etmeye çalışmaktadır (61). Kadınların PTKE yapma konusunda özgüvenleri yoksa, bunu benimseme olasılıkları daha düşük olacaktır. Sağlık profesyonelleri ile düzenli, destekleyici bir iletişim sayesinde, kadınların sağlık arama davranışları artabilir, egzersizlere devam etmede motivasyonunu azaltan kendini suçlama veya suçlululuk gibi olumsuz duygularla da baş edilebilir (52,59).

Literatürde PTKE'nin çoğu kadın için yeni bir davranış olarak benimsenmesi ve sürdürülmesinin, davranışsal destek olmadan mümkün olmadığı belirtilmiştir. Bir sağlık profesyonelinin yardımıyla bir kadının PTKE'ne yönelik bilgi ve becerilerini geliştirme fırsatı olsa bile, bunu alışkanlık haline getirebilmesi için yeterli desteğe ihtiyacı vardır. Bu anlamda kadınların motivasyonunu desteklemek için sağlık profesyonelleri özellikle de ebe/hemşireler kadınları PTKE'nin faydaları konusunda

ikna edebilir. Ebe/hemşireler tarafından kadınların PTKE'ye ilişkin olumsuz algılarını değiştirmek için, egzersizin yararları açıkça anlatılmalı, kanıtlarla desteklenmeli ve olumlu geribildirim verilmelidir. Ebe/hemşireler kadınlarla iş birliği içinde olup, zaman ve unutma faktörünün önündeki engelleri çözmeli, kadınla her görüşmesinde mevcut durumu tekrar gözden geçirmeli ve kadınların PTKE'ni alışkanlık olarak geliştirebilmeleri için aktif çözümler üreterek kolaylaştırıcı olmalıdır. Unutulmamalıdır ki; çoğu kadının PTKE konusunda harekete geçmesi için bilgi vermek tek başına yeterli değildir (52). Literatürde gebelikte MG yöntemi ile pelvik taban kas eğitimi verilen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada, gebelere motivasyonel görüşme yöntemiyle PTKE öğretme, kademeli olarak pelvik taban kaslarını güçlendirme, böylece Üİ'nin gelişiminin önlenmesi ya da var olan Üİ durumunun iyileşmesi hedeflenmiştir. PTKE ile pelvik taban kas fonksiyonlarının gebeliğin erken döneminde güçlendirilmesi ile gebeliğin ilerleyen zamanlarında veya postpartum dönemde gelişebilecek Üİ'yi önlemenin tedavi etmekten daha kolay, daha verimli ve daha ucuz bir yöntem olduğu gerçeği göz önünde bulundurulmalıdır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; primigravida gebelere motivasyonel görüşme yöntemi ile verilen pelvik taban kas eğitiminin gebelikte ve postpartum dönemde üriner inkontinansa etkisini incelemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1a: MG yöntemi ile pelvik taban kas eğitimi verilen deney grubu kadınların gebelikte üriner inkontinans görülme oranı kontrol grubundaki kadınlara göre daha düşüktür.

H1b: MG yöntemi ile pelvik taban kas eğitimi verilen deney grubu kadınların postpartum dönem üriner inkontinans görülme oranı kontrol grubundaki kadınlara göre daha düşüktür.

H2: MG yöntemi ile pelvik taban kas eğitimi verilen deney grubundaki gebe kadınların gebelik dönemindeki ped test ölçüm sonuçları kontrol grubundaki gebe kadınlara göre daha düşüktür.

H3: MG yöntemi ile pelvik taban kas eğitimi verilen deney grubu gebe kadınların gebelik dönemindeki üriner günlük parametrelerinden alınan sıvı miktarı yüksek, idrar

yapma sayısı, idrar yapma zorunluluğu ve idrar kaçırma sayısı kontrol grubundaki gebe kadınlara göre daha düşüktür.

H4a: MG yöntemi ile pelvik taban kas eğitimi verilen deney grubu gebe kadınların gebelik döneminde depolama, idrar yapma ve üriner inkontinans semptomlarının şiddeti kontrol grubundaki gebe kadınlara göre daha düşüktür.

H4b: MG yöntemi ile pelvik taban kas eğitimi verilen deney grubu gebe kadınların postpartum dönem depolama, idrar yapma ve üriner inkontinans semptomlarının şiddeti kontrol grubundaki gebe kadınlara göre daha düşüktür.

H5: MG yöntemi ile pelvik taban kas eğitimi verilen deney grubu gebe kadınların gebelik döneminde pelvik taban kasları ve kor kaslarının fonksiyonel değişimini gösteren EMG sonuçları kontrol grubundaki gebe kadınların EMG sonuçlarından farklıdır.

H6: MG yöntemi ile pelvik taban kas eğitimi verilen deney grubu gebe kadınların gebelik döneminde pelvik taban kasları ve kor kaslarının fonksiyonel değişimini gösteren USG sonuçları kontrol grubundaki gebe kadınların USG sonuçlarından farklıdır

H7: MG yöntemi ile pelvik taban kas eğitimi verilen deney grubu gebe kadınların zaman içinde PTKE öz-etkililiği (20., 28., 36. gebelik haftalarında ve postpartum 6.haftada) artmıştır.

H8a: MG yöntemi ile pelvik taban kas eğitimi verilen deney grubu gebe kadınların gebelik dönemindeki PTKE öz-etkililiği ile depolama, idrar yapma ve üriner inkontinans semptomlarının şiddeti arasında ilişki vardır.

H8b: MG yöntemi ile pelvik taban kas eğitimi verilen deney grubu gebe kadınların postpartum dönemindeki PTKE öz-etkililiği ile depolama, idrar yapma ve üriner inkontinans semptomlarının şiddeti arasında ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Pelvik Taban Anatomisi

Pelvik taban, yan taraflardan pelvis kemikleri, arka taraftan sakrum ve ön taraftan ise symphisis pubis yapılarıyla çevrelenmiştir. Hem pelvik organları taşıma hem de kontraksiyon ile levator hiatusu kapatma özelliğine sahip kas, ligament ve fasyadan oluşan bir yapıdır (62). Pelvik tabanın primer görevi abdominal ve pelvik organları desteklemektir. Sekonder görevi ise kontinansın sürdürülmesi, miksiyon, defekasyon, seksüel aktivitenin sağlanması ve kadınlarda doğuma katkıda bulunmaktadır (63).

Pelvik tabanın aktif desteği kas, pasif desteği ise kemik, fasya ve ligamentler ile sağlanır. Bu ilişki 'Rıhtımdaki Gemi' örneğiyle açıklanmaktadır. Gemi, pelvik organları; ipler, fasya ve ligamentleri; su ise pelvik taban kaslarını ifade etmektedir. Eğer su seviyesi yeterince yüksek olmazsa geminin tüm yükünü ipler taşır yani pelvik taban kasları yeterince kuvvetli olmazsa pelvik organların yükünü fasya ve ligamentler taşır (62).

Kadın pelvisi anterior (ön) bölüm, orta bölüm ve posterior (arka) bölüm olmak üzere üç bölümdür. Pelvik organların aktif ve pasif destek olmak üzere destek yapıları bulunur. Pelvik taban kasları Levator ani'ye aktif destek sağlarken ligament ve bağ dokusuna pasif destek sağlar. Pelvik taban destekleri; endopelvik fasya ve ligamentler, pelvik diyafram ve ürogenital diyafram olmak üzere üç destek tabakadan oluşur (64).

Endopelvik Fasya: Yapı olarak diğer fasya ve ligamentlerden farklıdır. Hem elastin ve kolajen lifler hem de düz kas lifleri bulundurur. M.levator ani ve pelvik organları kesintisiz sarar ve pelvik organları lateral duvara sabitlenmesini sağlar (3, 19). Bazı bölmelerde kalınlaşarak organları sarar. Esnek yapıda olduğu için organın genişlemesine izin verir. Lateralde kalınlaşarak arcus tendineusu oluşturur. Bu yapı m.levator aninin pelvisin lateral duvarlarına tutunmasını sağlar. Transers servikal (kardinal) ve uterosakral ligamentler başlıca ligamentleridir (65).

Pelvik Diyafram: Superior diaphragmatis pelvis fasya ve inferior diaphragrmatis pelvis fasya ile üst ve alt kısmı örtülüdür. M.levator ani ve m.coccygeus yapılarını içene alır. M.iliococccygeus, m.pubococcygeus ve m.puborectalis kaslarından

oluşmaktadır. Bu kaslar çizgili yapıda olup istemli kasılıp gevşeyebilmektedirler. Levator ani kası tip I ve tip II kas lifleri içermektedir (63,65). Tip II kas lifleri öksürme, hapşırma gibi intraabdominal basıncı artıran aktivitelerde ani kasılarak kontinansın sağlarken tip I kas lifleri enduransı sağlamada görevli olup uyku halinde bile sürekli olarak kasılı haldedir (65). M.coccygeus' un diğer pelvik taban kaslarıyla doğrudan ilişkisi olmamasına rağmen sakrospinöz ligamentlerle ile sakrum ve koksikse tutunarak sakroiliak eklemin stabilitesinde önemli rol alır. Pelvik taban kasları, m.levator ani, m.coccygeus, eksternal anal sfinkter, eksternal üretral sfinkter ve perineal kaslardan oluşmaktadır. Abdominal organları ve pelvik iç organları destekler. Buradaki kasların hem pelvik organları taşımada, hem işeme ve dışkılamada hem de cinsel fonksiyon üzerine etkisi vardır (65)

Perineal membran: pelvik tabanın en alt tabakasını temsil eder. Perineal membranın üretra, vajina, levator ani, arcus tendinosus ve bulbocavernosus ile bağlantıları vardır. Perineal membran ventral bileşeni, üretra ile üretrovajinal sfinkter kaslarını içerirken dorsal bileşen, vajina ve perineal gövdeyi enine fibröz bağ dokusu bantları yoluyla kemikli pelvise bağlar (66).

2.1.1 Kemik pelvis, pelvik eklemler ve ligamentler

Pelvis; ilium, ischium, pubis, sacrum ve coccyx kemiklerinden oluşur. Pelvis, iliopectineal çizgi ile yukarıda yalancı pelvis ve altta gerçek pelvis olmak üzere ikiye ayrılır. Normal gelişim gösteren ve gebe olmayan bir kadında, tüm pelvik organlar gerçek pelvisin sınırları içinde bulunur. Pelvik giriş, arkada sakrum, lateralde iliopectineal hat ve anteriorda symphysis pubisin üst yüzü ile sınırlıdır. Pelvik çıkış, arkada caudal sacrum ve coccyx, lateralde ischial tuberositaslar, sakrotüberöz bağlar ve önde symphsis pubis ve ischiopubic raminin alt yüzü ile sınırlıdır. Obturator foramen, obturator internus kası tarafından örtülür ve pelvik çıkış, pelvik diyafram ve ürogenital diyafram tarafından kapatılır. Sakrospinöz ve sakrotüberöz bağlar, büyük ve küçük siyatik foramenleri oluşturur. Büyük siyatik foramen, siyatik sinir ve majör nörovasküler yapıların posterior uyluğa doğru çıkışına izin verir. Pudendal nörovasküler demet büyük siyatik foramenden çıkar ve küçük siyatik foramenden pelvise yeniden girer (65,66).

Anteriorda symphisis pubisten başlayıp arka tarafta sakrumun promontorium kısmına kadar ilerleyen çizgi şeklindeki hatta linea terminalis denir. İç kısmını apertura pelvis superioru doldurur. Bu yapının üst kısmında kalan bölmeye major pelvis (yalancı pelvis) denir. Alt kısmında kalan kısma ise gerçek pelvis ya da minör pelvis denir. Assendens kolon, dessendens kolon, sigmoid kolon, ince barsak ve büyük damarların dallanmaları major pelviste yer alırken, üreme organları, mesane, pelvik üreter, ince barsağın bir kısmı ve rektum minör pelviste yer alır. Bu yapıların altında kalan apertura pelvis inferior ise pelvik taban kaslarıyla örtülmüştür (62).

Pelvik kemikler arasında sakroiliak eklem (2 adet), symphisis pubis (1 adet), ve sakrokoksigeal eklem (1 adet) bulunmaktadır. Bu eklemlerin yüzeyleri fibrokartilaj doku ile kaplıdır. Gebelik hormonlarının etkisiyle yumuşayıp kalınlaşabilirler. Bu değişimler sayesinde pelvis hareket yeteneği kazanır. Pelvik kemikleri tutan ligamentler; sakrotuberoz ligament, Sakrospinöz ligament, sakrıiliak ligament, interpubik ligament ve inguinal ligamenttir (63).

2.2. Gebeliğin Pelvik Taban Üzerine Etkisi

Gebelik, ürogenital sistem anatomisi ve fizyolojisinde değişimlere neden olmaktadır. Pelvik organlara olan kan akımı artmakta, mesane düz kaslarında tonus kaybı görülmektedir. Pelvik tabanın farklı bölümlerine etkisini anlamak için antepartum dönemden başlayıp postpartum dönem boyunca kadınları incelemek gerekir (67). Gebelikte alt üriner sistem ve pelvik taban semptomlarında artış olduğu bilinmektedir. Mesane fonksiyonları olumsuz etkilenirken, mesane kapasitesinde de artış görülebilmektedir. Yükselen progesteron düzeyi mesane detrüsörünün zayıflamasına ve üretral sfinkterin gevşemesine de neden olabilmektedir. Üretrovesikal açının değişimine bağlı olarak Üİ görülme sıklığı gestasyonel yaşın artmasıyla birlikte %41'e kadar ulaşır (41). Üİ gebelikte en fazla 3.trimesterde görülmektedir. Bunun nedeni pelvise angaje olan fetal başın mesaneye yapmış olduğu mekanik kompres etkidir. İlk trimesterde idrar retansiyonu görülebilir. Mesanenin vesikal boynunun pozisyonunda değişim meydana gelir. Üretral mobilite geri dönüşümsüzdür. Mesane ön duvarının hareketliliği gebelik haftasıyla doğru orantılı olarak artmaktadır. (68).

Gebelikte plasentandan salgılanan östrojen hormonu etkisiyle pelvik ligamentler, simfiz pubis ve iskiosakral eklem yapıları gevşer (67). Bu değişikliklerden en belirgini levator ani kaslarında görülür. Lanzarone ve ark.nın (2005) çalışmasında levator ani kaslarının alanı 3D ultrasonla görüntülenmiştir. Gebeliğin 36-40. haftalarındaki kadınların levator ani kaslarının istirahat zamanındaki alanı 11,81 cm^2 iken, kasılma sırasında 9,59 cm^2 ve valsalva ıkınma sırasında 16,03 cm^2'dir. Levator hiatusunun gebelikle birlikte kasılması ve gerilmesi de artmaktadır (69). Levator hiatal alanla pelvik tabanın kontarksiyonu ve II. evre arasında ters bir ilişki bulunmuştur. Daha küçük pelvik hiatal alana ve güçlü pelvik taban kontraksiyonlarına sahip gebelerin doğumlarının II. evrelerinin daha uzun sürdüğü görülmüştür. Ancak fetal ağırlık, levator ani hacmiyle bağlantılı değildir; fetal konum, azalan levator ani hacmi ile pozitif bir ilişki göstermiştir. Fetal baş çevresi ne kadar düşükse, levator ani kasları daha ince olabilir. Maternal beden kitle indeksi hesaplandıktan sonra bu pozitif ilişki ortadan kalkar. Gebelik öncesinde güçlü ve kalın pelvik taban ile pelvik taban sağlığı arasındaki ilişki henüz açıklığa kavuşturulmamıştır (67). Levator ani lasları gebelikte fetüsün geçişini kolaylaştırmak için normalden %250 kat daha fazla gerilir. Fetal başın geçişi sırasında pelvik dokuda travma meydana gelir. Doğum sonrası bu dokularda yetersiz onarım gerçekleşirse Üİ ve POP ile sonuçlanır. Sezaryen doğum yapan primipar kadınlarda Üİ, vajinal doğum yapan primipar kadınlara göre daha az görülme sebebi bu mekanizmaya dayanır. Ancak yapılan çalışmalarda sezaryenin pelvik tabandaki anatomik ve fonksiyonel değişikliklere karşı tam koruma sağlamadığı ortaya çıkmıştır (70). Pelvik taban yapısının bütünlüğünü sağlayan üç faktör bulunur. Bunlar; pelvik kaslar, endopelvik fasya ve pelvik sinirlerdir. Tüm bu bileşenler doğumda ve/veya intraabdominal basıncı arttıran durumlara maruz kaldığında bütünlüğünü koruyamaz.

Gebelik; en az doğum kadar Üİ'ye neden olan bir faktördür. Obstetrik nedenlerle pelvik taban yaralanmaları ve buna bağlı PTD görülme sıklığı giderek artmaktadır. Ürojinekoloji problemlerini ele alan sağlık profesyonelleri gebeliğin ve doğumun pelvik taban üzerine etkilerinin bilincinde olmalıdır (63). Endopelvik fasya, nulligravide kadınlara oranla gebelerde daha uzundur. Ayrıca gebelikte kollajen yapıları değişir, eklemlerde relaksasyon görülür ve fasyanın gerilme gücü azalır. Pelvik taban kas gücü azalır (71). Gebelikte pelvik taban kaslarının güçlü olmasının

bir diğer önemi, preterm eylemi engellemesidir. Zayıf pelvik taban kaslarına sahip gebelerde, gebelik haftası ilerledikçe serviks üzerinde baskının artması nedeniyle serviks boyunda kısalma ve buna bağlı preterm eylem oluşabilir. Ayrıca, pelvik taban kaslarının güçsüzlüğü, başarısız doğum indüksiyonuna ve uzamış I. ve II. evrelere yol açabilir (72).

Günümüzde gebelikte pelvik taban kasların fonksiyonu fizyoterapistler tarafından transabdominal USG ile değerlendirilmeye başlanmıştır (73-75). Invaziv olmayan bu yöntemle pelvik taban kas kuvveti ve morfolojisi değerlendirilebilir. Ultrasonografi, pelvik taban rehabilitasyonunda geribildirimle kas eğitimine katkı sağlamak ve rehabilitasyonun etkinliğini objektif verilerle göstermek amacıyla kullanılır (76). Pelvik taban kasları, abdominal ve pelvik organları saran "kor" bölgesinin bir parçasını oluşturur. Bu kaslar, korun alt tabanını, diyafram üst tabanını, abdominal kaslar ön tarafını, gluteal ve paraspinal kaslar ise arka desteği oluşturur (77). Abdominal kaslar ile pelvik taban kasları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, pelvik taban kas kontraksiyonu sırasında çeşitli abdominal kasların ko-kontraksiyonu gösterilmiştir. Sağlıklı gönüllüler üzerinde yapılan araştırmalar ayrıca farklı abdominal kas kontraksiyonları sırasında pelvik taban ko-kontraksiyonunun mevcut olduğunu göstermiştir (78-81).

2.3. Pelvik taban disfonksiyonları

Pelvik taban disfonksiyonu, pelvik taban kaslarında gerginlik veya zayıflık gibi işlev bozukluğu veya sakroiliak eklem, lumbal bölge ve koksiks gibi pelvik tabana yakın bölgelerde meydana gelen bir disfonksiyon sonucu açığa çıkan bir problem olarak tanımlanabilir. Pelvik taban disfonksiyon (PTD) semptomları arasında fekal inkontinans, pelvik organ prolapsusu, üriner inkontinans, pelvik ağrı ve cinsel disfonksiyon problemleri yer almaktadır (63-65)

Fekal inkontinans (Fİ): Anal sfinkter mekanizması ile katı veya sıvı dışkı ile gaz aliminasyonunun kontrol yeteneğinin azalması ya da kaybıdır. Gebelik ve doğumla ilişkilendirilen başlıca risk faktörü, pudendal sinir yaralanması ve sfinkter kas hasarıdır. Fİ ile ilişkilendirilen diğer risk faktörleri arasında yaş, obezite, azalmış fiziksel aktivite, diyabet, nörolojik hastalıklar ve inflamatuar bağırsak hastalıkları

bulunmaktadır. Gebelik sırasında Fİ prevalansı %2,3 ile %14 arasında değişmektedir. (82,83).

Pelvik organ prolapsusu (POP): Pelvik organları destekleyen dokuların yapısındaki bozukluklar nedeniyle pelvik organların aşağıya doğru yer değiştirmesi, prolapsus olarak adlandırılır. Prolapsus, ön vajinal kanal, arka vajinal kanal, uterus ve vajinal apeksi içerebilir ve bulunduğu kompartmana göre adlandırılır. Sıklıkla sistosel (mesane), rektosel (rektum), enterosel (periton ve ince bağırsaklardan), serviks ve uterus kaynaklanabilir (83). POP gelişiminde yaş, ırk, kronik konstipasyon, menopoz, kas-iskelet hastalıkları ve sigara gibi faktörler rol oynamaktadır. Ancak doğum ve parite en sık ilişkilendirilen POP risk faktörü olmuştur. Doğum yapan kadınların POP gelişimi açısından daha riskli olduğu bilinmektedir (83-86).

Kronik pelvik ağrı (KPA): Menstrüasyon veya cinsel ilişki ile ortaya çıkmayan, gebelikle ilişkisi olmayan, aralıklı ya da sürekli olarak en az 6 ay süren, pelvis veya alt abdomende hissedilen ağrıdır. Kadınlarda sık karşılaşılan ve kadının yaşam kalitesini önemli ölçüde düşüren bir sağlık problemidir (87).

Cinsel disfonksiyonlar: Cinsel yanıt döngüsünün basamaklarının herhangi birinde meydana gelen bir bozukluk ya da disparoni ile karakterize semptomlardır (88). Biyolojik ve psikolojik etkenleri olan çok boyutlu bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır (89). Gebelikte, cinsel fonksiyonlar hem fizyolojik süreçlerin etkisiyle hem de yanlış bilgi ve inanışların etkisiyle olumsuz yönde etkilenebilir. Güleroğlu ve ark. gerçekleştirdiği bir çalışmada, gebelerin %88,9'unda cinsel istek bozukluğu, %42,8'inde lubrikasyon bozukluğu, %69,6'sında orgazm bozukluğu ve %48'inde cinsel tatmin bozukluğu saptanmıştır (90).

Üriner inkontinans (Üİ): Üriner inkontinans (Üİ), ICS tarafından ‘hijyenik ve sosyal bir sorun haline gelen ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma durumu’ olarak tanımlanmaktadır (91). Dünyada her dört kadından birinde görülmektedir. Yaşlanmanın doğal sonucu olarak algılanabilmektedir. Gebelerde görülen en yaygın üriner inkontinans tipi stres üriner inkontinanstır ve prevalansı %18-75 arasında değişmektedir. Bu oran gestasyonel yaşın artmasıyla birlikte artış göstermektedir (92). Risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet, ırk, pelvik tabanı içeren cerrahiler, menopoz, pelvis pozisyonu, kullanılan ilaçlar, zorlayıcı aktiviteler, obezite, gebelik ve doğum

yer almaktadır. Gebelik dönemin önlenemeyen Üİ risk faktörlerine fetüsün büyüklüğü de eklenmektedir (93,94).

2.3.1. Üriner İnkontinans Tanı Ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar

Üriner inkontinansın sınıflaması

Üİ'nin tipinin sınıflaması tedavi tipini belirlemek için oldukça önemlidir. Hastanın öyküsü alınırken yöneltilen sorularla Üİ tipi belirlenmeye çalışılmalıdır. Üİ tipleri şunlardır;

Stres üriner inkontinans (SÜİ): öksürme, hapşırma, aksırma, fiziksel hareket esnasında olduğu gibi intraabdominal basıncın arttığı durumlarda görülen istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır ve en sık görülen inkontinans tipidir.

Urge üriner inkontinans (UÜİ): acil idrar yapma zorunluluğu ile karakterize inkontinans tipidir. Ani ve güçlü bir idrar yapma isteğiyle birlikte istemsiz idrar kaçırma ile karakterizedir.

Miks tip inkontinans (MÜİ): Stres ve urge tip idrar kaçırmanın beraber görülmesidir.

Enürezis nokturna: uyku sırasında görülen idrar kaçırmadır.

Taşma tip: sürekli veya aralıklı olarak az miktarda idrar kaçırmadır.

Postural üriner inkontinans: vücut pozisyonunun değişmesiyle (örneğin; koltuktan kalkarken) meydana gelen idrar kaçırmadır (95).

Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi

Üİ olan bir kadının değerlendirilmesi temel değerlendirme ve spesifik ürojinekolojik değerlendirme olmak üzere iki bölüme ayrılır. Temel değerlendirmede öykü alma, fizik muayene, postmiksiyonel rezidüel idrar volümü tayini, laboratuvar tetkikleri ve üriner günlükler yer almaktadır. Spesifik ürojinekolojik değerlendirmede ise Q-tip test, ped testi, stres testi, pelvik kas gücünün değerlendirilmesi ve ürodinamik laboratuvar testleri (üroflowmetri, üretral basınç profili ölçümü, videoürodinami vb) uygulanır.

Temel değerlendirme

Öykü alma: Üİ değerlendirilmesinde ilk olarak hastanın şikayetleri ile ilgili ayrıntılı öykü alınır. Hastanın cerrahi öyküsü, geçirilmiş hastalıkları, kullandığı ilaçlar, obstetrik, jinekolojik ve ürolojik öykü, ailede Üİ varlığı, Üİ sıklığı, şiddeti ve tipi kayıt altına alınmalıdır.

Fizik muayene: Üriner inkontinansı olan bir kadının abdominal, vajinal, pelvik, rektal ve nörolojik değerlendirmesi yapılmalıdır. Mesanede glob, vajinal prolapsus, üriner inkontinansa neden olabilecek eksternal meatus darlığı, vajen ve üretrada atrofik değişiklikler gözlemlenmelidir. Ayrıca, üriner inkontinans durumu fizik muayene sırasında doğrudan gözlemlenerek tanı doğrulanmalıdır.

Mesane günlükleri (Üriner günlük): Üriner semptomların tipini ve şiddetini belirlemede kullanılır. Hastaların üriner şikayetlerinin objektif olarak değerlendirilmesini sağlar. Hastaların bir günde aldıkları sıvı miktarını, işeme sayısı, idrar kaçırma, sıkışma epizodlarını ve o sırada ne yaptığını ayrıntılı olarak kaydetmesi istenir. Bu forma göre bir günde tüketilen sıvı miktarı ve türü, idrar yapma sayısı, idrar yapma zorunluluğu ve idrar kaçırma miktarı hesaplanabilir. Üriner günlüklerin üç günlük doldurulması önerilmektedir.

Spesifik Ürojinekolojik Değerlendirme

Q-tip test: Üretral mobilite değerlendirmesi için pamuklu bir çubuk üretraya yerleştirilir ve üretrovezikal bileşkeye kadar çekilir. Bireyden öksürmesi veya valsalva yapması istenir. Çubuğun üretral hattın 30º üzerinde hareket etmesi, üretral hipermobiliteyi gösterir (95, 96).

Pelvik kas gücünün değerlendirilmesi: Pelvik taban kasın gücü, kas gücünün süresi, tekrar edilebilirlik, koordinasyon ve parmakların elevasyonu değerlendirilmektedir. Pelvik kas gücünün değerlendirilmesinde Modifiye Oxford skalası veya perinometre kullanılabilir.

Stres test: Hastadan mesanesi doluyken öksürmesi/ ıkınması istenerek üretradan idrar kaçağı olup olmadığı değerlendirilir.

Ped testi: Ucuz, basit, kısa sürede ve objektif sonuçlanan bir yöntemdir. Amaç, Üİ olan ve olmayan kadınları ayırt edebilmektir. Bir saat içinde kaçırılan idrar miktarı ölçülür. Test yapılırken kullanılan pedler ile kuru pedler arasındaki ağırlık farkı hesaplanarak kaçırılan idrar miktarı objektif olarak kaydedilir. Bir saatlik veya 24 saatlik uygulanabilir.

Bir saatlik ped testinde;

- Boş mesane+tartılmış ped
- 15 dakika içinde 500 ml su
- 30 dakika: yürüyüş, 1 kat merdiven inip çıkma dahil
- Son 15 dakika: oturup kalkma (10 defa), öksürme (10 defa), 1 dk boyunca koşma, yerden cisim kaldırma (çömelme) hareketi (5 defa), ellerini yıkama 1 dakika

Bir (1) saatin sonunda pedin kuru ped ağırlığından farkı;

- < 2 gr ise negatif
- 2- 10 gr ise hafif/orta
- 10- 50 gr ise ağır
- > 50 gr ise çok ağır Üİ olarak sınıflanır.

Ürodinamik laboratuvar testleri: İdrarın depolanması ve boşaltımı sırasında alt üriner sistem semptomlarının fonksiyonunu gösteren testlerdir. Üİ tanılamasında birçok farklı yöntem kullanılabilinir. Bunlardan üroflowmetri hastada idrar boşaltma sorununun varlığına ilişkin bilgi verir. Sistometri ise mesanenin basınç-volüm ilişkisinin ölçümüdür. Ayrıca Üİ tanılama ve değerlendirilmesinde üretral basınç profili, elektromiyografi, videoürodinami, ultrasonografi manyetik rezonans görüntüleme, radyolojik tetkikler ve sistoskopi gibi yöntemlerden de faydalanılmaktadır (95,96).

Üriner İnkontinansın Tedavisi

Konservatif tedaviler

Üİ'de uygulanan konservatif tedavi yöntemleri; yaşam tarzı değişiklikleri, pelvik taban kas egzersizleri (PTKE), mesane eğitimi, biofeedback, vajinal kon, fonksiyonel elektriksel stimülasyonu ve ekstrakorporeal manyetik inervasyonu içerir.

Konservatif yöntemlerin yan etkisinin olmaması, hasta konforu, maliyetsiz ve etkili olması, sağlık personeli tarafından kolaylıkla uygulanabilmesi gibi avantajları vardır (95-97).

a. Biofeedback: Biofeedback, hastalara kendi pelvik taban kas aktivitelerini anlık olarak gözlemleyerek öğrenmelerine yardımcı olan bir öğretme tekniğidir. Pelvik taban kas aktiviteleri, vajinal yüzey elektrotları veya problar kullanılarak EMG ile ölçülerek monitöre yansıtılır. Hastalar, mesane basıncını kontrol etme çabaları ve pelvik kas aktivitelerini gözlemlediklerinde deneme-yanılma yöntemiyle öğrenme sürecini yaşarlar. Biofeedback destekli davranışsal eğitimde, üriner inkontinans üzerinde %60 ila 85 arasında azalmayı gösteren çalışmalar bulunmaktadır (96).

b. Pelvik taban kas eğitimi: Arnold Kegel tarafından ilk kez tanımlanan, SÜİ'nin pelvik taban kaslarının fonksiyon ve koordinasyonundaki eksiklikten kaynaklandığı öne sürülen egzersizlere Kegel egzersizleri denir. Eğitimin amacı, kadının pelvik taban kaslarını tanımasını ve bu kasları mesane ve pelvik tabanda basıncı artırmadan kasılıp gevşetmesine yardımcı olmaktır. Hastaların doğru kasları kullanıp kullanmadığını doğrulamak, tedavinin başarısı açısından önemlidir. Literatürde, pelvik taban egzersizlerini düzenli olarak uygulayan SÜİ'li kadınların %60 ila 80 arasında klinik iyileşme gösterdiği belirtilmektedir. Sistematik derlemeler ve uluslararsı kontinans birliği, pelvik taban kas eğitimi için A düzeyinde kanıt olduğunu ve SÜİ, MÜİ ve UÜİ'li kadınlarda ilk basamak tedavi olarak önerilmesi gerektiği sonucuna varmıştır (95, 96).

c. Mesane eğitimi: İstemli kortikal kontrol ile istemsiz mesane kasılmalarını önleme amacıyla geliştirilen bu yöntem, tüm davranışsal yöntemler gibi mesane kontrolünü sağlamayı hedefler. Özellikle Üİ sorunu yaşayan kadınlar sık idrara gitme eğilimindedir. Ani sıkışma hissinin hemen giderilmesini sağlamak için sık idrara çıkma alışkanlık haline gelebilir. Bu durum, fonksiyonel mesane kapasitesinde azalmaya, detrusör hiperaktivitesine ve şiddetli üriner inkontinansa neden olabilir. Oluşan sık idrara gitme döngüsü, mesane eğitimi ve miksiyon planı kullanılarak kırılabilir. Bu yöntemle hastanın düzenli aralıklarla tuvalete gitmesi sağlanır. Hastayla birlikte üriner günlük gözden geçirilir ve durumuna uygun miksiyon planı oluşturulur. Başlangıçta sık olan miksiyon aralıkları zamanla üç-dört saat olacak şekilde düzenlenir (96).

d. Fonksiyonel elektrik stimulasyonu (FES): Pelvik taban kaslarının elektriksel uyarımı, vajinaya yerleştirilen bir prob aracılığıyla gerçekleştirilir. Bu uyarım, pelvik taban kaslarının kasılmasını sağlar ve detrusör refleksinin inhibisyonuna yol açar.

e. Vajinal konlar: Pelvik taban kaslarını güçlendirmek amacıyla vajinaya 20-100g arasında değişen konlar yerleştirilir. Bu konlar, vajinadan dışarı çıkma hissi uyandırarak biofeedback mekanizmasını aktive eder ve pelvik taban kaslarının kasılmasını teşvik eder. Konlar, kas gücü değerlendirmesi üçün altında olanlarda ve perineal duyarlılık olmadığında kullanılmamalıdır.

f. Mekanik araçlar: Mesane boynunun ve üretranın alttan desteklenmesi ve yükseltilmesi amacıyla farklı tip ve boyutlarda pesserler kullanılmaktadır.

g. Manyetik alan tedavisi: Hastaların giysileriyle bir manyetik alan içeren sandalyeye oturtularak pelvik kasların güçlendirmesini sağlayan pasif bir tedavi yöntemidir. Bu yöntem, hijyenik açıdan sorun teşkil etmediği için hastalar tarafından kolayca tolere edilebilir.

h. Posterior Tibial Sinir Stimülasyonu: Etki mekanizması, sakral nöromodülasyona benzemekle birlikte S2-S4 afferentlerini tibial sinir aracılığıyla etkilediği düşünülmektedir. Küçük bir iğne elektrodu medial malleolün üzerine yerleştirilir ve stimülasyon uygulanır. Her bir seans 30 dakika sürer ve tedavi, oniki hafta boyunca haftalık olarak uygulanmalıdır (96).

i. Sakral Nöromodülasyon: S-3 sinir köklerinin uyarılması yoluyla kullanılan bu yöntem, Üİ tedavisinde etkilidir. Yöntemin etki mekanizması, nöral afferentler aracılığıyla C liflerinin aktivitesini değiştirerek spinal kord üzerinde duyusal girdiyi düzenlemesidir. Farmakoterapi ve davranış terapilerinin başarısız olduğu durumlarda, sakruma geçici bir iğne yerleştirilerek uygulanır. Elektriksel stimülasyon sonucunda Üİ semptomlarında %50 oranında azalma görülürse, bu durum olumlu bir yanıt olarak kabul edilir ve kalıcı iğne implantasyonu gerçekleştirilir (96).

Medikal Tedavi

Medikal tedavinin hedefi alfa adrenerjik uyarıları artırmaktır ve genellikle UÜİ için tercih edilmektedir. Alfa adrenerjik blokaj yapan (hipertansif) ilaçlar, hastanın üretral tonusunun azalmasına ve Üİ gelişmesine neden olabilir. Bu nedenle, alfa

adrenerjik blokaj yapan ilaçların kullanılmaması veya antagonist ilaçların tercih edilmesi, SÜİ tedavisine yardımcı olabilir. Östrojenik etkinin eksikliğinde gelişen üriner sistem atrofisinin, lokal östrojen tedavisiyle düzeltilebileceği ve üretral sfinkter yetersizliğinin iyileştirilebileceği düşünülmektedir. Serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörleri, SÜİ tedavisi için incelenen ajanlardır. İlaçlar, hastalarda konstipasyon, ağız kuruluğu, görmede bulanıklık, bulantı, taşikardi, bradikardi, baş ağrıları, ajitasyon, düzensiz uyku, tromboflebit ve postural hipotansiyon gibi bazı yan etkilere neden olabilir (95-97).

Cerrahi tedavi

Cerrahi tekniğin kararı Üİ tipine göre verilir. Hastada mesane boynu hipermobilitesi olması durumunda iğne teknikleri ya da retropubik askı ameliyatları uygulanırken, sfinkter hasarı mevcutsa askı (sling) operasyonları tercih edilir (96,97).

Antenatal Dönem Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Önemi

Pelvik Taban Kası Egzersizinin (PTKE) amacı; yıpranmış ve zayıflamış olan, bu nedenle idrarın istemsiz olarak uygun olmayan bir zamanda boşalmasına neden olan pelvik taban kas gruplarını güçlendirmek ve işlevlerini daha etkili bir şekilde yerine getirmelerini sağlamaktır. Gebelerde PTKE'nin kas kuvveti ve tonusunda belirgin bir artış sağladığı bilinmektedir. Ayrıca, kas koordinasyonunda gelişme sağlar ve doğum eylemini kolaylaştıran esneklik artışına katkıda bulunur. Özellikle pelvik taban kas kuvveti düşük olan gebelere PTKE önerilir. Güvenilir bir yöntem olan PTKE, gebelerde erken doğum riskinin önlenmesi ve tedavisi için de sıkça tavsiye edilmektedir (98,99).

PTKE’nin kısa vadeli önleyici ve tedavi edici etkisi birçok çalışma tarafından desteklenmiş olsa da kalıcı tedavi etkisi hala tartışmalıdır ve yeni araştırmalarla aydınlatılmalıdır. Bir vaka çalışmasına göre, kas adaptasyonu ve elde edilen faydalar geri dönüşümlüdür. Bu nedenle, PTKE bir yaşam boyu süren bir süreçtir ve pelvik taban sağlığı için hayat rutininin bir parçası olmalıdır (100).

Gebeler için PTKE protokolü, literatürde farklı kas kontraksiyon süreleri ve sayılarını içeren çeşitli formlarda uygulanmıştır. Bu çeşitlilik, çalışılan gebelik popülasyonunun özelliklerine bağlı olarak bir egzersiz protokolü seçimini gerektirir.

Genellikle önerilen uygulama süresi 8 veya 12 hafta olup, haftada 2-3 kez tekrarlanan egzersizleri içerir. Ancak, tekrar sayısı, dinlenme ve kontraksiyon süresi kesin olarak belirtilmemiştir. Egzersizler ev programı olarak uygulanabileceği gibi, bir fizyoterapist eşliğinde de gerçekleştirilebilir. Etkili bir PTKE programının, en az 8 hafta boyunca ve bir fizyoterapist rehberliğinde uygulanması önerilir (101).

Antenatal dönemde PTKE'nin sağladığı faydalar arasında pelvik taban kaslarının gücünü arttırmak, epizyotomi ihtiyacını azaltmak, POP riskini düşürmek, hemoroid oluşumunu engellemek, boşaltım kontrolünü sağlamak ve orgazmı arttırmak bulunmaktadır. Özellikle vajinal doğum sonrasında, laserasyon oranını azaltmak, perine kaslarının eski tonüsünü yeniden kazandırmak, perine bölgesindeki ödemi azaltmak, dolaşımı hızlandırmak ve SÜİ'yi önlemek amacıyla da bu egzersizler uygulanmaktadır (18, 35). PTKE yapan kadınlarda postpartum Üİ görülme oranı daha düşüktür (102).

Gebelikte ve postpartum dönemde pelvik taban kas eğitiminin Üİ'nin önlenmesi ve tedavisine etkisinin incelendiği bir sistematik derlemede, egzersiz protokolüne yüksek bağlılık ve yakın takip içeren çalışmalara dayanarak, gebelikte ve doğum sonrasında PTKE'nin Üİ'yi önleyebildiği ve tedavi edebildiği bildirilmiştir (103). Ayrıca kadınlarda Üİ'yi önlemeye veya tedavi etmeye yönelik bir müdahale olarak PTKE'ne (hem fiziksel hem de davranışsal unsurlar) ilişkin kanıtların özetlendiği çalışmada, gebelikte PTKE'ne başlayan kadınlar için, gebelik ve doğum sonrasında Üİ gelişme riskinde klinik olarak önemli azalmalar saptanmış ve PTKE'nin prolapsusu önleme ve cinsel fonksiyonu artırmada ek faydalarının olduğu belirlenmiştir. Eğer gebelikte veya postpartum süreçte Üİ gelişirse, PTKE ilk basamak için uygun bir tedavi seçeneğidir. Yeni başlayanlar için en az üç ay boyunca günde üç kez 8 saniye süreyle 8 kasılma içeren bir egzersiz programı, bir "genel" reçete olarak kabul edilebilir. Tüm kadınlar PTKE'ni nasıl yapacakları konusunda açık, doğru sözlü talimatlar almalıdır. İnkontinant ve PTKE'ni doğru yapamayan kadınların pelvik taban rehabilitasyonu için yönlendirilmeleri gereklidir. Kadınların pelvik taban kas eğitimine olan fırsatlarını, yeteneklerini ve motivasyonunu artıran sağlık profesyonellerinden alınan davranışsal destek, egzersiz reçetesi kadar önemlidir (104).

2.3.2. Üriner İnkontinansın Yönetiminde Hemşirelik Yaklaşımları

Son yıllarda, inkontinans tedavisinde hemşireler, hastaların tanı ve tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır. Hemşireler, hasta ile yeterli zamanı geçirebilmeleri nedeniyle etkili iletişim kurarak tedavinin olumlu bir şekilde ilerlemesine katkı sağlarlar. Üriner inkontinans (Üİ), tedavi edilebilen bir sağlık sorunu olmasına rağmen toplumda genellikle göz ardı edilen veya sağlık kurumlarına başvuruda ikinci plana atılan bir sorundur. Bu nedenle, hemşirelerin Üİ konusunda özenle yaklaşmaları önemlidir. Hemşireler, Üİ hakkında kapsamlı bir bilgiye sahip olmalı, güncel araştırmaları takip etmeli ve bu bilgileri hastalara etkili bir şekilde aktarabilme yeteneğine sahip olmalıdırlar (105).

Üİ tedavisinde multidisipliner ekiplerin önemli bir bileşeni olan hemşireler, eğitici, danışman ve araştırmacı rolleriyle çeşitli görevleri üstlenmektedirler. Hemşireler, gebe sağlığının korunması, yaşlılık dönemi, erken tanı süreçleri ve inkontinans tanısı konulmuş hastaların tedavi aşamalarında rehabilitasyon ve eğitim odaklı hemşirelik yaklaşımlarıyla görev yapmaktadırlar. Bu sayede hastalara, yaşamları boyunca daha mutlu bir yaşam sürebileceklerini hissettirerek önemli bir rol oynamaktadırlar. Ayrıca, uluslararası alanda inkontinans konusunda danışmanlık veren sağlık profesyonellerinin çoğunluğunu hemşirelerin oluşturturduğu bilinmektedir (105, 106).

Gebelikte ve postpartum dönemde Üİ prevelansı yüksek olmasına ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemesine rağmen kadınlar profesyonel yardım almak için sağlık kuruluşuna başvurmakta gecikmektedirler. Ülkemizde de pelvik taban yetersizlikleri, özellikle de Üİ problemi son yıllarda giderek artmakta ve kontinans hemşirelerinin sorumlulukları daha da önem kazanmaktadır (107). Son yıllarda hemşireler, gebelikte ve postpartum süreçte kontinansın sağlanmasında ve sürdürülmesinde ekip üyeleri ile multidisipliner çalışarak oldukça önemli bir rol üstlenmişlerdir (108).

Hemşireler, gebe kadınlara Üİ, POP gibi PTD'ye ilişkin bilgi ve farkındalıklarını arttırmalı, PTKE'nin önemini anlatarak gebelikte ve postpartum dönemde PTKE öğretmeli ve uygulamaları konusunda destek olmalıdırlar (109).

3. Motivasyonel Görüşme Yöntemi

Motivasyonel görüşme (MG) yöntemi özellikle son yıllarda giderek önem kazanmaktadır. MG, bireylerin sorunlarını anlamalarını, değişim için harekete geçmelerini ve değişime inanmalarını sağlamada kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntem, özellikle değişim için isteksiz olan veya ambivalan duygu ve düşüncelere sahip bireylerde kullanılmaktadır (110). Ambivalans bir diğer deyişle değişim ikileminin keşfedilmesi ve tanımlanması, MG'nin gereklerinden birisidir. Ambivalans (ikilemi) çözümlemek değişim için iyi bir anahtar olabilir ve ambivalans çözüldüğünde de değişim için çok az şey gerekebilir (111).

MG, ilk kez William Miller (1983) tarafından kullanılmıştır. MG yöntemi ilk olarak klinik psikolog William R. Miller ve Stephen Rollnick tarafından problemli bağımlıların tedavisinde geliştirilmiştir (112). Miller ve Rollnick'e göre MG; "danışanların ambivalan duygularının farkına vararak çözümlemelerine yardımcı olacak davranış değişikliğini ortaya çıkartmada kullanılan, direktif ve danışan merkezli bir yaklaşım" olarak tanımlanmıştır (110-112). Miller ve Rollnick MG'de motivasyonun oluşturulmasında iki önemli bileşenin olduğunu belirtmektedirler; bunlar "önemlilik" ve "güven" kavramlarıdır. "Önemlilik" bireylerin değişim arzusunu tetikleyen şeyler ya da değişim gereksinimleriyle ilgilidir. "Güven" ise bireyin değişim için kendi yeteneğine olan inancıdır. MG yönteminde danışmanın, danışanı davranış değişikliği oluşturması yönünde motive edebilmesi için empati göstermek, çelişki geliştirmek, direnci çözmek ve özetkililiği desteklemek gibi davranışsal becerileri kullanması gerekir. MG, davranışsal becerilerin yanında bazı temel iletişim becerilerini de içerir. Bunlar; açık uçlu sorular sorma, doğrulama, yansıtmalı dinleme ve özetlemedir. *Açık uçlu sorular sorma*, MG'nin ilk aşamasından itibaren danışan ile danışmanın sağlıklı iletişim kurmasını destekler. Danışanın değişim hakkında konuşması için rahat bir ortam sağlar. Ayrıca açık uçlu sorular sorma, MG'nin temel tekniklerinden biridir ve danışanın konuşacağı konuyu kendisinin belirlemesine olanak sağlar. Ayrıntılandırmak ve danışanla iş birliği sağlamak bakımından yararlıdır. *Doğrulama*, danışanın güçlü yönlerinin, başarılarının ve değişim için çabalarının vurgulanmasıdır. Kişinin, kendini keşfetmeye başlaması yönünde önemli bir adım atmasını sağlar. Bu durum, danışanın öz yeterliliğini destekler ve geliştirir. *Yansıtmalı dinleme* danışanın ne söylediğini anlamak ve onun

söylediğini ona yansıtmaktır. Bu durum, danışanın kendini anlama sürecini ve kendisi hakkında düşünmesini kolaylaştırır. Yansıtmalı dinlemede kişinin, değişim hakkında konuşmaya devam etmesi sağlanırken, danışanın gösterdiği direnç kırılır. *Özetleme,* MG'de oldukça sık kullanılır. Özetleme, edinilen bilgilerin toparlanıp yansıtılmasını yani resmin bütününün görülmesini sağlar. Kişiye anlaşıldığını gösterir (110-112).

MG günümüzde davranışsal, fiziksel ya da psikolojik nitelik taşıyan pek çok durumda kullanılmaktadır. Sağlıkla ilgili alanlarda sıklıkla sigarayı bırakma, diyete uyum, egzersiz, sağlıklı beslenme ve ilaç uyumu gibi konularda kullanılmıştır. Depresyon tedavisi, psikoterapi öncesi motivasyon, tedavi uyumsuzluğu, intihar riski, yeme bozuklukları diğer kullanım alanları olarak sıralanabilir. Gebelikten önce, gebelikte ya da postpartum dönemde uyum sağlamak, bebek bakımı ve beslenmesi ile ilgili kullanımlarının olduğu da görülmüştür. Aynı zamanda MG, psikolojik problemleri olan bireylerin motivasyonlarının artırılmasında kullanılabildiğinden, bağımlılık tedavileri için de vazgeçilmez bir yöntem olarak görülmektedir (113,114).

3.1. Kadın Sağlığı Hemşireliği Alanında Motivasyonel Görüşme Yönteminin Kullanımı

Sağlık profesyonelleri özellikle hemşireler, bireylerin yaşam tarzı davranışlarını anlamalarına ve sonuçlarını fark etmelerine yardımcı olarak, karar verme ve davranış değiştirme süreçlerinde MG yöntemini kullanarak bireylerin öz-etkililik düzeylerini artırarak sağlıklı davranış değişikliklerine olumlu katkı sağlayabilirler. MG ile bireyin sağlıklı davranış geliştirmesinde etkili bir iletişim sağlanmış olur. Böylece bireyin öz-yeterliliğini artırarak sağlığın korunması ve yükseltilmesinde olumlu sonuçlar elde edilir (115). Literatür incelendiğinde hemşirelik alanında MG yönteminin çoğunlukla lisansüstü tez çalışmaları kapsamında yürütüldüğü, müdahaleli ve randomize kontrollü çalışma tipinde tasarlandığı ve bazı çalışmalarda MG'nin bir model ya da kurama temellendirildiği görülmüştür. Hemşirelikte MG yönteminin özetkililik/öz yönetim, hastalık/ilaç/tedaviye uyum davranış değişikliği oluşturma ve baş etme/başa çıkma konularındaki etkileri araştırılmıştır. MG yönteminin davranış değişimini sağlamada sıklıkla sigarayı bırakmaya yönelik kullanıldığı bunu diyabet, menopoz, fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme ve bağımlılıktan koruma davranışlarını geliştirme konuları takip etmiştir.

Literatürde Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında MG yöntemi ile yürütülen çalışamların sınırlı sayıda olduğu görülmüştür. Mevcut çalışmalarda MG gebelerde doğum korkusunun yönetiminde ve üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam tarzı davranış değişikliğini oluşturmada kullanılmış etkili bir yöntem olduğu saptanmıştır (57, 116).

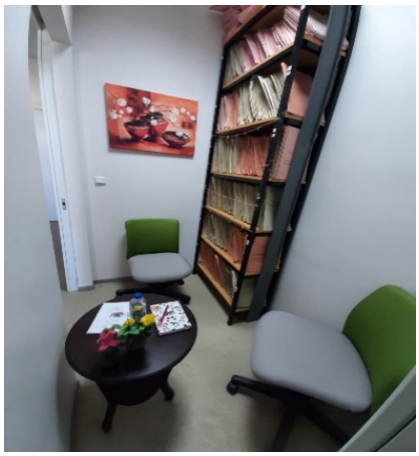
3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma randomize kontrollü deneysel tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın verileri Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın gebe polikliniğinde 01.04.2022-01.09.2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Gebe polikliniği hafta içi hergün 08:00-17:00 arasında, 13. gebelik haftası üzerindeki gebelere poliklinik hizmeti vermektedir. Gebe kadınlarla motivasyonel görüşmenin gerçekleşebilmesi için Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı polikliniklerindeki odalardann biri motivasyonel görüşme odası olarak düzenlenmiştir. Oda motivasyonel görüşme oturumlarının yapılabilmesi için iki adet sandalye, bir adet orta sehpa, tablo, objeler ve gebelrin her görüşme sonrasında bebeklerinin USG görüntülerini asacakları renkli mandallar ve iplerle tasarlanmıştır. MG odasının hemen yanında EMG ölçümlerinin yapılabilmesi ve PTKE'nin uygulamalı olarak öğretildiği bir muayene odası da mevcuttu. Muayene odasında bir adet bilgisayar, iki adet sandalye, iki adet dolap, iki adet masa, 1 adet mauyene masası ve mueyane sırasunda gebelerin ihtiyacı olabilecek pet su, aperatif kuruyemiş vb gıdalar ve ped testi ölçümü için mutfak tartısı ile hijyenik pedler bulunmaktaydı. Gebelerin USG ölçümleri de yine aynı katta USG odasında yapıldı. Odada bir adet muayene masası, 1 adet USG cihazı, 1 adet masa ve 2 adet sandalye bulunmaktaydı. Tüm muayene odaları hasta mahremiyetini sağlayacak nitelikte ve gebenin erişebileceği mesafedeydi. USG odasına gebeyi motive etmek amaçlı poliklinik uygunluk durumuna göre baba adayları da alındı.

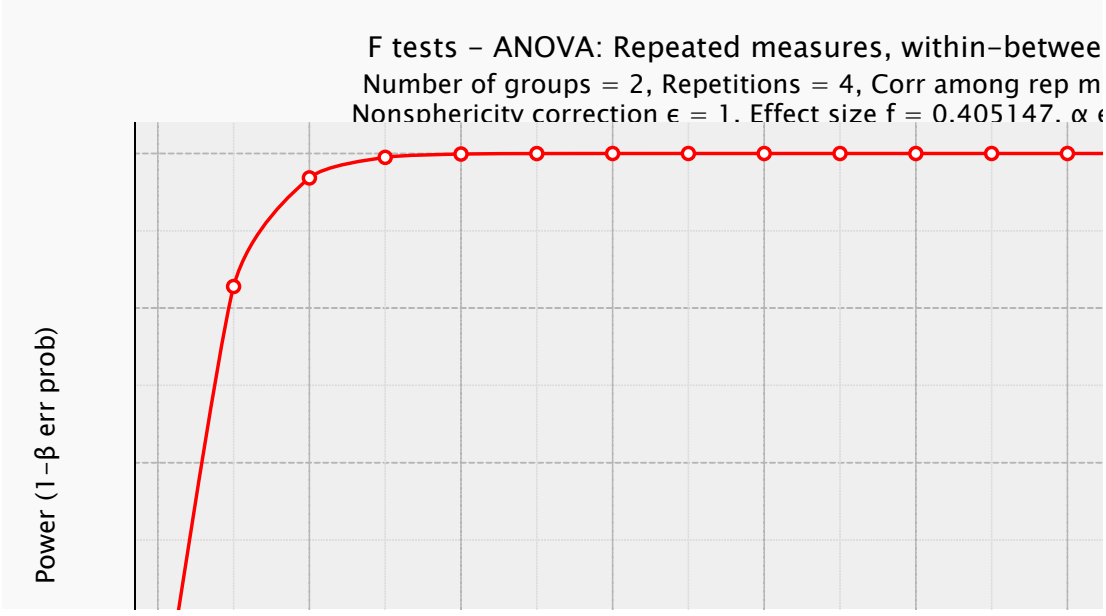


Tablo 1. Araştırma Planı

Literatür tarama	Eylül 2018- Aralık 2023
Planlama	Ekim 2018- 2020
Etik Kurul Onayı ve kurum izni	Eylül 2020- Mart 2022
Doktora tez önerisi	Mayıs 2021
Veri toplama	Nisan 2022- Eylül 2023
Veri analiz	Eylül-Kasım 2023
Tez Yazım	Eylül 2023- Aralık 2023

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın gebe polikliniğine antenatal kontrollere gelen primigravida gebeler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın gebe polikliniğine antenatal kontrollere gelen dahil etme kriterlerine uygun primigravida gebeler oluşturmuştur. Örneklem hacmi hesaplanırken, Kim ve ark. nın (2012) çalışması referans alınmıştır. Çalışmada egzersiz grubundaki kadınların BFLUTS puan ortalamaları pre-test de 92,67±7,68 iken, post-test de 60,1 ±6,88 bulunmuştur. Referans çalışmasına benzer 0,5 etki büyüklüğünde, %95 güven aralığında ve %80 güç baz alınarak G*Power 3.0.10 programıyla yapılan analizde her bir grupta en az 17 katılımcının alınması gerektiği hesaplanmıştır (117). Çalışmada dahil etme kriterlerini sağlayan 60 gebe kadına ulaşılmış ancak kayıplar sonrasında çalışma 41 gebe kadının (deney grubu:22, kontrol grubu:19) verileriyle sonlandırılmıştır. G*Power 3.0.10 programı kullanılarak çalışma sonunda elde edilen veriler yardımıyla yapılan güç analizi sonucunda; 2 grup 4 tekrarlı çalışma deseninde, %5 hata payı ve elde edilen etki büyüklüğüne göre çalışmanın gücü %99,9 olarak bulunmuştur (Şekil 1).



Şekil 1. G*power Post Hoc Analiz Raporu

F tests - ANOVA: Repeated measures, within-between interaction

Analysis: Post hoc: Compute achieved power

Input:	Effect size f	=	0.4051473
	α err prob	=	0.05
	Total sample size	=	38
	Number of groups	=	2
	Repetitions	=	4
	Corr among rep measures	=	0.5
	Nonsphericity correction ε	=	1
Output:	Noncentrality parameter λ	=	49.899878
	Critical F	=	2.688691
	Numerator df	=	3.000000
	Denominator df	=	108
	Power (1-β err prob)	=	0.999994

Örnekleme dahil etme kriterleri:,

- 18 yaş ve üzeri,
- En az ilkokul mezunu,
- Üriner enfeksiyonu bulunmayan,
- İlk kez gebe kalan,
- 19. gebelik haftasında olan,
- Tekil gebeliğe sahip,
- Daha önce PTKE ile ilgili herhangi bir eğitim almayan ve herhangi bir zamanda PTKE uygulamayan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler alınmıştır.

Dışlama kriterleri:

- Egzersiz yapmak için kontraendike bir durumu bulunan gebeler (kalp hastalığı, akciğer hastalığı, servikal yetmezlik/serklaj, çoğul gebelik, 2. ve 3. trimester kanamaları, plesenta previa, erken doğum tehdidi, membran rüptürü ve gebelikte görülen hipertansiyon),
- Psikiyatrik hastalık tanısı almış olanlar,
- Nörolojik hastalık tanısı almış olanlar
- Fiziksel, zihinsel, görsel ve işitsel engeli olan gebeler çalışmadan dışlanmıştır.

Araştırmanın deney ve kontrol gruplarının belirlenmesinde basit randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Örneklemin randomizasyonu 'Research Randomizer' bilgisayar programında deney grubu (1), kontrol grubu (2) numarası ile kodlanmış, kişi sayısı da 60 girilmiştir. Araştırmacılar dışında bir öğretim elemanı tarafından 60 kişi için randomizasyon sonucu Word dosyasında numaralandırılarak hazırlanmıştır. Örneklem kriterlerine uyan kadınlar randomizasyon sonucuna göre deney ve kontrol gruplarına dahil edilmiştir. Literatürde randomize kontrollü çalışmalarının her adımının Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT)' a göre yapılması önerilmektedir (118). Çalışmanın CONSORT şeması Şekil 2. de ayrıntılı olarak verilmiştir. Çalışma kapsamına alınan gebe kadınların grupları, kadının onayı alındıktan sonra araştırmacının randomizasyon listesine göre belirlenmiştir. Araştırmayı uygulayan da verileri değerlendiren de aynı kişi olduğundan dolayı araştırmacı açısından körleme yapılamamıştır. Deney grubundaki gebe kadınlara uygulanacak girişimler anlatıldığı için katılımcılar açısından da körleme yapılamamıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın;

Bağımsız değişkenleri; motivasyonel görüşme yöntemi ile verilen pelvik taban kas eğitimidir.

Bağımlı değişkenler; Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği (Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms) (BFLUTS), BROOME Pelvik Taban Kas Egzersizi Öz-etkililik Ölçeği, üriner günlük, Ped testi, yüzeyel elektromyografi (EMG) ve transperineal USG ile ölçülen pelvik taban kas aktivitesi ölçümleridir.

3.5. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri

Çalışmada, Tanıtıcı Bilgi Formu, Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği (Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms) (BFLUTS), BROOME Pelvik Taban Kas Egzersizi Öz etkililik Ölçeği, PTKE izlem formu, Üriner Günlük ve Veri Kayıt Formu (Ped test, EMG ve USG ölçümleri) kullanılmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu form, gebe kadınların tanıtıcı ve obstetrik özelliklerini, genel sağlık öyküsünü, postpartum döneme ilişkin verileri ve ölçümlerini kapsayan toplam 30 adet sorudan oluşmaktadır (Ek 2).

3.5.2. Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği (BFLUTS)

Ölçek, alt üriner yol semptomlarını, cinsel yaşamı ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir ve 19 maddeden oluşmaktadır. Jackson ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir (119). Türkiye'de 2005 yılında Güngör ve Yalçın tarafından ölçeğin geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır. Ölçekten en az 0 en fazla 71 puan alınabilmektedir. Ölçek 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Depolama (1-4. sorular), idrar yapma, (5-7. sorular), üriner inkontinans (8-12. sorular), cinsel yaşam (13-14. soru) ve yaşam kalitesini (15-19. sorular) değerlendiren ifadeler içermektedir. Ölçek maddeleri 0'dan 3'e (4. 13. 14. 17. ve 19. sorular) ve 0'dan 4'e (1-3. 5-12. ve 15. 16. sorular) puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanlar arttıkça, yaşam kalitesinin, cinsel yaşamın daha olumsuz yönde etkilendiği ve semptomların daha şiddetli olduğu belirlenmektedir. Ölçeğin ülkemizde yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında Cronbach Alpha katsayısı tüm ölçek için 0,66 saptanmıştır (120). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,71 olarak bulunmuştur (Ek 3).

3.5.3. Broome Pelvik Taban Kas Egzersizi Öz-Etkililik Ölçeği (Broome Pelvic Muscle Exercise Self-Efficacy Scale-Broome PMSES)

Broome (1999) tarafından PTKE uygulamasında öz-etkililik algısını ölçmek ve klinisyenlere PTKE uygulamasında geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı sağlamak amacıyla geliştirilmiştir. Toplam 23 ifade, "etkililik beklentisi" ve "sonuç beklentisi" olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Etkililik beklentisi alt boyutu kişinin pelvik taban kaslarını farklı konumlarda kasabilmeyi ve çeşitli durumlarda egzersizi yapabilmeye karşı kendisine olan inancını değerlendiren ifadelerden oluşmaktadır. Sonuç beklentisi alt boyutu PTKE'nin çeşitli durumlarda idrar kaçırmayı ne kadar önleyebileceğine yönelik beklenti inancını ölçen ifadelerden oluşmaktadır. Sonuç beklentisi alt boyutu ile kişiye egzersizi yaptığını hayal etmesi ve ifadelerde belirtilen durumlarda egzersizin idrar kaçırmayı ne kadar önleyeceğine inandıkları

sorulmaktadır. Ölçeğin toplam puanı ölçekteki tüm ifadelerden alınan puanların ortalamasının alınması ile belirlenir. Alt boyut puanı ise o boyuta ait ifadelerin toplam puanının ortalaması ile hesaplanır. Ölçeğin toplam puanı 0-100 arasında değişmekte olup; 32 ve altı puan düşük, 33–66 puan orta, 66 üzeri puan yüksek öz-etkililik algısını gösterir (121). Ölçeğin Türk toplumunda güvenirlik ve geçerlik çalışması Zengin ve Pınar (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,95 olarak belirlenmiştir (122). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,92 olarak bulunmuştur (Ek 4).

3.5.4. PTKE İzlem Formu: Araştırmacılar tarafından gebe kadınların farklı pozisyonlarda PTKE'ni yavaş ve hızlı kontraksiyonlarla kaydedebilmeleri için hazırlanmıştır (Ek 5).

3.5.5. Üriner Günlük

Kadınların 24 saat boyunca aldıkları sıvı miktarını, cinsini ve zamanını, inkontinans görülme ve işeme sıklığını kaydettikleri bir formdur. Üriner günlük ile idrar volümü, işeme sıklığı, ne sıklıkta inkontinansın olduğu ve Üİ'yi artıran ve azaltan durumların ne olduğuna yönelik bilgiler elde edilir. Bireylerin kontrole gelmeden önceki üç gününü içerecek şekilde bu günlüğü doldurması istenmektedir. Üriner günlüğün, gebe kadının tercihine göre yazılı kağıt formatında ve/veya mobil aplikasyonda doldurulması sağlanmıştır. Mobil uygulama olarak Kontinans Derneği'nin izniyle derneğe ait mesane günlüğü ücretsiz olarak kullanılmıştır. (App store için erişim https://apps.apple.com/us/app/mesane-g%C3%BCnl%C3%BC%C4%9F%C3%BC/id1451491322 , Google play için erişim https://play.google.com/store/apps/details?id=org.kontinansdernegi.mesanegunlugu&hl=tr&gl=US). Gebelerin 10 tanesi sadece yazılı formatta üriner günlük tercih ederken, 5 gebe yalnızca aplikasyon kullanmayı tercih etti. Gebelerin 26'sı ise hem aplikasyon hem de yazılı formatta üriner günlük kullanmayı tercih etti (Ek 6).

3.5.6. Veri Kayıt Formu

Form, gebeliğin 20.haftası, 28. haftası ve 36. haftası olmak üzere toplam üç kez yapılacak olan ölçümlerin kaydedilmesi için hazırlanmıştır. Ped testi ölçümleri gram cinsinden yazılmıştır. Yüzeyel EMG ile pelvik taban kası, rectus abdominus,

transversus abdominus, eksternal ve internel oblik kasların üzerine yerleştirilen elektrotların bulunduğu alandaki biyoelektriksel aktivite ölçülerek, μV cinsinden kaydedilmiştir. Transperineal USG ile diastazis recti orta, diastazis recti üst, diastazis recti alt, levator hiatusun ön-arka çapı ve levator hiatusun transvers çapı ölçülerek cm cinsinden, levator hiatal alan ve puborectal alan ölçülerek cm^2 cinsinden forma kaydedilmiştir (Ek 7).

3.6. Veri Toplama Süreci

Araştırmanın örneklem kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere araştırmanın amacı açıklandıktan sonra katılmayı kabul eden gebe kadınlardan sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Gebeler randomizasyon tablosuna göre deney ve kontrol grubuna atanmıştır.

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Hastanesi gebe polikliniğinde yürütülmüştür. Araştırmanın dahil etme kriterlerini karşılayan ve deney grubuna atanan gebelerin egzersiz programına katılmasında sakıncalı bir durum olup olmadığı Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan bir hekim tarafından değerlendirilmiştir. Hekim muayenesi sonucu PTKE yapmasında sakınca olmadığı belirlenen gebelere hemşire araştırmacı tarafından motivasyonel görüşme oturumları planlanmıştır. Oturumlarda gebelere pelvik taban kas eğitimi verilmiş, fizyoterapist eşliğinde uygulamalı olarak bireysel PTKE öğretilmiştir. Deney grubundaki gebelerin egzersizlerini ev programı şeklinde gün aşırı yapması istenmiştir.

Örneklem kriterlerine uyan ve hekim muayenesinden onaylanan deney grubundaki gebe kadınlara ilk motivasyonel görüşme oturumu sonrasında fizyoterapist tarafından pelvik taban kasların farkındalığı ve egzersizin öğretimi vajinal muayene ile uygulamalı olarak yapılmıştır. Vajinal muayene sırasında yavaş ve hızlı kontraksiyonlar öğretimiştir. Yavaş kontraksiyon sırasında kadının pelvik taban kaslarını 3 saniye (sn) kasıp gevşetmesi istenmiştir (sık-tut-tut-tut-bırak). Üç tekrarlı kontraksiyon sonrası kasların 6 sn dinlenmesi sağlanmıştır. Yavaş kontraksiyonları takiben 1 sn süren 3 hızlı kontraksiyon (sık-bırak) yaptırılmıştır. Her bir hızlı kontraksiyon arasında 6 saniye dinlenme süresi bırakılmıştır. Kadınlara PTKE farkındalığı oluşturulduktan sonra pelvik USG ve EMG ölçümleri yapılmış, tanıtıcı bilgi formu, BFLUTS ve BROOME soru formları doldurulmuş ve ped testi

yaptırılmıştır. Ayrıca kadına üriner günlük tanıtılmış ve nasıl doldurulacağı konusunda eğitim verilmiştir. Bu uygulamalar yaklaşık iki buçuk saat sürmüştür.

İlk görüşmeden sonra gebe kadınlar 28. Ve 36. Haftalarda tekrar çağırılmıştır. MG oturumlarında kadınların PTKE'ne ilişkin değerlendirmeleri alınmış, bireysel ve kademeli egzersiz reçeteleri fizyoterapist tarafından düzenlenmiş ve uygulamalı olarak gösterilmiştir. EMG, USG ve ped test değerlendirmesi tekrar yapılmıştır. Tanıtıcı bilgi formu dışındaki soru formları tekrar doldurulmuştur. Kadınların 3 günlük üriner günlükleri değerlendirilmiş ve geri bildirim verilmiştir (Şekil 2).

Çalışmanın postpartum sürecinde kadınlar tekrarlı 4.ölçüm için çağrılmışlardır. Çağrı sonrasında bebeklerinin küçük olması, hastaneye uzak olma, mevsim şartları gibi gerekçelerle postpartum ölçümlere gelmek istememişlerdir. Bu nedenle kadınların USG, EMG, ped test ve üriner günlük değerlendirmeleri ve yüzyüze motivasyonel görüşme yapılamamıştır. Deney grubuna 4. motivasyonel görüşme telefonda yapılarak BFLUTS ve BROOME soru formları uygulanmıştır. Kontrol grubuna telefonla sadece BFLUTS soru formu uygulanmıştır (Şekil 2).

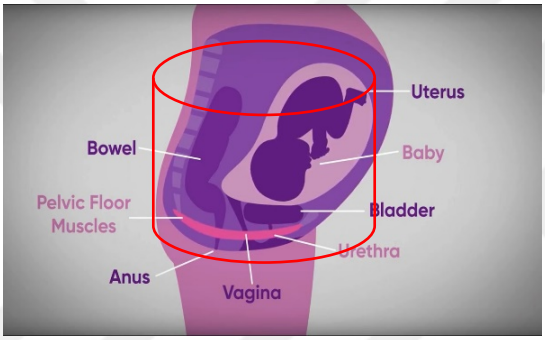
Deney grubunda PTKE'lerine, 20. gebelik haftasında başlanmış ve postpartum 6. haftaya kadar devam edilmiştir. Kontrol grubundaki gebelere herhangi bir girişim uygulanmamış, rutin antenal takiplerine devam etmişlerdir. Çalışmada gebelerin pelvik taban ve kor kaslarının değerlendirilmesinde transperineal USG ölçümleri fizyoterapist ve hekim birlikteliğinde, EMG ölçümleri ise uzman fizyoterapist tarafından yapılmıştır.

Tüm araştırma süresince deney ve kontrol grubuyla ayrı ayrı WhatsApp grupları oluşturulmuştur. Deney grubuyla gebelik haftasına uygun egzersiz görselleri hatırlatılmış, PTKE'ne ilişkin motivasyonel paylaşımlar ve olumlu geri bildirimler verilmiş, gebelik ve doğum sonu süreçler hakkında bilgi paylaşımı ve iletişimin devamlılığı sağlanmıştır. Ayrıca gebe kadınlara kontrole gelmeden önce üriner günlük ve PTKE izlem formlarını getirmeleri konusunda hatırlatmalar yapılmıştır. Kontrol grubuyla olan Whatsapp iletişim ağından da bir sonraki görüşme oturumu ve üriner günlüklerin doldurulmasına ilişkin hatırlatmalar yapılmış, varsa gebe kadınların soruları cevaplandırılmıştır.

Motivasyonel görüşme oturumlarına pelvik taban kas eğitimlerin entegre edilmesi

1. Görüşme:

- Gebelikte Üİ ve pelvik taban kas egzersizleri hakkında gebenin neler düşündüğünün sorulması
- Bardak egzersizi ile pelvik taban kaslarının önemi ve farkındalığının kazandırılması
- Pelvik taban kas eğitiminin verilmesi
- Postür eğitimi, vücut mekanikleri ve PTKE'nin öğretilmesi



2. Görüşme:

- PTKE yönelik düşünce ve davranışlarında değişikliklerin öğrenilmesi
- PTKE ile ilgili endişe ve duyguların dile getirilmesi

-Postür eğitimi, vücut mekanikleri, PTKE ve gevşeme pozisyonları hakkında görüşülmesi

3.Görüşme:

- PTKE'nin gebeye neler kazandırdığının sorulması,
- Egzersizin yapımı sırasındaki deneyimlerin konuşulması, yaşanılan zorluklar varsa giderilmeye yönelik motivasyonel konuşmanın sürdürülmesi

4. Görüşme:

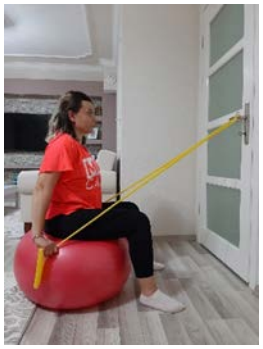
- Egzersizin kendisi ve bebeği için faydaları hakkında konuşulması
- Postpartum dönemde Üİ görülme sıklığı, doğumun postür, nefes, kas iskelet sistemi, kilo üzerine etkilerinin konuşulması
- PTKE'ni yaşam tarzı haline getirilmesine ilişkin görüşlerin alınması

1.motivasyonel görüşme oturumunda verilen egzersizler (20-27.HAFTA)

- Bu egzersiz reçetesi günde 2 kere yapılacaktır.
- Amaç; pelvik taban kas kuvvetine yükleme yapmaktır.
- Bu haftalardaki eğitimler; postür eğitimleri ve vücut mekanikleri, diastazis recti, alt-üst ekstremite egzersizleridir.

2.motivasyonel görüşme oturumunda verilen egzersizler (28-35.HAFTA)

- Bu egzersiz reçetesi günde 2 kere yapılacaktır.
- Amaç: bebeğin doğum kanalına girmesini ve pelvik tabanın hem gevşetip hem de kuvvet korumasını sağlayabilmektir.
- Bu haftaki eğitimler; topla egzersizler, emekleme egzersizleri ve gevşeme egzersizleridir.



3.motivasyonel görüşme oturumunda verilen egzersizler (36.HAFTA)

- Bu egzersiz reçetesi günde 2 kere yapılacaktır.
- Bu haftaki eğitimler; topla egzersizler (top üstünde saat egzersizi), emekleme egzersizleri, öksürme eğitimi, yataktan doğru kalkış ve doğum sonu öksürme eğitimi ve yatak içi egzersizleridir.

3.6. Araştırma Planı

Araştırma planı Şekil 2. de verilmiştir.

<table>
<tr><td colspan="4">Gebenin Kabulü
DEU Araştırma ve Uygulama Hastanesine
antenatal izlem için başvuran ve örnekleme dahil etme kriterini sağlayan gebeler
⇩
Yazılı ve sözlü onamların alınması
⇩
RANDOMİZASYON

Randomizasyon www.randomizer.org kullanılarak yapılmıştır.</td></tr>
<tr><td></td><td>DENEY Grubu
(n=30)
↓
20. gebelik haftasında
(n=22)</td><td>Kontrol Grubu
(n=30)
↓
20. gebelik haftasında
(n=19)</td><td></td></tr>
<tr><td><u>Çıkarılanlar
(n=8)</u>

Gebelik kaybı=1

Kolelithiazis=1

Sakroiliak eklemde ödem=1

Hastaneyi değiştirme= 2

Çalışmadan ayrılmak isteme=3</td><td>Motivasyonel Görüşme 1.oturumu
“FARKINDALIK OLUŞTURMA”

1. Ölçüm
-Tanıtıcı Bilgi Formu
-BFLUTS
-Broome Pelvik Taban Kas Egzersizi Öz Etkililik Ölçeği
-Ped test
- Yüzeyel EMG
-Transperineal USG.
↓

PTKE izlem formu,

Üriner günlük (3 günlük)
↓</td><td>RUTİN GEBELİK TAKİBİ

1. Ölçüm
-Tanıtıcı Bilgi Formu
-BFLUTS
Ped test
- Yüzeyel EMG
-Transperineal USG.
↓

Üriner günlük (3 günlük)
↓</td><td><u>Çıkarılanlar
(n=11)</u>

Gebelik kaybı=1

Servikal yetmezlik=1

Lomber disk hernisi=1

Konjenital kalça displazisi=1

Erken doğum riski=1

Hastaneyi değiştirme= 2

Çalışmadan ayrılmak isteme=4</td></tr>
<tr><td colspan="2">28. gebelik haftasında</td><td colspan="2">28. gebelik haftasında</td></tr>
<tr><td colspan="2">Motivasyonel Görüşme 2. Oturumu
“EYLEME GEÇME”</td><td colspan="2">RUTİN GEBELİK TAKİBİ</td></tr>
<tr><td colspan="2">2. Ölçüm
-BFLUTS
-Broome Pelvik Taban Kas Egzersizi Öz Etkililik Ölçeği
-Ped test
- Yüzeyel EMG
-Transperineal USG.
↓</td><td colspan="2">2. Ölçüm
-BFLUTS
Ped test
- Yüzeyel EMG
-Transperineal USG.
↓</td></tr>
<tr><td colspan="2">PTKE izlem formu,

Üriner günlük (3 günlük)
↓</td><td colspan="2">Üriner günlük (3 günlük)
↓</td></tr>
<tr><td colspan="2">36.gebelik haftasında</td><td colspan="2">36. gebelik haftasında</td></tr>
</table>

Motivasyonel Görüşme 3. Oturumu ***"SÜRDÜRME"***	**RUTİN GEBELİK TAKİBİ**
3. Ölçüm -BFLUTS -Broome Pelvik Taban Kas Egzersizi Öz Etkililik Ölçeği -Ped test - Yüzeyel EMG -Transperineal USG. ↓	**3. Ölçüm** -BFLUTS Ped test - Yüzeyel EMG -Transperineal USG. ↓
PTKE izlem formu, Üriner günlük (3 günlük) ↓	Üriner günlük (3 günlük) ↓
Postpartum 6. Haftada	**Postpartum 6. haftada**
Motivasyonel Görüşme 4. Oturumu **"TEKRARLAMA"** **(Telefonla)**	**Postpartum takip** **(Telefonla)**
4. Ölçüm -BFLUTS -Broome Pelvik Taban Kas Egzersizi Öz Etkililik Ölçeği	**4. Ölçüm** -BFLUTS

Şekil 2. Araştırma CONSORT Akışı

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 27) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı örneklem sayısının 50'nin altında olması nedeniyle Shapiro-Wilk testi ile test edilmiştir. Randomizasyonla deney ve kontrol grubuna alınan gebe kadınlar bireysel özellikler yönünden homojen olup olmadığı ki-kare homojenlik testi ile kontrol edilmiştir.

Normal dağılıma uygun veriler için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Repeated Measures" test (F-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney

U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Friedman" test ($\chi 2$-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson-$\chi 2$" çapraz tabloları kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson" korelasyon katsayısı; en az birinin normal dağılım göstermediği durumda "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $\alpha = .05$ olarak belirlenmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın etik kurul onayı 2022 yılından önce alınmasına rağmen çalışmada kullanılacak malzemelerin karşılanmasına yönelik TÜBİTAK proje başvuru sonuçlarının beklenmesi ve malzeme temini tezin veri toplama sürecinin gecikmesine neden olmuştur.

USG ve EMG ölçümleri için gebelerin kolaylıkla ulaşabileceği poliklinikte uygun bir alanın tahsis edilmesi de bu süreci etkilemiştir. Çalışmanın multidisipliner olması çalışmanın gücünü arttırmakla birlikte çalışma saatlerinin planlanmasını zorlaştırmıştır. Çalışmada katkı sunan akademisyen fizyoterapist, hekim ve hemşirenin eğitim öğretim faaliyetlerinin veri toplama süreciyle eş gitmesi ve görevlendirmeler de tekrarlayan ölçümlerin alınmasını güçleştirmiştir. Bu durum bazen veri kayıplarının yaşanmasına neden olmuştur.

Çalışmada ayrıca ölçümlerin gebelerin antenatal ziyaretlerinin olduğu günlerde yapılabilmesi ve ölçümlerin her bir gebe için yaklaşık iki buçuk saat sürmesi özellikle kontrol grubundaki gebelerin çalışmadan ayrılma isteğini etkilemiştir.

Bir başka sınırlılık da örneklem grubunu ilk kez gebe kalan ve ilk kez anne olan kadınların oluşturması, kadınların çocuk bakımı konusundaki yeni deneyimleri korumacı yaklaşımla postpartum dönem ölçümler için sağlık kuruluşuna gelmek istememelerine neden olmuştur. Bu durum postpartum dönem ped testi, üriner günlük, EMG ve USG ölçümlerinin yüzyüze yapılamamasına neden olmuştur.

Çalışmamız tek merkezde ve küçük bir örneklem grubunda yürütülmüş olup, çalışma sonuçlarının genellenememesi bir diğer sınırlılıktır.

3.9. Etik Kurul Onay

Araştırmanın yürütülebilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Deneysel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu' na başvurularak etik kurul izni alınmıştır (Karar No: 2020/21-30, Karar No: 2021/21-19, Karar No: 2022/10-01) (Ek 15). Veri toplamaya başlamadan önce katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak "bilgilendirilmiş onam formu" yazılı olarak alınmıştır (Ek 1.1 ve Ek 1.2.). Katılımcılara kişisel bilgilerinin gizli tutulacağı ve hiçbir şekilde paylaşılmayacağı açıklanmıştır. Araştırmanın yapıldığı Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır (Ek 16). Ayrıca araştırma kapsamında kullanılan soru formu ve ölçek sahibi yazarlardan yazılı izin alınmıştır (Ek 11 ve Ek 12). Aplikasyon kullanımı için Kontinans Derneği'nden izinler alınmıştır (Ek 14).

4. BULGULAR

Bu bölümde primigravida gebelere motivasyonel görüşme yöntemi ile verilen pelvik taban kas eğitiminin gebelikte ve postpartum dönemde üriner inkontinansa etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular yer almaktadır.

Çalışma sonucunda elde edilen bulgular altı ana başlık altında toplanmıştır:

1. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Tanımlayıcı ve Obstetrik Özellikleri

2. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Üriner İnkontinans Değerlendirmesine İlişkin Bulgular

3. BFLUTS Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4. Deney ve Kontrol Gruplarının Pelvik Taban Kasları ve Core Kaslarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

5. Deney Grubunun BROOME Pelvik Taban Kas Egzersizi Öz-etkililikk Algılarına İlişkin Bulgular

6. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Alt Üriner Sistem Semptomları, PTKE Öz-etkililik Algıları ile Ped test ve Üriner Günlük Parametlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Tanımlayıcı ve Obstetrik Özellikleri

Tablo 2'de araştırmaya dahil edilen gebe kadınların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Deney grubundaki gebe kadınların yaş ortalaması 26,09±5,08 iken kontrol grubundaki gebe kadınların yaş ortalaması 25,05±5,40 olarak bulunmuştur. Deney grubundaki gebe kadınların %54,5'i üniversite mezunu, %77,3'ünün geliri giderine denk, %90,9'unun sosyal güvencesi mevcut, %72,7'si çalışmıyor, tamamı kendiliğinden gebe kalmış, %90,9'unun geçirilmiş bir hastalığı bulunmamakta, tamamı kadın hastalıklarından operasyon geçirmemiş, %90,9'unun menstrüasyonu düzenli, %90,9'unun jinekolojik hastalığı bulunmamakta, %45,5'inin düzenli ilaç kullanımı bulunmamakta ve %68,2'si konstipasyon sorunu yaşamamaktadır.

Kontrol grubundaki gebe kadınların %57,9'u lise mezunu, %68,4'ünün geliri giderine denk, %94,7'sinin sosyal güvencesi mevcut, %84.2.'si çalışmıyor, %94,7'si kendiliğinden gebe kalmış, %84,2'sinin geçirilmiş bir hastalığı bulunmamakta, %94,7'si kadın hastalıklarından operasyon geçirmemiş, menstrüasyonu düzenli ve jinekolojik hastalığı bulunmamakta, %57,9'unun düzenli ilaç kullanımı bulunmamakta ve %73,7'si konstipasyon sorunu yaşamamaktadır.

Araştırmada gruplar ve eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($\chi 2=8,841$; $p=0,012$). Her iki grupta gelir düzeyi, sosyal güvence, meslek, gebelik şekli, geçirilmiş hastalık, kadın hastalığı operasyonu, mentrüasyon düzeni, jinekolojik hastalık, düzenli ilaç kullanımı ve konstipasyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Grupların eğitim düzeyi dışında belirtilen özellikler açısından bağımsız ve homojen olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebe Kadınların Tanıtıcı Özellikleri (n=41)

Değişkenler	Deney (n=22)		Kontrol (n=19)		Test* p değeri
	n	%	n	%	
Eğitim düzeyi					
İlk/ortaokul	4	18,2	6	31,6	χ^2=8,841
Lise	6	27,3	11	57,9	**p=0,012**
Üniversite	12	54,5	2	10,5	
Gelir düzeyi					
Gelir giderden fazla	2	9,1	1	5,3	χ^2=1,153
Gelir gidere denk	17	77,3	13	68,4	p=0,562
Gelir giderden az	3	13,6	5	26,3	
Sosyal güvence					
Var	20	90,9	18	94,7	χ^2=0,220
Yok	2	9,1	1	5,3	p=0,639
Meslek					
Çalışmıyor	16	72,7	16	84,2	
İşçi	2	9,2	-	-	χ^2=2,795
Memur	1	4,5	-	-	p=0,425
Özel sektör	3	13,6	3	15,8	
Gebelik şekli					
Kendiliğinden	22	100,0	18	94,7	χ^2=1,187
Tedaviyle	-	-	1	5,3	p=0,276
Geçirilmiş hastalık					
Var	2	9,1	3	15,8	χ^2=0,427
Yok	20	90,9	16	84,2	p=0,513
Kadın hastalığı operasyon					
Var	-	-	1	5,3	χ^2=1,187
Yok	22	100,0	18	94,7	p=0,276
Menstrüasyon düzenli					
Evet	20	90,9	18	94,7	χ^2=0,220
Hayır	2	9,1	1	5,3	p=0,639
Jinekolojik hastalık					
Evet	2	9,1	1	5,3	χ^2=0,220
Hayır	20	90,9	18	94,7	p=0,639
Düzenli ilaç					
Evet	12	54,5	8	42,1	χ^2=0,631
Hayır	10	45,5	11	57,9	p=0,427
Konstipasyon					
Evet	7	31,8	5	26,3	χ^2=0,149
Hayır	15	68,2	14	73,7	p=0,699
	Deney (n=22)		**Kontrol (n=19)**		
	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [IQR]**	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [IQR]**	**Test* p değeri**
Yaş (yıl)	26,09±5,08	25,5 [6,3]	25,05±5,40	23,0 [6,0]	t=0,634 p=0,530
Boy (cm)	161,27±5,58	160,0 [8,0]	161,05±6,19	160,0 [7,0]	Z=-0,597 p=0,551

*İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson-χ^2" çapraz tabloları kullanılmıştır.

Tablo 3'de araştırmaya dahil edilen gebe kadınların obstetrik özellikleri yer almaktadır. Deney grubundaki gebe kadınların %13,6'sı gebelikte kahve tüketmekte, %22,7'sinde gebelikten önce Üİ şikayeti bulunmakta, %90,9'u gebelikte egzersiz yapmamakta, %95,5'i vajinal doğumu tercih etmekte ve %54,4'ü müdahaleli (epizyotomi) vajinal doğum gerçekleştirmiştir.

Kontrol grubundaki gebe kadınların %10,5'i gebelikte kahve tüketmekte, hiçbirinde gebelikten önce Üİ şikayeti bulunmamakta, %94,7'si gebelikte egzersiz yapmamakta, tamamı vajinal doğumu tercih etmekte ve %63,2'si müdahaleli vajinal doğum (epizyotomi) gerçekleştirmiştir.

Her iki grup ile gebelikten önce Üİ şikayeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi 2=4,918$; $p=0,027$). Gebelikten önce Üİ şikayeti olmayanların ağırlıklı olarak kontrol grubunda olduğu belirlenmiştir.

Gruplar ile gebelikten önce kafein kullanımı, gebelikte kafein kullanımı, yakınlarında Üİ varlığı, gebelik öncesi üriner enfeksiyon geçirme durumu, kronik öksürük varlığı, gebelikten önce ve gebelikte egzersiz yapma, doğum tercihi, doğum tercih nedeni ve doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Grupların gebelikten önce Üİ varlığı dışında belirtilen özellikler açısından bağımsız ve homojen olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebe Kadınların Obstetrik Özellikleri (n=41)

Değişken	**Deney (n=22)**		**Kontrol (n=19)**		**Test***
	n	**%**	**n**	**%**	**p değeri**
Gebelikten önce kafein kullanımı					
Evet	14	63,6	15	78,9	$\chi^2=1,154$
Hayır	8	36,4	4	21,1	p=0,283
Gebelikte kafein kullanımı					
Evet	3	13,6	2	10,5	$\chi^2=0,092$
Hayır	19	86,4	17	89,5	p=0,762
Gebelikten önce Üİ varlığı					
Evet	5	22,7	-	-	$\chi^2=4,918$
Hayır	17	77,3	19	100,0	**p=0,027**
Yakınlarında Üİ varlığı					
Var	10	45,5	8	42,1	$\chi^2=0,046$
Yok	12	54,5	11	57,9	p=0,829

Tablo 3. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebe Kadınların Obstetrik Özellikleri (Devamı)

Değişken	Deney (n=22)	Kontrol (n=19)	Deney (n=22)	Kontrol (n=19)	Test* p değeri
	n	%	n	%	
Gebelik öncesi üriner enfeksiyon geçirme durumu					
Evet	8	36,4	5	26,3	χ^2=0,475
Hayır	14	63,6	14	73,7	p=0,491
Kronik öksürük varlığı					
Evet	1	4,5	-	-	χ^2=0,885
Hayır	21	95,5	19	100,0	p=0,347
Gebelikten önce egzersiz yapma					
Evet	2	9,1	1	5,3	χ^2=0,220
Hayır	20	90,9	18	94,7	p=0,639
Gebelikte egzersiz yapma					
Evet	2	9,1	1	5,3	χ^2=0,220
Hayır	20	90,9	18	94,7	p=0,639
Doğum tercihi					
Vajinal doğum	21	95,5	19	100,0	χ^2=0,885
Sezaryen	1	4,5	-	-	p=0,347
Doğum tercih nedeni					
NSVD daha sağlıklı	14	63,6	12	63,2	χ^2=0,939
C/S daha ağrılı	7	31,9	7	36,8	p=0,625
NSVD korkusu	1	4,5	-	-	
Doğum şekli					
Müdahaleli vajinal doğum	12	54,5	12	63,2	χ^2=0,312
Sezaryen	10	45,5	7	36,8	p=0,577
	Deney (n=22)		**Kontrol (n=19)**		**Test* p değeri**
	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [IQR]**	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [IQR]**	
Gebelik öncesi tüketilen kafein miktarı	1,14±0,36	1,0 [0,0]	1,80±1,56	1,0 [1,0]	Z=-0,987 p=0,323

*İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson-χ^2" çapraz tabloları kullanılmıştır. C/S: sezaryen doğum, NSVD: normal spontan vajinal doğum, Üİ: üriner inkontinans

Tablo 4' de araştırmaya dahil edilen gebe kadınların bazı değişkenlere göre karşılaştırıldığı bulgular yer almaktadır. Deney grubundaki gebe kadınların ortalama gebelik süresi 39,27±0,94 ve ortalama fetüs ağırlıkları 3337,73±398,07 gramdır. Kontrol grubundaki gebe kadınların ortalama gebelik süresi 39,32±0,74 ve ortalama fetüs ağırlıkları 3315,26±488,02 gram olarak bulunmuştur.

Gruplara göre gebelik haftası, fetal ağırlık, Apgar 1.dakika ve Apgar 5.dakika açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Gruplar belirtilen özellikler açısından benzerdir (Tablo 4).

Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubundaki Gebe Kadınların Doğum Yaptıkları Haftalar, Fetal Ağırlık Ve APGAR Skorlarına Göre Karşılaştırılması (n=41)

Grup / Değişken	Deney (n=22)		Kontrol (n=19)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	
Gebelik haftası	39,27±0,94	40,0 [1,3]	39,32±0,74	39,0 [1,0]	Z=-0,100 p=0,920
Fetal ağırlık	3337,73± 398,07	3395,0 [675,0]	3315,26± 488,02	3320,0 [530,0]	t=0,162 p=0,872
Apgar 1.dakika	8,77±0,81	9,0 [1,0]	8,53±1,42	9,0 [1,0]	Z=-0,070 p=0,945
Apgar 5.dakika	9,73±0,46	10,0 [1,0]	9,63±0,49	10,0 [1,0]	Z=-0,649 p=0,517

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Üriner İnkontinans Değerlendirmesine İlişkin Bulgular

Tablo 5'de deney ve kontrol grubundaki kadınların gebelikte ve postpartum dönemde Üİ görülme oranlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Deney grubunun 20. gebelik haftasında Üİ görülme oranı %45,5 iken kontrol grubunda %63,2 olduğu saptanmıştır. Üİ görülme oranının zaman içinde deney grubunda %13,6'ya, kontrol grubunda %26,3'e düştüğü bulunmuştur. Özellikle 28. gebelik haftasında deney grubundaki Üİ görülme oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p=0,002).

Üİ tiplerine göre değerlendirildiğinde deney grubunun 20. gebelik haftasında UÜİ görülme oranı %18,2 iken kontrol grubunda %47,4 olduğu saptanmıştır. UÜİ görülme oranının zaman içinde deney grubunda %4,5'e, kontrol grubunda %15,8'e düştüğü bulunmuştur. Özellikle 28. gebelik haftasında deney grubundaki UÜİ görülme oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p=0,006).

Deney grubunun 20. gebelik haftasında SÜİ görülme oranı %36,4 iken kontrol grubunda %31,6 olduğu saptanmıştır. SÜİ görülme oranının zaman içinde deney grubunda %13,6'ya, kontrol grubunda ise %21,1'e düştüğü bulunmuştur. Özellikle 28. gebelik haftasında deney grubundaki SÜİ görülme oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p=0,047) (Tablo 5).

Gebelikte Üİ başlangıcı deney grubundaki gebe kadınlarda ortalama 17,91±4,50 gebelik haftası iken kontrol grubundaki gebe kadınlarda ortalama 20,50±3,68 olarak saptanmıştır. Gruplara göre gebelikte Üİ başlangıç haftası açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 5).

Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Gebelikte ve Postpartum Dönemde Üriner İnkontinans Görülme Oranlarının Karşılaştırılması

	20. Gebelik Haftası (1.ölçüm)				**28. Gebelik Haftası (2.ölçüm)**				**36. Gebelik Haftası (3.ölçüm)**				**Postpartum 6. Hafta (4.ölçüm)**			
	Deney (n=22)		**Kontrol (n=19)**		**Deney (n=22)**		**Kontrol (n=19)**		**Deney (n=22)**		**Kontrol (n=19)**		**Deney (n=22)**		**Kontrol (n=19)**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Üİ var	10	45,5	12	63,2	8	36,4	16	84,2	8	36,4	12	63,2	3	13,6	5	26,3
Üİ yok	12	54,5	7	36,8	14	63,6	3	15,8	14	63,6	7	36,8	19	86,4	14	73,7
Analiz p değeri	χ^2= 1,285 p=0,257				χ^2= 9,616 **p=0,002**				χ^2= 2,930 p=0,087				χ^2= 1,044 p=0,307			
UÜİ var	4	18,2	9	47,4	2	9,1	9	47,4	4	18,2	7	36,8	1	4,5	3	15,8
UÜİ yok	18	81,8	10	52,6	20	90,9	10	52,6	18	81,8	12	63,2	21	95,5	16	84,2
Analiz p değeri	χ^2= 4,011 **p=0,045**				χ^2=7,609 **p=0,006**				χ^2=1,808 p=0,179				χ^2=1,464 P=0,226			
SÜİ var	8	36,4	6	31,6	6	27,3	11	57,9	6	27,3	9	47,4	3	13,6	4	21,1
SÜİ yok	14	63,6	13	68,4	16	72,7	8	42,1	16	72,7	10	52,6	19	86,4	15	78,9
Analiz p değeri	χ^2= 0,104 p=0,747				χ^2= 3,939 **p=0,047**				χ^2=1,775 p=0,183				χ^2=0,396 p=0,529			

	Deney (n=22)		**Kontrol (n=19)**		**İstatistiksel analiz* Olasılık**
	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	
Gebelikte Üİ başlangıç haftası	17,91±4,50	17,0 [6,0]	20,50±3,68	20,0 [3,5]	t=-1,443 p=0,168

*İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson-χ^2" çapraz tabloları kullanılmıştır.

Tablo 6' da araştırmaya dahil edilen gebe kadınların ped testine ait ölçüm sonuçlarının gruplara ve ölçüm zamanlarına göre karşılaştırıldığı bulgular yer

almaktadır. Deney grubundaki gebe kadınların zaman içinde ped testi sonucundaki ped ağırlık farkı ortalamaları sırasıyla 0,86±0,88 (20. gebelik haftası), 0,55±0,67 (28. gebelik haftası) ve 0,86±0,94 (36. gebelik haftası) gramdır. Deney grubundaki gebe kadınların zamana göre ped testi değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Kontrol grubundaki gebe kadınların zaman içinde ped testi sonucundaki ped ağırlık farkı ortalamaları sırasıyla 0,63±0,89 (20. gebelik haftası), 0,63±0,49 (28. gebelik haftası) ve 1,00±0,57 (36. gebelik haftası) gramdır. Kontrol grubundaki gebe kadınların zamana göre ped testi değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Gruplara göre ped test ölçümleri karşılaştırıldığında kontrol grubunun 28. ve 36. gebelik haftalarındaki ped ağırlık ortalamalarının deney grubundan yüksek olduğu bulunmuştur ancak gruplar arasında ped testi değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 6).

Tablo 6. Ped Test Ölçümlerinin Gruplara Ve Ölçüm Zamanlarına Göre Karşılaştırılması (n=41)

Değişken	**Deney (n=22)**		**Kontrol (n=19)**		**İstatistiksel analiz* Olasılık**
Ped testi	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [IQR]**	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [IQR]**	
1.ölçüm (20.gebelik haftası)	0,86±0,88	1,0 [2,0]	0,63±0,89	0,0 [1,0]	Z=-0,927 p=0,354
2.ölçüm (28.gebelik haftası)	0,55±0,67	0,0 [1,0]	0,63±0,49	1,0 [1,0]	Z=-0,738 p=0,461
3.ölçüm (36.gebelik haftası)	0,86±0,94	1,0 [2,0]	1,00±0,57	1,0 [0,0]	Z=-0,859 p=0,390
Analiz Olasılık	χ^2=1,926 p=0,382		χ^2=5,070 p=0,079		

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 7'de araştırmaya dahil edilen gebe kadınların üriner günlük ölçümlerinin gruplara ve ölçüm zamanlarına göre karşılaştırıldığı bulgular yer almaktadır. Deney grubundaki gebe kadınların ölçüm zamanlarına göre alınan sıvı miktarı ortalamaları sırasıyla 2472,82±961,48 (20.gebelik haftası), 2625,45±791,06 (28. gebelik haftası) ve 2746,6±44,92 (36. gebelik haftası) mililitredir. Deney grubundaki gebe kadınların zaman içinde aldıkları sıvı miktarlarının arttığı belirlenmiştir. Deney grubunun ölçüm

zamanlarına göre alınan sıvı miktarı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Kontrol grubundaki gebe kadınların ölçüm zamanlarına göre alınan sıvı miktarı ortalamaları sırasıyla 2152,94±854,32 (20.gebelik haftası), 2258,79±734,39 (28.gebelik haftası) ve 2356,79±819,14 (36. gebelik haftası) mililitredir. Kontrol grubunda ölçüm zamanlarına göre alınan sıvı miktarı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Ölçüm zamanlarına göre alınan sıvı miktarı ortalamalarının deney grubunda kontrol grubundan yüksek olduğu görülmüştür ancak gruplar arasında alınan sıvı miktarları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Araştırmada deney grubundaki gebe kadınların ölçüm zamanlarına göre idrar yapma zorunluluğu hissetme sayısı sırasıyla 2,45±2,08 kez (20.gebelik haftası), 1,82±2,59 kez (28.gebelik haftası) ve 1,68±2,43 kez (36. gebelik haftası) olarak bulunmuştur. Deney grubundaki gebe kadınların zaman içinde idrar yapma zorunluluğu hissetme sayısının azaldığı belirlenmiştir. Deney grubunun ölçüm zamanlarına göre idrar yapma zorunluluğunu hissetme sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Kontrol grubundaki gebe kadınların ölçüm zamanlarına göre idrar yapma zorunluluğu hissetme sayısı sırasıyla 2,53±3,53 kez (20.gebelik haftası), 1,31±2,62 kez (28.gebelik haftası) ve 1,63±2,90 kez (36. gebelik haftası) olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun ölçüm zamanlarına göre idrar yapma zorunluluğu hissetme sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Gruplar arasında idrar yapma zorunluluğu hissetme sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Deney grubundaki gebe kadınların ölçüm zamanlarına göre ortalama idrar yapma sayıları sırasıyla 7,32±2,55 (20. gebelik haftası), 7,18±2,61 (28. gebelik haftası) ve 7,54±2,40 (36. gebelik haftası) olarak belirlenmiştir. Deney grubunun ölçüm zamanlarına göre idrar yapma sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Kontrol grubundaki gebe kadınların ölçüm zamanlarına göre ortalama idrar yapma sayıları sırasıyla 8,63±2,94 (20. gebelik haftası), 8,42±2,98 (28. gebelik haftası) ve 9,79±2,83 (36. gebelik haftası) olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki gebelerin

zamana göre idrar yapma sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi 2$=17,577; p<0,001). Anlamlı farkın hangiölçümden kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1. ve 2.ölçüm ile 3.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 3.ölçümdeki idrar yapma sayısının, 1. ve 2.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gruplara göre 1. ve 2.ölçümlerde idrar yapma sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken (p>0,05), 3.ölçümde idrar yapma sayıları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (t=-2,740; p=0,009). Deney grubundaki gebe kadınların 3.ölçümde (36.gebelik haftası) idrar yapma sayılarının, kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada deney grubundaki gebe kadınların ölçüm zamanlarına göre idrar kaçırma sayıları sırasıyla 0,27±0,55 (20.gebelik haftası), 0,05±0,21 (28.gebelik haftası) ve 0,09±0,29 (36. gebelik haftası) olarak bulunmuştur. Deney grubunda ölçüm zamanlarına göre idrar kaçırma sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Kontrol grubundaki gebe kadınların ölçüm zamanlarına göre ortalama idrar kaçırma sayıları sırasıyla 0,31±0,58 (20. gebelik haftası), 0,21±,53 (28. gebelik haftası) ve 0,42±0,61 (36. gebelik haftası) olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda ölçüm zamanlarına göre idrar kaçırma sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Gruplara göre 1. ve 2.ölçüm idrar kaçırma sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Gruplara göre 3.ölçümde idrar kaçırma sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (t=-2,740; p=0,009). Deney grubundaki gebe kadınların 3.ölçüm idrar kaçırma sayılarının, kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Üriner Günlük Ölçümlerinin Gruplara Ve Ölçüm Zamanlarına Göre Karşılaştırılması (n=41)

Değişken	Deney (n=22)		Kontrol (n=19)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	
Alınan sıvı miktarı					
1.ölçüm (20.gebelik haftası)	2472,82± 961,48	2455,0 [1425,3]	2152,94± 854,32	1940,0 [1616,0]	t=1,118 p=0,270
2.ölçüm (28.gebelik haftası)	2625,45± 791,06	2628,0 [1131,5]	2258,79± 734,39	2116,0 [1276,0]	t=1,530 p=0,134
3.ölçüm (36.gebelik haftası)	2746,6± 44,92	2634,0 [817,3]	2356,79± 819,14	2417,0 [1470,0]	t=1,702 p=0,097
Analiz Olasılık	F=1,996 p=0,149		F=1,025 p=0,369		
İdrar yapma zorunluluğu hissetme sayısı					
1.ölçüm (20.gebelik haftası)	2,45±2,08	2,5 [3,3]	2,53±3,53	1,0 [6,0]	Z=-0,855 p=0,392
2.ölçüm (28.gebelik haftası)	1,82±2,59	1,0 [2,0]	1,31±2,62	0,0 [2,0]	Z=-1,007 p=0,314
3.ölçüm (36.gebelik haftası)	1,68±2,43	0,5 [3,3]	1,63±2,90	1,0 [2,0]	Z=-0,084 p=0,933
Analiz Olasılık	χ^2=4,066 p=0,131		F=3,984 p=0,058		
İdrar yapma sayısı					
1.ölçüm (20.gebelik haftası)	7,32±2,55	6,5 [3,3]	8,63±2,94	8,0 [5,0]	t=-1,529 p=0,134
2.ölçüm (28.gebelik haftası)	7,18±2,61	7,0 [4,0]	8,42±2,98	8,0 [6,0]	Z=-1,229 p=0,219
3.ölçüm (36.gebelik haftası)	7,54±2,40	7,5 [3,3]	9,79±2,83	10,0 [5,0]	t=-2,740 **p=0,009**
Analiz Olasılık Fark	F=0,363 p=0,698		χ^2=17,577 **p<0,001 [1,2-3]**		
İdrar kaçırma sayısı					
1.ölçüm (20.gebelik haftası)	0,27±0,55	0,0 [0,3]	0,31±0,58	0,0 [1,0]	Z=0,262 p=0,793
2.ölçüm (28.gebelik haftası)	0,05±0,21	0,0 [0,0]	0,21±,53	0,0 [0,0]	Z=-1,293 p=0,223
3.ölçüm (36.gebelik haftası)	0,09±0,29	0,0 [0,0]	0,42±0,61	0,0 [1,0]	Z=-2,144 **p=0,032**
Analiz Olasılık	χ^2=5,200 p=0,074		χ^2=3,429 p=0,180		

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Repeated Measures" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki

bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

4.3. BFLUTS Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 8'de BFLUTS alt boyut ve toplam puanlarının grup ve zamana göre karşılaştırışlmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Deney grubundaki gebe kadınların zamana göre BFLUTS depolama alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (χ2=38,104; p<0,001). Anlamlı farkın hangi ölçümden kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1., 2. ve 3.ölçüm ile 4.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 4.ölçüm depolama puanları, 1., 2. ve 3.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki gebe kadınların zamana göre BFLUTS depolama alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F=34,028; p<0,001). Anlamlı farkın hangi ölçümden kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1., 2. ve 3.ölçüm ile 4.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 4.ölçüm depolama puanların, 1., 2. ve 3.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde, 1. ve 2.ölçüm ile 3.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 3.ölçüm depolama puanlarının, 1. ve 2.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Gruplar arasında 1. ve 4.ölçüm BFLUTS depolama alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Gruplara göre 2. ve 3.ölçüm depolama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Deney grubundaki kadınların 2. ve 3.ölçümde depolama puanlarının, kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 8) (Şekil 3).

Araştırmada deney grubundaki gebe kadınların zamana göre BFLUTS idrar yapma alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Kontrol grubundaki gebelerin zamana göre idrar yapma puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (χ2=20,545; p<0,001). Anlamlı farkın

hangiölçümden kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 2. ve 3.ölçüm ile 4.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 4.ölçüm idrar yapma puanlarının, 2. ve 3.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Gruplara göre 1., 2. ve 3.ölçümde BFLUTS idrar yapma alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Deney grubundaki kadınların 1., 2. ve 3.ölçüm idrar yapma alt boyut puanlarının, kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplara göre 4.ölçüm idrar yapma puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 8) (Şekil 4).

Deney grubundaki gebe kadınların zamana göre BFLUTS idrar kaçırma alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubundaki kadınların zamana göre idrar kaçırma puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi2=11,672$; $p=0,009$). Anlamlı farkın hangi ölçümden kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 2. ve 3.ölçüm ile 4.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 4.ölçüm idrar kaçırma puanlarının, 2. ve 3.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Gruplara göre 1. ve 4.ölçümde idrar kaçırma puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Gruplara göre 2. ve 3.ölçüm idrar kaçırma puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Deney grubundaki kadınların 2. ve 3.ölçüm idrar kaçırma puanlarının, kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 8) (Şekil 5).

Araştırmada deney ve kontrol grubundaki kadınların gruplar arasında ve zamana göre BFLUTS cinsel işlev alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 8) (Şekil 6).

Deney grubundaki gebe kadınların zamana göre BFLUTS yaşam kalitesi alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi2=19,535$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi ölçümden kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1 ve 2.ölçüm ile 4.ölçüm

arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 4.ölçüm yaşam kalitesi puanları, 1 ve 2.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Kontrol grubundaki gebe kadınların zamana göre yaşam kalitesi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi 2=10,837$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi ölçümden kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 3.ölçüm ile 4.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 4.ölçüm yaşam kalitesi puanlarının, 3.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Gruplar arasında 1, 2, 3 ve 4.ölçüm yaşam kalitesi alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Deney grubundaki kadınların 1, 2, 3 ve 4.ölçüm yaşam kalitesi puanlarının, kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 8), (Şekil 7).

Deney grubundaki gebe kadınların zamana göre BFLUTS toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=33,015$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi ölçümden kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1, 2 ve 3.ölçüm ile 4.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 4.ölçüm BFLUTS toplam puanları, 1, 2 ve 3.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki gebe kadınların zamana göre BFLUTS toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi 2=26,441$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi ölçümden kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 2 ve 3.ölçüm ile 4.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 4.ölçüm BFLUTS toplam puanları, 2 ve 3.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Gruplara göre 1, 2, 3 ve 4.ölçüm BFLUTS toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Deney grubundaki kadınların 1, 2, 3 ve 4.ölçüm BFLUTS toplam puanlarının, kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 8) (Şekil 8).

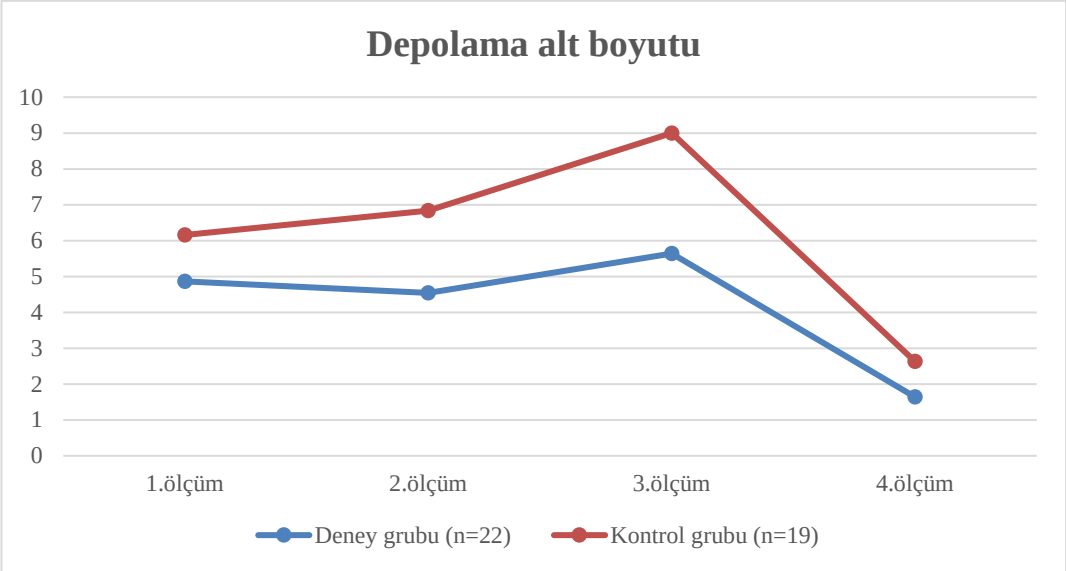
Tablo 8. BFLUTS Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Grup Ve Zamana Göre Karşılaştırılması

Değişken	Deney (n=22)		Kontrol (n=19)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	
Depolama					
1.ölçüm (20.gebelik haftası)	4,86±1,67	4,0 [2,5]	6,16±2,83	6,0 [4,0]	Z=-1,484 p=0,138
2.ölçüm (28.gebelik haftası)	4,54±1,71	4,5 [1,5]	6,84±2,81	7,0 [5,0]	t=-3,097 **p=0,004**
3.ölçüm (36.gebelik haftası)	5,64±1,79	6,0 [2,0]	9,00±2,29	9,0 [2,0]	t=-5,284 **p<0,001**
4.ölçüm (Postpartum 6.hafta)	1,64±1,46	1,5 [1,3]	2,63±2,01	2,0 [3,0]	Z=-1,672 p=0,095
Analiz	χ^2=38,104		F=34,028		
Olasılık	**p<0,001**		**p<0,001**		
Fark	**[1,2,3-4]**		**[1,2,3-4] [3-1,2]**		
İdrar yapma					
1.ölçüm (20.gebelik haftası)	0,68±1,32	0,0 [1,3]	1,42±1,63	1,0 [2,0]	Z=-1,995 **p=0,046**
2.ölçüm (28.gebelik haftası)	0,45±0,96	0,0 [1,0]	1,63±1,30	2,0 [1,0]	Z=-3,393 **p<0,001**
3.ölçüm (36.gebelik haftası)	0,50±1,18	0,0 [0,3]	1,68±1,65	2,0 [3,0]	Z=-2,936 **p=0,003**
4.ölçüm (Postpartum 6.hafta)	0,09±0,43	0,0 [0,0]	0,21±0,92	0,0 [0,0]	Z=-0,140 p=0,889
Analiz	χ^2=6,328		χ^2=20,545		
Olasılık	p=0,097		**p<0,001**		
Fark			**[2,3-4]**		
İdrar kaçırma					
1.ölçüm (20.gebelik haftası)	1,22±1,48	0,5 [2,0]	1,95±1,92	2,0 [3,0]	Z=-1,203 p=0,230
2.ölçüm (28.gebelik haftası)	0,95±1,36	0,0 [2,0]	2,63±1,73	3,0 [2,0]	Z=-3,038 **p=0,002**
3.ölçüm (36.gebelik haftası)	0,86±1,21	0,0 [2,0]	2,73±2,64	3,0 [5,0]	Z=-2,319 **p=0,020**
4.ölçüm (Postpartum 6.hafta)	0,41±1,09	0,0 [0,0]	1,11±2,18	0,0 [2,0]	Z=-1,077 p=0,281
Analiz	χ^2=6,714		χ^2=11,672		
Olasılık	p=0,082		**p=0,009**		
Fark			**[2,3-4]**		

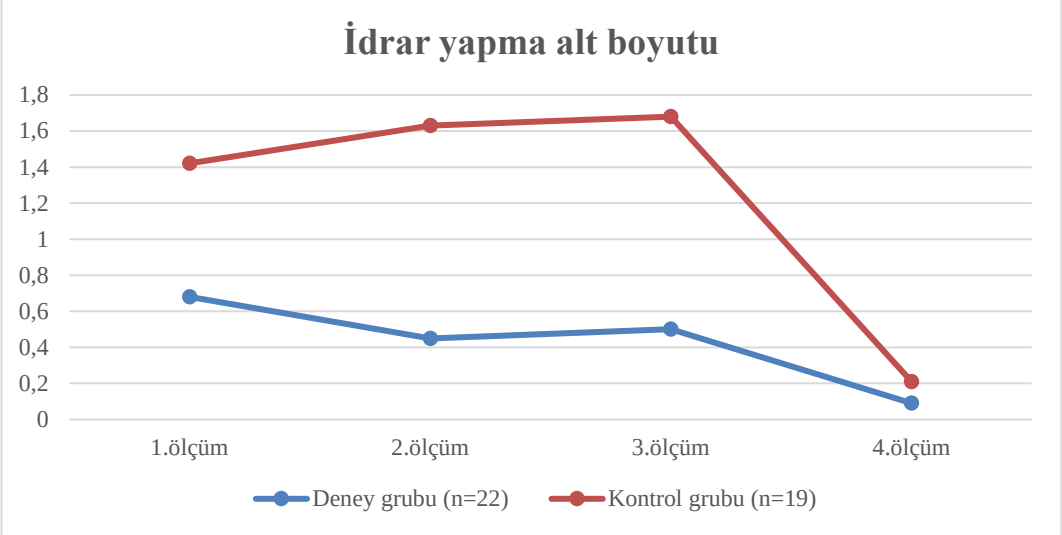
Tablo 8. BFLUTS Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Grup Ve Zamana Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Cinsel işlev					
1.ölçüm (20.gebelik haftası)	0,27±0,55	0,0 [0,3]	0,05±0,02	0,0 [0,0]	Z=-1,577 p=0,155
2.ölçüm (28.gebelik haftası)	0,04±0,21	0,0 [0,0]	0,16±0,50	0,0 [0,0]	Z=-0,753 p=0,452
3.ölçüm (36.gebelik haftası)	0,00±0,00	0,0 [0,0]	0,26±0,73	0,0 [0,0]	Z=-1,911 p=0,056
4.ölçüm (Postpartum 6.hafta)	0,00±0,00	0,0 [0,0]	0,16±0,68	0,0 [0,0]	Z=-1,076 p=0,282
Analiz **Olasılık**	χ^2=5,419 p=0,067		χ^2=2,613 p=0,455		
Yaşam kalitesi					
1.ölçüm (20.gebelik haftası)	3,14±3,07	2,5 [3,3]	5,38±3,36	5,0 [4,0]	Z=-2,263 **p=0,024**
2.ölçüm (28.gebelik haftası)	2,50±3,13	2,0 [2,5]	6,26±3,46	7,0 [6,0]	Z=-3,370 **p<0,001**
3.ölçüm (36.gebelik haftası)	1,91±2,34	1,0 [2,5]	7,11±4,29	9,0 [7,0]	Z=-3,670 **p<0,001**
4.ölçüm (Postpartum 6.hafta)	0,50±1,26	0,0 [0,0]	2,11±2,97	1,0 [4,0]	Z=-2,338 **p=0,019**
Analiz **Olasılık**	χ^2=19,535 **p<0,001** **[1,2-4]**		χ^2=10,837 **p<0,001** **[3-4]**		
BFLUTS toplam					
1.ölçüm (20.gebelik haftası)	10,18±5,39	8,5 [7,3]	14,94±6,87	14,0 [11,0]	t=-2,485 **p=0,017**
2.ölçüm (28.gebelik haftası)	8,50±5,19	8,0 [4,0]	17,53±7,59	18,0 [10,0]	Z=-3,908 **p<0,001**
3.ölçüm (36.gebelik haftası)	8,91±4,83	8,0 [3,3]	20,79±6,91	21,0 [6,0]	Z=-4,587 **p<0,001**
4.ölçüm (Postpartum 6.hafta)	2,63±3,55	1,5 [2,0]	6,21±6,54	3,0 [9,0]	Z=-2,240 **p=0,025**
Analiz **Olasılık** **Fark**	χ^2=33,015 **p<0,001** **[1,2,3-4]**		χ^2=26,441 **p<0,001** **[2,3-4]**		

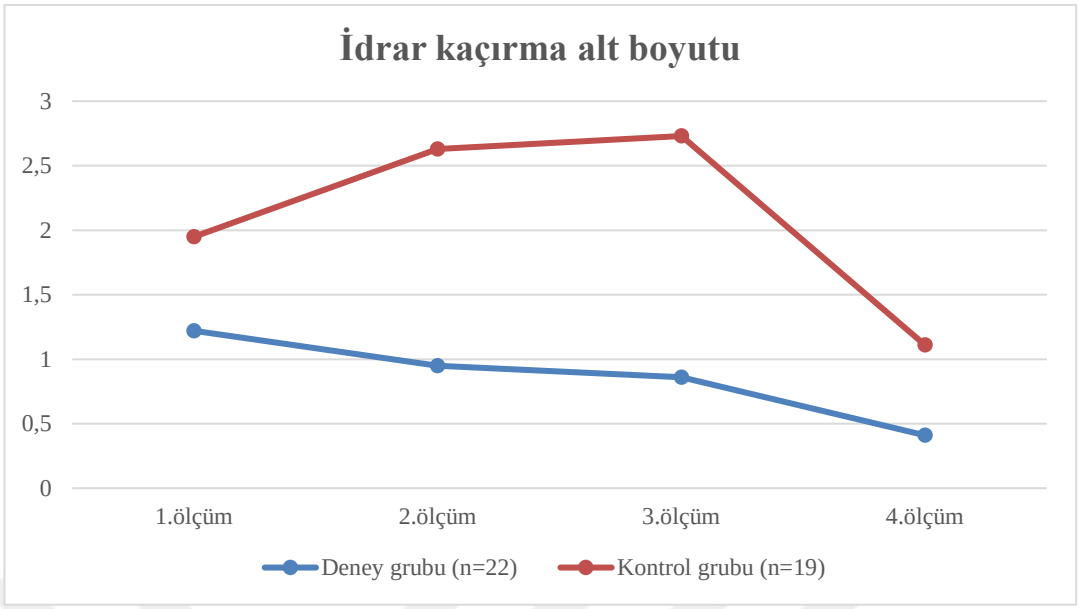
*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Repeated Measures" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.



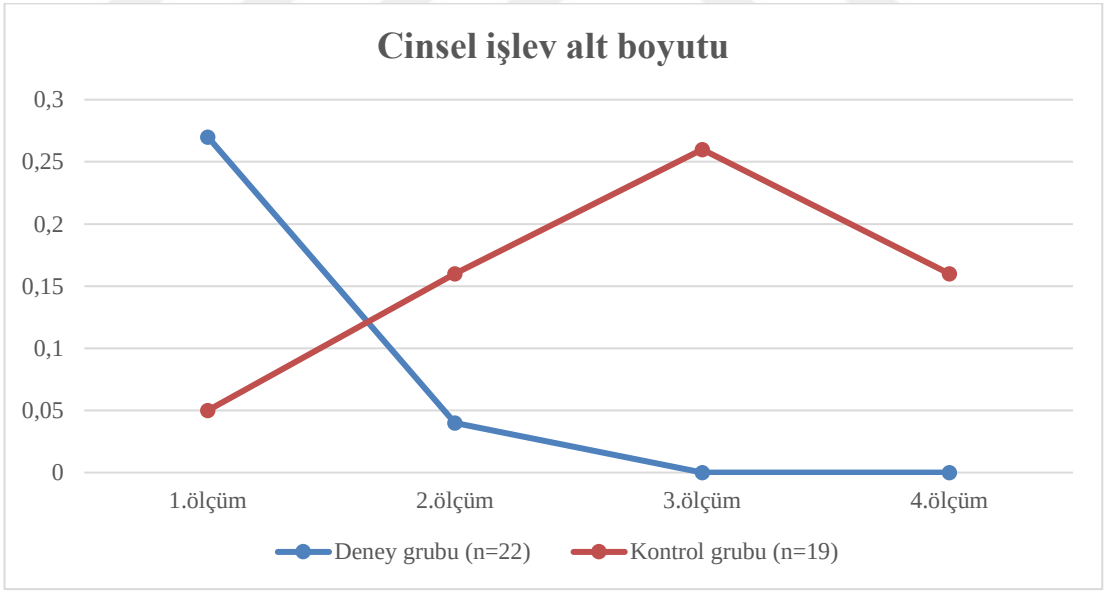
Şekil 3. Gruplara Göre BFLUTS Depolama Alt Boyutu Puan Dağılımı



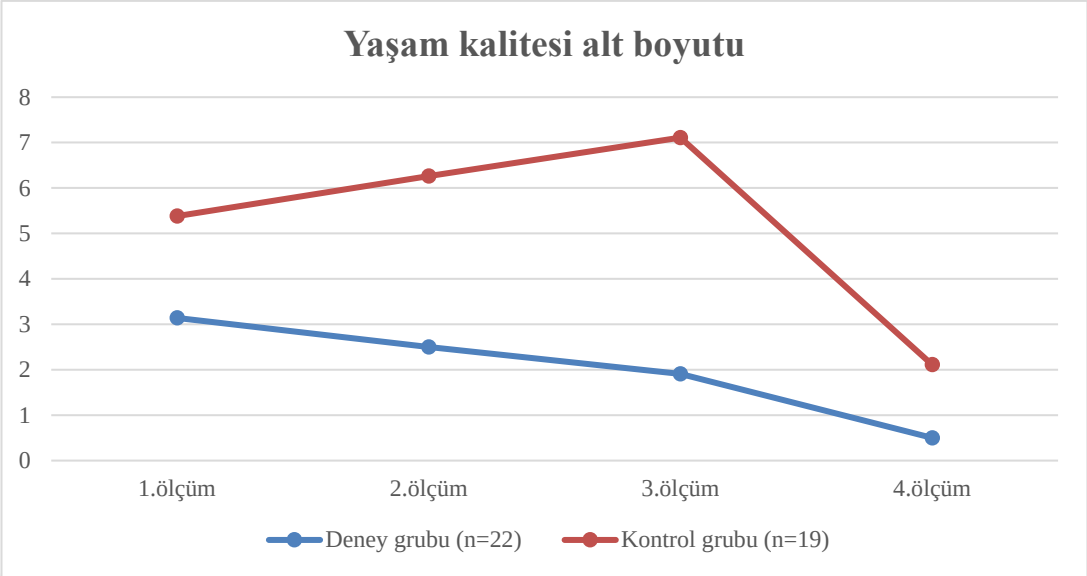
Şekil 4. Gruplara Göre BFLUTS İdrar Yapma Alt Boyutu Puan Dağılımı



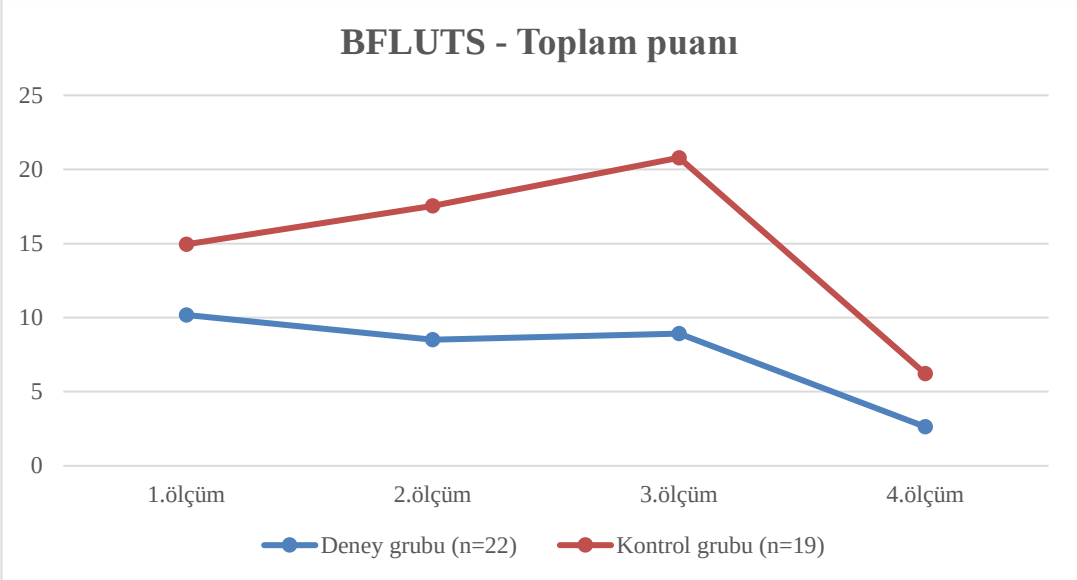
Şekil 5. Gruplara Göre BFLUTS İdrar Kaçırma Alt Boyutu Puan Dağılımı



Şekil 6. Gruplara Göre BFLUTS Cinsel İşlev Alt Boyutu Puan Dağılımı



Şekil 7. Gruplara Göre BFLUTS Yaşam Kalitesi Alt Boyutu Puan Dağılımı



Şekil 8. Gruplara Göre BFLUTS Toplam Puan Dağılımı

4.4. Deney ve Kontrol Gruplarının Pelvik Taban Kasları ve Core Kaslarının Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Tablo 9'da pelvik taban kası ve kor kasların fonksiyonel aktivitesi sırasında ve istirahat aktivitesi durumunda normalize edilmiş (%MVC) ortalama aktivitelerinin grup ve zamana göre karşılaştırıldığı EMG bulguları yer almaktadır. Deney grubundaki gebe kadınların zamana göre pelvik taban kaslarının kontraksiyon sırasındaki (PFM work) normalize edilmiş ortalama aktiviteleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubundakilerin zamana göre pelvik taban kaslarının kontraksiyon sırasındaki normalize edilmiş ortalama aktiviteleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Gruplara göre 1 ve 2.ölçüm PFM (work) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Gruplara göre 3.ölçüm PFM (work) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($Z=-2,842$; $p=0,004$). Deney grubundaki gebelerin 3.ölçüm PFM (work) değerlerinin, kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada deney grubundaki gebe kadınların zamana göre pelvik taban kaslarının istirahat sırasındaki (PFM rest) normalize edilmiş ortalama aktiviteleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubundakilerin zamana göre pelvik taban kaslarının istirahat sırasındaki normalize edilmiş ortalama aktiviteleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Gruplara göre 1.ölçüm PFM (rest) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Gruplara göre 2 ve 3.ölçüm PFM (rest) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Deney grubundaki gebe kadınların 2 ve 3.ölçüm PFM (rest) değerleri, kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Deney grubundaki gebe kadınların zamana göre eksternal oblik kasının kontraksiyon sırasındaki (EO work) normalize edilmiş ortalama aktiviteleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubundakilerin zamana göre eksternal oblik kasının kontraksiyon sırasındaki normalize edilmiş ortalama aktiviteleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Gruplara göre 1 ve 2.ölçüm EO (work) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Gruplara göre 3.ölçüm EO (work) değerleri

açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Z=-2,566; p=0,010). Deney grubundaki gebe kadınların 3.ölçüm EO (work) değerleri, kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada 1., 2., 3.ölçümlerde EO (rest), RA (work), RA (rest), TA (work), TA (rest), IO (work) ve IO (rest) değerlerinin grup içi ve gruplara göre istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 9. Pelvik Taban Kası Ve Kor Kasların Fonksiyonel Aktivitesi Sırasında ve İstirahat Aktivitesi Durumunda Normalize Edilmiş (%MVC) Aktivitelerinin (EMG Parametrelerinin) Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması

Kasın Fonksiyonel Aktivitesi (%MVC)				**Kasın İstirahat Aktivitesi (%MVC)**			
PFM (Work)	**Deney (n=14)**	**Kontrol** (n=9)	**Analiz* Olasılık**	**PFM (Rest)**	**Deney (n=14)**	**Kontrol** (n=9)	**Analiz* Olasılık**
1.ölçüm	24,77±16,87	23,21±13,28	Z=-0,875 p=0,382	1.ölçüm	10,02±8,27	11,87±11,61	Z=-1,470 p=0,142
2.ölçüm	27,64±8,95	32,94±11,10	Z=-1,713 p=0,087	2.ölçüm	7,50±5,67	14,44±11,35	Z=-2,317 **p=0,021**
3.ölçüm	20,27±15,17	35,52±16,89	Z=-2,842 **p=0,004**	3.ölçüm	6,11±6,46	19,71±15,22	Z=-3,410 **p=0,001**
Analiz Olasılık	χ^2=1,857 p=0,395	χ^2=2,667 p=0,264		**Analiz Olasılık**	χ2=1,148 p=0,563	χ2=2,667 p=0,264	
EO (Work)	**Deney (n=14)**	**Kontrol** (n=9)	**Analiz* Olasılık**	**EO (Rest)**	**Deney (n=14)**	**Kontrol** (n=9)	**Analiz* Olasılık**
1.ölçüm	17,24±6,50	14,57±5,03	Z=-0,980 p=0,327	1.ölçüm	14,52±6,43	12,84±4,75	Z=-0,718 p=0,473
2.ölçüm	16,58±6,81	18,75±19,08	Z=-0,895 p=0,371	2.ölçüm	15,12±5,59	17,05±17,74	Z=-0,876 p=0,381
3.ölçüm	14,90±10,50	22,20±13,06	Z=-2,566 **p=0,010**	3.ölçüm	14,36±10,13	15,02±9,52	Z=-0,999 p=0,318
Analiz Olasılık	χ^2=0,327 p=0,849	χ^2=2,667 p=0,264		**Analiz Olasılık**	χ^2=0,429 p=0,807	χ^2=0,000 p=1,000	
RA (Work)	**Deney (n=13)**	**Kontrol** (n=8)	**Analiz* Olasılık**	**RA (Rest)**	**Deney (n=13)**	**Kontrol** (n=8)	**Analiz* Olasılık**
1.ölçüm	19,54±11,84	19,28±12,31	Z=-0,525 p=0,600	1.ölçüm	17,33±10,93	17,27±9,93	Z=-0,665 p=0,506
2.ölçüm	23,23±17,69	23,60±17,17	Z=-0,234 p=0,815	2.ölçüm	20,74±16,59	18,76±14,47	Z=-0,565 p=0,572
3.ölçüm	29,06±22,25	20,72±15,65	Z=-0,528 p=0,598	3.ölçüm	25,92±22,21	14,82±10,96	Z=-0,848 p=0,396
Analiz Olasılık	χ2=2,462 p=0,292	χ2=0,194 p=0,908		**Analiz Olasılık**	χ2=0,462 p=0,794	χ2=0,250 p=0,882	

Tablo 9. Pelvik Taban Kası Ve Kor Kasların Fonksiyonel Aktivitesi Sırasında ve İstirahat Aktivitesi Durumunda Normalize Edilmiş (%MVC) Aktivitelerinin (EMG Parametrelerinin) Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (Devamı)

TA (Work)	**Deney (n=13)**	**Kontrol** (n=8)	**Analiz* Olasılık**	**TA (Rest)**	**Deney (n=13)**	**Kontrol** (n=8)	**Analiz* Olasılık**
1.ölçüm	33,86±15,75	29,15±13,66	Z=-0,630 p=0,529	1.ölçüm	15,42±14,32	17,05±11,68	Z=-1,505 p=0,132
2.ölçüm	35,06±13,79	30,56±9,81	Z=-0,701 p=0,483	2.ölçüm	21,53±11,98	15,67±11,25	Z=-0,097 p=0,922
3.ölçüm	31,26±16,66	29,95±15,35	Z=-0,528 p=0,598	3.ölçüm	18,53±12,89	18,63±9,24	Z=-0,848 p=0,396
Analiz Olasılık	χ^2=2,000 p=0,368	χ^2=0,250 p=0,882		**Analiz Olasılık**	χ^2=2,000 p=0,368	χ2=0,000 p=1,000	
IO (Work)	**Deney (n=13)**	**Kontrol** (n=8)	**Analiz* Olasılık**	**IO (Rest)**	**Deney (n=13)**	**Kontrol** (n=8)	**Analiz* Olasılık**
1.ölçüm	26,82±12,79	22,57±13,79	Z=-0,385 p=0,700	1.ölçüm	14,50±6,44	16,76±9,94	Z=-0,735 p=0,462
2.ölçüm	26,57±12,14	30,47±19,39	Z=-0,817 p=0,414	2.ölçüm	17,93±7,94	20,45±10,05	Z=-1,265 p=0,206
3.ölçüm	27,70±12,70	27,20±12,24	Z=-0,040 p=0,968	3.ölçüm	19,28±9,42	15,87±8,63	Z=-0,949 p=0,343
Analiz Olasılık	χ^2=1,077 p=0,584	χ^2=0,250 p=0,882		**Analiz Olasılık**	χ^2=2,000 p=0,368	χ^2=1,000 p=0,607	

Kor Kasları: EO: Eksternal Oblikler, RA: Rektus Abdominis, TA: Transversus Abdominis, IO: İnternal Oblikler, PFM: Pelvik Taban Kasları.

* Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 10'da pelvik taban kasları ve kor kasının fonksiyonel aktivitesi sırasında ve istirahat aktivitesi durumunda ultrason parametrelerinin grup ve zamana göre karşılaştırılması yer almaktadır. Gruplara göre 1. ve 3.ölçüm diastazis recti orta kasının kontraksiyon (DRA-O work) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Gruplara göre 2.ölçüm DRA-O (work) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-2,620; p=0,009). Deney grubundaki gebe kadınların 2.ölçüm DRA-O (work) değerlerinin, kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Deney grubundakilerin zamana göre DRA-O (work) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (χ2=12,167; p=0,002). Çalışmada 2. ve 3.ölçüm DRA-O (work) değerlerinin, 1.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki gebe kadınların zamana göre DRA-O (work) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ2=6,750; p=0,034). Buna göre; 3.ölçüm DRA-O (work) değerlerinin, 1. ve 2.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gruplara göre 1. ve 3.ölçüm diastazis recti orta kasının istirahat (DRA-O rest) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Gruplara göre 2.ölçüm DRA-O (rest) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-2,115; p=0,034). Deney grubundaki gebe kadınların 2.ölçüm DRA-O (rest) değerlerinin, kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Deney grubundaki gebelerin zamana göre DRA-O (rest) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi 2$=12,167; p=0,002). Buna göre; 2. ve 3.ölçüm DRA-O (rest) değerleri, 1.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki gebe kadınların zamana göre DRA-O (rest) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi 2$=12,250; p=0,002). Buna göre; 3.ölçüm DRA-O (rest) değerlerinin, 1. ve 2.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ölçüm zamanlarına göre diastazis recti üst kasının kontraksiyon (DRA-Ü work) değerleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

Deney grubundaki gebe kadınların zamana göre DRA-Ü (work) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi 2$=6,000; p=0,050). Buna göre; 3.ölçüm DRA-Ü (work) değerinin, 1.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki gebe kadınların zamana göre DRA-Ü (work) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi 2$=6,250; p=0,044). Çalışmada 3.ölçüm DRA-Ü (work) değerlerinin, 1 ve 2.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gruplara göre 1. ve 3.ölçüm diastazis recti üst kasının istirahat (DRA-Ü rest) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Gruplara göre 2.ölçüm DRA-Ü (rest) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-2,171; p=0,030). Deney grubundakilerin 2.ölçüm DRA-Ü (rest) değerlerinin, kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Deney grubundaki gebe kadınların zamana göre DRA-Ü (rest) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi 2$=9,500; p=0,009). Çalışmada 2. ve 3.ölçüm DRA-Ü (rest) değerlerinin, 1. ölçüme göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki gebe kadınların zamana göre DRA-Ü (rest) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi 2$=14,250; p=0,001). Çalışmada 3.ölçüm DRA-Ü (rest) değerlerinin, 1 ve 2.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gruplara göre 1, 2 ve 3.ölçüm diastazis recti alt kasının kontraksiyon (DRA-A work) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Deney grubundaki gebe kadınların zamana göre DRA-A (work) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi 2$=8,979; p=0,011). Buna göre; 2. ve 3.ölçüm DRA-A (work) değerlerinin, 1. ölçüme göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki gebe kadınların zamana göre DRA-A (work) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi 2$=6,750; p=0,034). Çalışmada 3. ölçüm DRA-A (work) değerlerinin, 1 ve 2. ölçüme göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gruplara göre 1, 2 ve 3. ölçüm diastazis recti alt kasının istirahat (DRA-A rest) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

Deney grubundaki gebe kadınların zamana göre DRA-A (rest) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi 2$=10,511; p=0,005). Kontrol grubundaki gebelerin zamana göre DRA-A (rest) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Araştırmada pelvik taban kasının kasılması (M-L work) ve istirahatı (M-L rest) esnasında transvers/ medio lateral çap değerlerinde gruplara ve ölçüm zamanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

Araştırmada pelvik taban kasının kasılması esnasında superior- inferior çapın (S-İ work) gruplara göre 1. ve 2. ölçüm değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. S-İ work 3.ölçüm değerlerinin gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-2,413; p=0,016).

Araştırmada pelvik taban kasının istirahati esnasında superior- inferior çapın (S-İ rest) gruplara göre 1. ve 3. ölçüm değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. S-İ work 2.ölçüm değerlerinin gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-2,436; p=0,015).

Deney grubundaki gebe kadınların zamana göre S-İ (rest) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Kontrol grubundaki gebelerin zamana göre S-İ (rest) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05).

Araştırmada gruplara göre pelvik taban kasının kasılması esnasında levator hiatal alan (LH work) 1, 2 ve 3.ölçüm değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Deney grubundaki gebe kadınların zamana göre LH (work) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05). Kontrol grubundaki gebelerin zamana göre LH (work) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Gruplara göre 3.ölçümde levator hiatal alan istirahat (LH rest) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Z=-2,374; p=0,018). Deney grubundaki gebe kadınların zamana göre LH (rest) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05). Kontrol grubundaki gebelerin zamana göre LH (rest) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Araştırmada puborektal kas alanın kontraksiyon sırasında (P work) gruplara göre 1, 2 ve 3.ölçüm değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). Deney grubundaki gebe kadınların zamana göre P (work) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Kontrol grubundaki gebelerin zamana göre P (work) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

Gruplara göre 1, 2 ve 3.ölçüm puborectal alan istirahat (P rest) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Deney grubundaki gebe kadınların zamana göre P (rest) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Kontrol grubundaki gebeleri zamana göre P (rest) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05) (Tablo 10).

Tablo 10. Pelvik Taban Kasları ve Kor Kasının Fonksiyonel Aktivitesi Sırasında ve İstirahat Aktivitesi Durumunda Ultrason Parametrelerinin Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması

Kasın Fonksiyonel Aktivitesi (%MVC)				**Kasın İstirahat Aktivitesi (%MVC)**			
DRA-O (cm) (Work)	**Deney (n=12)**	**Kontrol** (n=8)	**Analiz* Olasılık**	**DRA-O (cm) (Rest)**	**Deney (n=12)**	**Kontrol** (n=8)	**Analiz* Olasılık**
1.ölçüm	2,73±0,97	2,88±1,04	Z=-0,475 p=0,635	**1.ölçüm**	2,92±1,02	3,23±0,97	Z=-0,646 p=0,518
2.ölçüm	3,75±0,99	2,49±1,30	Z=-2,620 **p=0,009**	**2.ölçüm**	4,21±1,15	2,98±1,43	Z=-2,115 **p=0,034**
3.ölçüm	4,40±1,18	4,52±0,80	Z=-0,716 p=0,474	**3.ölçüm**	4,95±1,24	4,88±0,80	Z=-1,112 p=0,266
Analiz Olasılık	χ^2=12,167 **p=0,002**	χ^2=6,750 **p=0,034**		**Analiz Olasılık**	χ^2=12,167 **p=0,002**	χ^2=12,250 **p=0,002**	
DRA-Ü (cm) (Work)	**Deney (n=12)**	**Kontrol** (n=8)	**Analiz* Olasılık**	**DRA-Ü (cm) (Rest)**	**Deney (n=12)**	**Kontrol** (n=8)	**Analiz* Olasılık**
1.ölçüm	1,82±1,69	2,96±0,73	Z=-1,292 p=0,196	**1.ölçüm**	1,85±1,62	3,23±0,88	Z=-1,767 p=0,077
2.ölçüm	3,18±1,04	2,13±1,29	Z=-1,815 p=0,069	**2.ölçüm**	3,44±1,19	2,26±1,33	Z=-2,171 **p=0,030**
3.ölçüm	3,89±1,28	4,01±0,93	Z=-0,565 p=0,572	**3.ölçüm**	4,51±1,36	4,33±0,96	Z=-0,905 p=0,366
Analiz Olasılık	χ^2=6,000 **p=0,050**	χ^2=6,250 **p=0,044**		**Analiz Olasılık**	χ^2=9,500 **p=0,009**	χ^2=14,250 **p=0,001**	
DRA-A (cm) (Work)	**Deney (n=12)**	**Kontrol** (n=8)	**Analiz* Olasılık**	**DRA-A (cm) (Rest)**	**Deney (n=12)**	**Kontrol** (n=8)	**Analiz* Olasılık**
1.ölçüm	1,21±1,43	2,27±1,56	Z=-0,800 p=0,424	**1.ölçüm**	1,35±1,42	2,31±1,66	Z=-0,892 p=0,372
2.ölçüm	2,78±1,36	1,98±1,50	Z=-1,610 p=0,108	**2.ölçüm**	2,98±1,38	2,26±1,46	Z=-1,161 p=0,246
3.ölçüm	3,92±1,31	3,69±1,28	Z=-1,470 p=0,142	**3.ölçüm**	4,00±1,26	3,91±1,42	Z=-1,697 p=0,090
Analiz Olasılık	χ^2=8,979 **p=0,011**	χ^2=6,750 **p=0,034**		**Analiz Olasılık**	χ^2=10,511 **p=0,005**	χ^2=4,750 p=0,093	
M-L (cm) (Work)	**Deney** (n=10)	**Kontrol** (n=7)	**Analiz* Olasılık**	**M-L (cm) (Rest)**	**Deney** (n=10)	**Kontrol** (n=7)	**Analiz* Olasılık**
1.ölçüm	3,33±0,43	3,76±0,71	Z=-1,228 p=0,219	**1.ölçüm**	3,50±0,54	3,82±0,41	Z=-0,811 p=0,417
2.ölçüm	3,33±0,20	3,67±0,49	Z=-1,399 p=0,162	**2.ölçüm**	3,65±0,60	3,83±0,89	Z=-0,888 p=0,375
3.ölçüm	3,85±0,68	3,82±0,82	Z=-0,170 p=0,865	**3.ölçüm**	3,61±0,60	3,93±0,86	Z=-1,772 p=0,076
Analiz Olasılık	χ^2=4,667 p=0,097	χ^2=2,000 p=0,368		**Analiz Olasılık**	χ^2=0,359 p=0,836	χ^2=0,286 p=0,867	

Tablo 10. Pelvik Taban Kasları Ve Kor Kasının Fonksiyonel Aktivitesi Sırasında ve İstirahat Aktivitesi Durumunda Ultrason Parametrelerinin Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılması (Devamı)

S-İ (cm) (Work)	**Deney** (n=10)	**Kontrol** (n=7)	**Analiz* Olasılık**	**S-İ (cm) (Rest)**	**Deney** (n=10)	**Kontrol** (n=7)	**Analiz* Olasılık**
1.ölçüm	4,64±0,81	4,34±0,59	Z=-1,359 p=0,174	**1.ölçüm**	5,00±0,87	5,00±0,91	Z=-0,110 p=0,913
2.ölçüm	4,38±0,82	4,90±0,84	Z=-0,387 p=0,698	**2.ölçüm**	4,90±0,82	4,74±0,81	Z=-2,436 **p=0,015**
3.ölçüm	4,02±0,62	4,39±0,69	Z=-2,413 **p=0,016**	**3.ölçüm**	4,59±0,69	4,55±0,92	Z=-1,376 p=0,169
Analiz Olasılık	χ^2=1,400 p=0,497	χ^2=3,714 p=0,156		**Analiz Olasılık**	χ^2=0,200 p=0,905	χ^2=2,000 p=0,368	
LH (cm^2) (Work)	**Deney** (n=10)	**Kontrol** (n=7)	**Analiz* Olasılık**	**LH (cm2) (Rest)**	**Deney** (n=10)	**Kontrol** (n=7)	**Analiz* Olasılık**
1.ölçüm	9,36±1,96	10,95±3,24	Z=-0,482 p=0,629	**1.ölçüm**	11,03±2,91	11,78±2,20	Z=-0,307 p=0,759
2.ölçüm	10,07±2,53	12,03±3,28	Z=-0,366 p=0,714	**2.ölçüm**	11,66±1,95	12,12±2,79	Z=-1,775 p=0,076
3.ölçüm	10,50±2,37	11,11±2,66	Z=-1,884 p=0,060	**3.ölçüm**	10,98±2,18	11,74±3,62	Z=-2,374 **p=0,018**
Analiz Olasılık	χ^2=0,200 p=0,905	χ^2=2,000 p=0,368		**Analiz Olasılık**	χ^2=2,600 p=0,273	χ^2=0,286 p=0,867	
P (cm^2) (Work)	**Deney** (n=10)	**Kontrol** (n=7)	**Analiz* Olasılık**	**P (cm^2) (Rest)**	**Deney** (n=10)	**Kontrol** (n=8)	**Analiz* Olasılık**
1.ölçüm	8,67±2,11	9,49±2,47	Z=-0,307 p=0,759	**1.ölçüm**	9,28±2,52	10,11±2,93	Z=-0,482 p=0,630
2.ölçüm	9,16±2,35	10,35±1,69	Z=-0,151 p=0,880	**2.ölçüm**	10,03±1,67	9,99±1,37	Z=-0,372 p=0,710
3.ölçüm	9,41±2,61	9,73±1,49	Z=-1,055 p=0,291	**3.ölçüm**	9,75±1,91	10,57±1,62	Z=-1,621 p=0,105
Analiz Olasılık	χ^2=0,200 p=0,905	χ^2=2,000 p=0,368		**Analiz Olasılık**	χ^2=0,200 p=0,905	χ^2=0,286 p=0,867	

DRA-O:Diastazis Recti Orta, DRA-Ü: Diastazis Recti Üst, DRA-A: Diastazis Recti Alt, LH: Levator Hiatal Alan, M-L: Medio-Lateral Çap, S-İ: Süperior-İnferior Çap, P: Puborektalis Kas Alanı.
*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

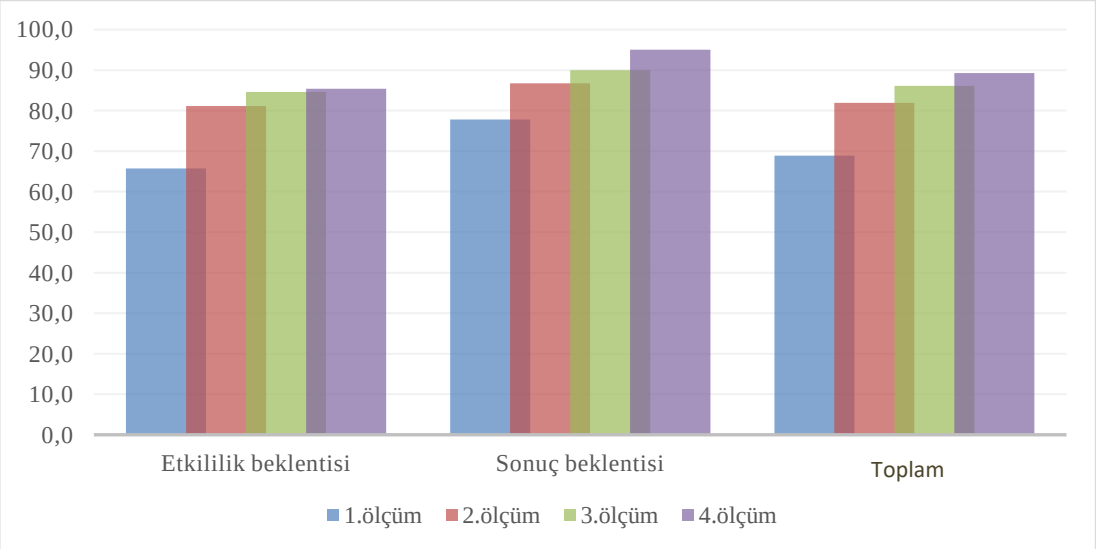
4.5. Deney Grubunun BROOME Pelvik Taban Kas Egzersizi Öz-etkililik Puanlarına İlişkin Bulgular

Deney grubundaki kadınların zamana göre BROOME PTKE özetkililik ölçeğinin "etkililik beklentisi" alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (χ2=37,521; p=0,034). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1.ölçüm ile 3 ve 4.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 3 ve 4.ölçüm etkililik beklentisi alt boyut puanlarının, 1.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, 2.ölçüm ile 3 ve 4.ölçüm arasında

anlamlı fark saptanmıştır. 3 ve 4.ölçüm etkililik beklentisi alt boyut puanlarının, 2.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Deney grubundakilerin zamana göre BROOME PTKE özetkilik ölçeği "sonuç beklentisi" alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi2$=35,734; p<0,001). Anlamlı farkın hangi ölçümden kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1.ölçüm ile 3 ve 4.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 3 ve 4.ölçüm sonuç beklentisi puanlarının, 1.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, 2.ölçüm ile 4.ölçüm arasında anlamlı fark saptanmıştır. 4.ölçüm sonuç beklentisi alt boyut puanı, 2.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Zamana göre deney gurubundaki kadınların BROOME PTKE özetkililik ölçeği toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi2$=42,056; p<0,001). Anlamlı farkın hangi ölçümden kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1.ölçüm ile 3 ve 4.ölçüm arasında anlamlı fark bulunmuştur. 3 ve 4.ölçüm BROOME toplam puanlarının, 1.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, 2.ölçüm ile 3 ve 4.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 3 ve 4.ölçüm BROOME toplam puanlarının, 2.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 11, Şekil 9).



Şekil 9. Deney Grubunun Zamana Göre BROOME Öz-etkililik Ölçeği Puan Dağılımı

Tablo 11. Deney Grubundaki Gebelerin Zamana Göre BROOME Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişken	**1.ölçüm** (20. gebelik haftası)		**2.ölçüm** (28. gebelik haftası)		**3.ölçüm** (36. gebelik haftası)		**4.ölçüm** (Postpartum 6. Hafta)		**Analiz* Olasılık**
	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [IQR]**	
Etkililik beklentisi	65,71±13,49	65,7 [20,4]	79,38±11,90	81,1 [19,3]	86,20±10,35	84,6 [19,1]	86,85±10,82	85,4 [22,0]	χ^2=37,521 **p<0,001 [1-3,4] [2-3,4]**
Sonuç beklentisi	70,10±16,29	77,8 [24,7]	82,07±16,05	86,7 [15,3]	88,79±9,09	90,0 [10,6]	92,32±9,03	95,0 [12,2]	χ^2=35,734 **p<0,001 [1-3,4] [2-4]**
BROOME *Toplam puan*	67,43±12,63	68,9 [15,3]	80,43±11,30	81,9 [18,0]	87,21±8,57	86,1 [16,4]	88,99±9,25	89,3 [18,7]	χ^2=42,056 **p<0,001 [1-3,4] [2-3,4]**

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır

Araştırmada deney grubundaki gebe kadınların BROOME PTKE özetkilik düzeylerine ait bulgular Tablo 12'de verilmiştir. Kadınların PTKE özetlilik düzeyleri incelendiğinde, dört ölçümde de PTKE özetliliğin düşük düzeyde olmadığı, 1.ölçümde %40,9'unun, 2.ölçümde %13,7'sinin orta düzey ve 1. ölçümde %59,1'nin ve 2.ölçümde %86,3'nün yüksek düzey PTKE özetkililiği olduğu belirlenmiştir. Kadınların zaman içinde PTKE özetkiliğinin arttığı ve 3. ve 4. ölçümlerde tamamının PTKE özetkililik düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 12. Deney Grubundaki Gebelerin BROOME PTKE Özetkililik Düzeylerinin Belirlenmesi

	BROOME PTKE Özetkililik Düzeyi			
	Orta düzey (33-66 puan)		**Yüksek düzey (66-100 puan)**	
	n	**%**	**n**	**%**
1.ölçüm **(20.gebelik haftası)**	9	40,9	13	59,1
2.ölçüm **(28.gebelik haftası)**	3	13,7	19	86,3
3.ölçüm **(36.gebelik haftası)**	0	0	22	100
4.ölçüm **(Postpartum 6. hafta)**	0	0	22	100

4.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Alt Üriner Sistem Semptomları, PTKE Öz-etkililik Algıları ile Ped test ve Üriner Günlük Parametlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 13'de deney grubundaki kadınların zamana göre BFLUTS ile BROOME puanları arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular yer almaktadır. Deney grubundaki kadınların 1. ölçümde BFLUTS cinsel işlev alt boyut puanı ile BROOME toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r=-0,476; p=0,025). Buna göre 1.ölçümde cinsel işlev puanı arttıkça, BROOME toplam puanı azalmaktadır. BROOME PTKE özetkililik düzeyi azaldıkça, cinsel işlevde bozulma artmaktadır.

Araştırmada 3.ölçümde BFLUTS depolama alt boyutu ile BROOME “etkililik beklentisi” alt boyut puanları arasında negatif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r=-0,516; p=0,014). Buna göre 3.ölçümde depolama puanı arttıkça, etkililik beklentisi azalmaktadır. Gebe kadınların idrar depolama semptomlarının şiddeti arttıkça BROOME etkililik beklentisi azalmaktadır.

Deney grubunun 3.ölçüm BFLUTS toplam puanı ile BROOME “etkililik beklentisi” alt boyutu ve BROOM toplam puanları arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre, 3.ölçümde BFLUTS toplam puanı arttıkça, etkililik beklentisi alt boyut puanı ve BROOME toplam puanı azalmaktadır (Tablo 13). Gebe kadınların alt üriner sistem semptomlarının şiddeti arttıkça ve yaşam kalitesi bozuldukça BROOME PTKE öz-etkililik algısı azalmaktadır.

Tablo 13. Deney Grubundaki Kadınların Zamana Göre BFLUTS İle BROOME Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Korelasyon*			1.ölçüm (20. gebelik haftası)			2.ölçüm (28. gebelik haftası)			3.ölçüm (36. gebelik haftası)			4.ölçüm (Postpartum 6. hafta)		
			BROOME			**BROOME**			**BROOME**			**BROOME**		
			Etkililik beklentisi	*Sonuç beklentisi*	***Toplam***	*Etkililik beklentisi*	*Sonuç beklentisi*	***Toplam***	*Etkililik beklentisi*	*Sonuç beklentisi*	***Toplam***	*Etkililik beklentisi*	*Sonuç beklentisi*	***Toplam***
BFLUTS	*Depolama*	*r*	-0,326	-0,213	-0,289	-0,018	0,163	0,070	**-0,516**	-0,087	-0,415	0,104	0,014	0,082
		p	0,138	0,342	0,192	0,937	0,467	0,758	**0,014**	0,700	0,055	0,645	0,952	0,715
	İdrar yapma	*r*	0,052	0,069	0,134	0,081	0,321	0,220	-0,104	0,167	0,025	0,156	0,262	0,258
		p	0,820	0,761	0,553	0,720	0,145	0,326	0,645	0,456	0,913	0,489	0,238	0,246
	İdrar kaçırma	*r*	-0,225	-0,183	-0,267	0,047	-0,099	-0,016	0,119	-0,178	0,005	0,089	0,124	0,179
		p	0,314	0,542	0,230	0,837	0,661	0,944	0,599	0,429	0,981	0,695	0,582	0,425
	Cinsel işlev	*r*	-0,367	-0,400	**-0,476**	-0,224	-0,259	-0,258	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
		p	0,093	0,065	**0,025**	0,316	0,245	0,246	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	Yaşam kalitesi	*r*	-0,282	-0,007	-0,136	-0,304	0,000	-0,261	-0,364	-0,111	-0,309	-0,052	-0,038	0,018
		p	0,203	0,974	0,544	0,169	0,999	0,240	0,096	0,623	0,162	0,818	0,867	0,935
	Toplam	*r*	-0,258	-0,170	-0,191	-0,078	-0,068	-0,119	**-0,467**	-0,237	**-0,433**	0,098	0,014	0,096
		p	0,246	0,448	0,395	0,731	0,763	0,599	**0,028**	0,288	**0,044**	0,665	0,952	0,672

*Normal dağılıma sahip olan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson" korelasyon katsayısı; en az birinin normal dağılım göstermediği durumda "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Tablo 14'de deney ve kontrol grubundaki gebelerin zamana göre BFLUTS toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile ped test ölçümleri arasındaki ilişkiye ait bulgular yer almaktadır. Deney grubundaki gebe kadınların 1.ölçüm BFLUTS idrar kaçırma alt boyutu ile ped testi miktarı arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r=0,498; p=0,018). Buna göre, 1.ölçümde idrar kaçırma düzeyi arttıkça, ped testinin miktarı da artmaktadır. Kontrol grubundaki gebelerin 1.ölçüm BFLUTS idrar kaçırma alt boyutu ile ped test miktarı arasında pozitif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (r=0,514; p=0,024). 1.ölçümde idrar kaçırma düzeyi arttıkça, ped testin miktarı artmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Deney Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Zamana Göre BFLUTS Toplam Ve Alt Boyut Puan Ortalamaları İle Ped Test Ölçümleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

			Ped test miktarı					
Korelasyon*			**Deney grubu (n=22)**			**Kontrol grubu (n=19)**		
			1.ölçüm (20.gebelik haftası)	2.ölçüm (28.gebelik haftası)	3.ölçüm (36.gebelik haftası)	1.ölçüm (20.gebelik haftası)	2.ölçüm (28.gebelik haftası)	3.ölçüm (36.gebelik haftası)
BFLUTS	*Depolama*	*r*	0,119	-0,019	0,179	0,115	-0,121	-0,061
		p	0,599	0,931	0,425	0,639	0,622	0,805
	İdrar yapma	*r*	-0,052	-0,171	0,022	0,322	-0,062	0,272
		p	0,817	0,448	0,922	0,179	0,802	0,259
	İdrar kaçırma	*r*	**0,498**	-0,056	0,058	**0,514**	0,340	0,309
		p	**0,018**	0,806	0,799	**0,024**	0,154	0,198
	Cinsel işlev	*r*	0,085	0,193	0,000	0,363	-0,448	0,000
		p	0,707	0,388	1,000	0,126	0,054	1,000
	Yaşam kalitesi	*r*	0,109	0,127	0,346	-0,173	-0,200	-0,275
		p	0,628	0,574	0,115	0,479	0,412	0,254
	Toplam puan	*r*	0,248	0,186	0,310	0,171	-0,170	0,043
		p	0,267	0,406	0,160	0,484	0,487	0,862

*Normal dağılıma sahip olmayan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Tablo 15'de deney grubundaki gebelerin zamana göre üriner günlük ölçümleri ile BROOME toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ait bulgular yer almaktadır. Gebe kadınların 1.ölçümde idrar yapma sayısı ile BROOME "etkililik beklentisi" alt boyutu ve toplam puanları arasında pozitif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0,05). İdrar yapma sayısı arttıkça, BROOME PTKE etkililik beklentisi ve özetkililik algısı artmaktadır.

Deney grubundakilerin 1.ölçüm idrar kaçırma sayısı ile BROOME toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r=-0,484; p=0,023). İdrar kaçırma sayısı arttıkça, BROOME özetkililik algısı azalmaktadır (Tablo 15).

Tablo 15. Deney Grubundaki Gebelerin Zamana Göre Üriner Günlük Ölçümleri İle BROOME Toplam Ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Korelasyon*				**BROOME**		
				Etkililik beklentisi	*Sonuç beklentisi*	*Toplam*
Üriner Günlük	*Alınan sıvı miktarı*	1.ölçüm (20.gebelik haftası)	*r*	0,033	-0,116	-0,053
			p	0,883	0,609	0,815
		2.ölçüm (28.gebelik haftası)	*r*	0,101	0,097	0,131
			p	0,656	0,670	0,561
		3.ölçüm (36.gebelik haftası)	*r*	0,307	0,213	0,315
			p	0,164	0,340	0,154
	İdrar yapma zorunluluğu	1.ölçüm (20.gebelik haftası)	*r*	0,060	0,335	0,189
			p	0,789	0,128	0,401
		2.ölçüm (28.gebelik haftası)	*r*	0,098	0,410	0,231
			p	0,664	0,058	0,300
		3.ölçüm (36.gebelik haftası)	*r*	0,020	0,207	0,129
			p	0,928	0,354	0,567
	İdrar yapma sayısı	1.ölçüm (20.gebelik haftası)	*r*	**0,572**	0,329	**0,562**
			p	**0,005**	0,134	**0,006**
		2.ölçüm (28.gebelik haftası)	*r*	0,214	0,261	0,320
			p	0,339	0,241	0,147
		3.ölçüm (36.gebelik haftası)	*r*	0,024	0,208	0,104
			p	0,914	0,352	0,644
	İdrar kaçırma sayısı	1.ölçüm (20.gebelik haftası)	*r*	-0,382	-0,294	**-0,484**
			p	0,080	0,185	**0,023**
		2.ölçüm (28.gebelik haftası)	*r*	-0,052	-0,362	-0,361
			p	0,819	0,097	0,099
		3.ölçüm (36.gebelik haftası)	*r*	-0,025	-0,138	-0,062
			p	0,912	0,541	0,783

*Normal dağılıma sahip olan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson" korelasyon katsayısı; en az birinin normal dağılım göstermediği durumda "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Tablo 16'da deney ve kontrol grubundaki gebelerin zamana göre üriner günlük ölçümleri ile BFLUTS toplam puan ve depolama, idrar yapma ve üriner inkontinans alt boyut puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular yer almaktadır. Deney grubundaki gebe kadınların 1.ölçümde BFLUTS idrar yapma alt boyut puanı ile üriner günlük idrar yapma zorunluluğu hissetme sayısı arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=0,450; p=0,036). Buna göre, 1.ölçümde idrar yapma sayısı arttıkça, idrar yapma zorunluluğu artmıştır.

Deney grubundakilerin 2.ölçüm idrar kaçırma alt boyut puanı ile üriner günlük alınan sıvı miktarı arasında pozitif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=0,564; p=0,006). Buna göre, 2.ölçümde idrar kaçırma semptomu arttıkça, alınan sıvı miktarında azalma gözlenmemiştir.

Deney grubundaki kadınların 3.ölçüm idrar kaçırma alt boyut puanı ile ile idrar yapma sayısı arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=-0,476; p=0,025). Buna göre, 3.ölçümde idrar yapma sayısı attıkça, idrar kaçırma semptomunun şiddeti azalmaktadır.

Deney grubundakilerin 1.ölçüm idrar kaçırma sayısı ile BFLUTS idrar kaçırma alt boyut puanı arasında pozitif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (r=0,681; p<0,001). Buna göre, 1.ölçüm idrar kaçırma sayısı arttıkça, idrar kaçırma semptomunun şiddeti de artmıştır.

Araştırmada, kontrol grubundaki gebe kadınların 3.ölçüm idrar kaçırma sayısı ile idrar yapma alt boyut puanı arasında pozitif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=0,558; p=0,013). Buna göre, 3.ölçümde idrar kaçırma sayısı arttıkça, idrar yapma semptomunun şiddeti artmıştır.

Kontrol grubundakilerin 1, 2 ve 3.ölçüm idrar kaçırma sayısı ile BFLUTS idrar kaçırma alt boyut puanları arasında pozitif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (p<0,05). Buna göre, 1., 2. ve 3.ölçümlerde idrar kaçırma sayısı arttıkça, idrar kaçırma semptomunun şiddeti artmaktadır. Gruplar arasında gebelerin üriner günlük ölçümleri ile BFLUTS toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 16).

Tablo 16. Deney Ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Zamana Göre Üriner Günlük Ölçümleri İle BFLUTS Toplam Puan ve Depolama, İdrar Yapma Ve Üriner İnkontinans Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Korelasyon*				**Deney grubu (n=22)**				**Kontrol grubu (n=19)**			
				Depolama	*İdrar yapma*	*İdrar kaçırma*	*BFLUTS Toplam*	*Depolama*	*İdrar yapma*	*İdrar kaçırma*	*BFLUTS Toplam*
Üriner Günlük	*Alınan sıvı miktarı*	*1.ölçüm (20.gebelik haftası)*	*r*	-0,355	-0,052	0,277	-0,284	0,206	0,351	0,148	0,314
			p	0,105	0,819	0,212	0,200	0,396	0,141	0,544	0,191
		2.ölçüm (28.gebelik haftası)	*r*	0,122	0,074	0,564	0,121	0,291	0,431	0,310	0,320
			p	0,590	0,744	**0,006**	0,593	0,226	0,066	0,197	0,181
		3.ölçüm (36.gebelik haftası)	*r*	0,151	0,155	0,290	-0,161	-0,114	0,265	0,124	-0,250
			p	0,503	0,490	0,191	0,475	0,643	0,272	0,614	0,303
	İdrar yapma zorunluluğu	*1.ölçüm (20.gebelik haftası)*	*r*	-0,144	0,450	-0,060	0,085	-0,319	-0,252	0,309	-0,213
			p	0,523	**0,036**	0,791	0,706	0,182	0,298	0,199	0,381
		2.ölçüm (28.gebelik haftası)	*r*	0,193	0,298	-0,388	-0,099	-0,074	-0,301	-0,035	-0,083
			p	0,390	0,179	0,074	0,662	0,763	0,211	0,885	0,735
		3.ölçüm (36.gebelik haftası)	*r*	0,022	0,045	-0,336	-0,230	-0,114	0,079	0,156	0,133
			p	0,922	0,842	0,126	0,302	0,642	0,748	0,525	0,586
	İdrar yapma sayısı	*1.ölçüm (20.gebelik haftası)*	*r*	-0,060	0,321	-0,117	-0,049	0,074	0,165	-0,011	0,185
			p	0,792	0,146	0,603	0,827	0,764	0,499	0,964	0,447
		2.ölçüm (28.gebelik haftası)	*r*	-0,023	0,250	0,095	-0,135	0,403	0,354	0,398	0,443
			p	0,918	0,261	0,674	0,549	0,087	0,137	0,091	0,058
		3.ölçüm (36.gebelik haftası)	*r*	0,026	-0,031	-0,476	-0,176	0,171	0,332	0,100	0,099
			p	0,908	0,891	**0,025**	0,435	0,483	0,166	0,684	0,685
	İdrar kaçırma sayısı	*1.ölçüm (20.gebelik haftası)*	*r*	0,240	0,110	0,681	0,387	0,233	0,181	0,661	0,362
			p	0,283	0,628	**<0,001**	0,077	0,338	0,458	**0,002**	0,162
		2.ölçüm (28.gebelik haftası)	*r*	0,106	-0,132	-0,160	0,035	0,430	0,319	0,566	0,316
			p	0,640	0,558	0,476	0,878	0,066	0,183	**0,012**	0,187
		3.ölçüm (36.gebelik haftası)	*r*	-0,205	-0,170	0,321	0,226	0,307	0,558	0,765	0,338
			p	0,301	0,450	0,145	0,311	0,202	**0,013**	**<0,001**	0,158

*Normal dağılıma sahip olan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson" korelasyon katsayısı; en az birinin normal dağılım göstermediği durumda "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde Primigravida Gebelere Motivasyonel Görüşme Yöntemi İle Verilen Pelvik Taban Kas Eğitiminin Gebelikte Ve Postpartum Dönemde Üriner İnkontinansa Etkisi'ni incelemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür çalışamaları doğrultusunda tartışılmıştır**.**

5.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Üriner İnkontinans Değerlendirmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. BFLUTS Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Pelvik Taban ve Kor Kaslarının Aktivite Ve İstirahat Durumundaki EMG Ve USG Bulgularının Tartışılması

5.4. BROOME Pelvik Taban Kas Egzersizi Öz-Etkililik Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Alt Üriner Sistem Semptomları, PTKE Öz-etkililik Algıları ile Ped test ve Üriner Günlük Parametlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Üriner İnkontinans Değerlendirmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Gebelik, Üİ gelişiminde bağımsız risk faktörlerinden biri olarak bilinmektedir. Gebelik dönemine ait fizyolojik ve hormonal değişimler, maternal kilo alımı ve büyüyen fetüsün mesane, üretra ve pelvik tabana olan basıncı sonucunda mesane boynu ve üretral mobilite artarken, pelvik taban kasları zayıflamaktadır (29,30). Pelvik taban kas gücündeki bu zayıflığın gebeliğin 20. haftasında başlayıp postpartum 6.haftaya kadar devam edebileceği bildirilmektedir (31). Çalışma bulgularımız literatürü destekler nitelikte olup deney grubundaki kadınların ilk Üİ deneyimledikleri hafta 17,91±4,50 iken kontrol grubundaki gebe kadınların 20,50±3,68 gestasyonel haftadır.

Literatürde gebelikte Üİ görülme oranı %6,8-69 arasında değişmekte olup, ülkemizde bu oran %21-42,4 olarak belirlenmiştir (10-17). Gebe kadınların en az yarısı, Üİ deneyimini ilk kez gebelikte yaşamaktadır. Kaya ve ark. (2023)'nın Türkiye'de gebe kadınlarda Üİ prevelansını araştırdıkları meta analiz raporuna göre de gebeliğin Üİ olasılığını arttırdığı ve Üİ'nin çoğunlukla üçüncü trimesterde yaşandığı belirlenirken, gebe kadınların yaklaşık üçte birinde SÜİ sorunu olduğu belirtilmiştir (123). Çalışma bulgularımız literatüre paralel olup 20. gebelik haftasındaki ilk ölçümlere göre, deney grubunda neredeyse her iki gebe kadından birinde (%45,5), kontrol grubunda ise her on gebe kadının altısında (%63,2) Üİ saptanmıştır. Üİ tiplerinden stres ve urge Üİ gebelikte ve postpartum dönemde en yaygın görülenlerdendir. Gebelikte SÜİ prevalansı %9,1–37,8 arasında değişmektedir (10,18). Çalışmamızda Üİ tiplerine göre, SÜİ prevelansı başlangıçta (20.gebelik haftasında) deney (%36,4) ve kontrol (%31,6) gruplarında literatüre benzer oranda bulunmuştur. Çalışma bulgularımız ve literatür bulguları gebelikte Üİ'nin göz ardı edilmemesi gerektiğini, rutin antenatal takipler sırasında gebelerin Üİ risk faktörleri ve belirtileri açısından taranmasının gerekliliğini ve sağlık profesyonelleri tarafından Üİ'yi önlemeye yönelik gebe kadınlara yaşam tarzı davranışları (sigarayı bırakma, lifli beslenme, yeterli sıvı tüketme, konstipasyonu önleme gibi) ve PTKE'nin öğretilmesinin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Uluslararası kılavuzlar, doğum öncesi ve doğum sonu dönemde Üİ'yi önlemek ve iyileştirmek için kontinans durumuna bakılmaksızın tüm gebe kadınlara PTKE'nin öğretilmesini Kanıt A düzeyinde önermektedir (124-126). PTKE büyüyen fetüsün neden olduğu artan karın içi basıncını, hormonlar nedeniyle azalmış üretral kapanma basıncını ve pelvik yumuşak dokularda artan relaksasyonu dengeleyebilir (43). PTKE'nin pelvik tabanı yükselttiği, pelvik kas boyutunu ve bağ dokuların gerginliğini arttırdığı ve levator hiatus alanını daralttığı düşünülmektedir. Tüm bu mekanizmalarla, PTKE'nin karın içi basınç artışında pelvik tabanın tonüsünün iyileşmesine katkı sunarak Üİ'yi önleyebileceği ileri sürülmüştür (38). Gebelikte üriner sistemde meydana gelebilecek fizyolojik ve hormonal süreçler düşünüldüğünde pelvik tabanda ve üriner sistemdeki değişiklikleri dengelemek ve kas hipertrofisini en üst düzeye çıkarmak için PTKE'nin doğum öncesinde mümkün olduğu kadar erken başlanması gerektiği belirtilmiştir (127). İdeal olan gebeliğin 20. haftasında PTKE'ne başlamaktır (43). Egzersizlerin haftada üç gün yapılması ve en az 15-20 hafta devam ettirilmesi önerilmektedir. PTKE'nin fizyolojik etkileri 4-6 haftada görülürken, beklenilen sonuçlar için 3-6 ay boyunca egzersizin yapılması gerekmektedir. Pelvik taban kas gücünü arttırmak için egzersizlere devamlılığın öneminden bahsedilmiştir (128). Literatürde PTKE'nin hem gebeliğin ileri haftalarında (≥34. Gebelik haftası) hem de postpartum erken dönemde (≤12.haftada) Üİ riskini azaltığı belirtilmiştir (129-131). Gebelikte ve postpartum dönemde PTKE'nin Üİ'nin önlenmesi ve tedavisine etkisinin incelendiği bir sistematik derlemede randomize kontrollü ve yarı deneysel çalışmalar incelenmiştir. Derleme kapsamında incelenen çalışmalar heterojenlik gösterse de örneklem büyüklüğü, kuvvet antrenmanı protokolüne yüksek bağlılık ve yakın takip içeren çalışmalara dayanarak, gebelikte ve doğumdan sonra PTKE'nin Üİ'yi önleyebileceği ve tedavi edebileceği belirtilmiştir. PTKE'nin denetimli eğitim protokolü ile en az 8 hafta sürmesi tavsiye edilmiştir (132). Zhu ve ark. nın (2012) çalışmalarında da primipar gebelere uygulanan 8 haftalık bir müdahale programının Üİ insidansını %38,4'den %31'e düşürdüğü belirtilmiştir (133). Çalışmamızda 20. gebelik haftasında uygulamalı olarak PTKE öğretilen ve ev egzersiz programı olarak haftada üç gün yapması istenen deney grubundaki gebelerin Üİ görülme oranın 28. haftada ve postpartum 6.haftada hem grup içinde hem de kontrol grubuna göre azaldığı görülmüştür. Literatür bulgularına paralel olarak, bulgularımız MG yöntemi ile verilen

PTKE'nin egzersiz başlangıcından 8 hafta sonra etkilerinin görüldüğünü ve kontrol grubuna kıyasla gebelikte ve postpartum dönemde Üİ oranını azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Sonuçlarımız **1a ve 1b Hipotezimizi** desteklemektedir.

Üİ varlığının ve şiddetinin belirlenmesinde ve tedavi etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerden biri de ped testidir. ICS tarafından ped test ölçümleri standardize edilmeye çalışılsa da, kısa (1 saatlik) ve uzun süreli (24 saatlik) testler ile test süresince yapılan fiziksel aktivitelerde çeşitlilik devam etmektedir Avrupa Üroloji Birliği (EUA), ped testi ile Üİ tanısının konulabileceğini, hasta semptomları ile uyumlu ve tekrarlanabilir olduğunu (Kanıt düzeyi 1b), 1 saatlik testte ped ağırlığında 1 gramın üzerindeki artışın Üİ tanısı için eşik değer kullanılabileceğini (Kanıt düzeyi 2b) belirtmiştir (135,136). Literatürde Üİ tanısında kısa ve uzun ped testlerin kullanımı araştırılmakta olup, gebelikte yaygın kullanımına rastlanmamıştır. Çalışmamızda MG yöntemiyle verilen PTKE'nin gruplar arasında anlamlı farklılık yaratmasa da PTKE'nin etkilerinin görülmeye başlandığı 28. ve 36. gebelik haftalarında saatlik ped ağırlıklarının deney grubunda kontrol grubuna göre düşük olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgularımıza benzer şekilde Pires ve ark.nın (2020) çalışmasında, 28.gebelik haftasında antenatal sınıflarda PTKE öğretilen gebelerin egzersiz sonrası 36. gebelik haftasında ped test ölçümleri kontrol grubundan daha düşük bulunmuştur (136). Tosun ve ark. nın (2016) yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş, PTKE yapan grupta ped test ağırlığı 12 hafta sonra 3,1'den 0,2'ye düşmüştür (137). Çalışma sonuçlarımız **2. Hipotezi** reddedilmiştir. Çalışmada ped test ağırlıklarına göre gruplar arasında anlmalı fark çıkmasa da her iki grupta gebelikte görülen lökorenin ped test ağırlıklarına etki edebileceği düşünülmektedir.

Günlük ile kendini izleme herhangi bir davranışsal programın standart bir ilk adımıdır. Üriner günlükler de, belirli bir zaman içerisinde kişinin idrar yapma sıklığı, sıvı alım miktarı/türü, inkontinans sıklığı/şiddeti gibi durumlarını kayıt edebildiği yarı objektif bir araçtır. Bu araç üriner semptomlar ve aktivitelerin detaylarını gösteren bir mesane tablosu niteliğindedir (138). Üriner günlüklerin Üİ'ye eşlik eden idrar depolama ve boşlatma işlev bozukluklarının değerlenirilmesi amacıyla kullanılması önerilmektedir (EAU, kanıt düzeyi A) (46). Çalışmada deney ve kontrol grubundaki gebelerin üç günlük üriner günlük doldurması istenmiştir. Üriner günlüklerde alınan

sıvı miktarı, idrar yapma sayısı, idrar kaçırma epizodları ve idrar yapma zorunluluğu sayılarının ortalaması alınmıştır. Ölçüm sonuçlarına göre deney grubundaki gebelerin 20., 28. ve 36. gebelik haftalarında ortalama sıvı miktarının kontrol grubundan yüksek olduğu, idrar yapma zorunluluğu, idrar yapma sayısı ve idrar kaçırma epizodlarının azaldığı görülmüş ancak gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmamıştır. Literatürde üriner günlükle gebelikte yapılan çalışmaların sayısı sınırlıdır. Çalışma bulgularımıza benzer şekilde Mason ve ark. nın (2010) çalışmasında PTKE yapan deney grubunun 36. gebelik haftasında Üİ epizodu kontrol grubuna göre düşük çıkmıştır (139). Dinç ve ark.nın (2009) gebelikte ve doğum sonrası dönemde Üİ tedavisinde PTKE'nin etkisini inceledikleri çalışmada 36.gebelik haftasında Üİ ataklarında gerileme olmuştur (140). Süt ve Kaplan'ın (2016) gebelikte ve doğum sonrası dönemde PTKE'nin pelvik taban kas aktivitesi ve işeme fonksiyonları üzerine etkilerini inceledikleri çalışmada da egzersiz ve kontrol grubuna üç günlük üriner günlük doldurmaları istenmiştir. Üriner günlük sonuçlarına göre egzersiz ve kontrol gruplarının sıklık ve aciliyet düzeyleri, gebelikle karşılaştırıldığında postpartum dönemde önemli ölçüde azaldığı ancak gruplar arasında anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur (141). Sonuçlarımız **3. Hipotezimizi** desteklemektedir. Ayrıca çalışmamızda üriner günlük kullanımının gebelerde sıvı alımına yönelik farkındalıklarını ve motivasyonlarını da arttırdığını düşünüyoruz. Üriner günlük bulguları çalışmamızın gücünü de oluşturmaktadır.

5.2. BFLUTS Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Grup ve Zamana Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Gebelikte meydana gelen bir takım fizyolojik ve hormonal değişimler alt üriner sistemde depolama, idrar yapma ve idrar kaçırma gibi bazı semptomplara neden olabilir. Anzaku ve ark. (2014) gebelik öncesi 459 kadında yaptıkları bir çalışmada AÜSS prevalansının %52.9 olduğunu ve gebelikte bu oranın 1.7 kat artış gösterdiğini bildirmişlerdir (142). Çalışmamızda deney ve kontrol grubundaki gebelerin alt üriner sistem semptomlarının şiddetini saptamak üzere gebelikte (20.hafta, 28.hafta ve 36.hafta) ve postpartum dönemde (6.haftada) tekrarlayan ölçümler yapılmıştır. Çalışmada kontrol grubunda gebelikte alt üriner sistem semptom ölçeği toplam puanının (28.hafta 17,53±7,59 ve 36.hafta 20,79±6,91) dolayısıyla alt üriner sistem semptomlarının şiddetinin zaman içinde giderek şiddetlendiği belirlenmiştir. İnal ve

Taşhan'ın (2020) ülkemizde 30.gebelik haftası ve üzerindeki gebe kadınlarda yürüttükleri çalışmada, gebelerin alt üriner sistem semptom toplam puanın (18,77±12,26) benzer olduğu ve kadınların alt üriner yol semptomlarının artmasıyla beraber yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır (143). Ülkemizde gebelikte alt üriner sistem semptomlarının görülme sıklığı ve etkileyen faktörlerin incelendiği bir başka çalışmada adölesan gebe popülasyonunda gestasyonel hafta ilerledikçe üriner semptomların şiddetinin arttığı görülmüştür (144). Destegül ve ark. (2023) çalışmasında gebelerin neredeyse tamamında üriner semptomlar ve depolama semptomlarının olduğu belirlenmiştir. Yaklaşık her beş gebe kadından birinde ortaya çıkan bu semptomlar, her on kadından yedisinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemiştir. Aynı çalışmada, gebe kadınların sağlıksız tuvalet davranışları olan erken işeme, işemeyi geciktirme ve ıkınarak işeme ile üriner sistem semptomlarının şiddetinin kötüleştiği belirlenmiştir (145). Bu sonuçlar, gebelerin üriner sistem semptomlarının tanısı, tedavisi ve önlenmesi konusunda risk faktörleri dikkate alınarak farkındalığının arttırılması gerektiğini göstermektedir. Gebelikte alt üriner sistem semptomlarının önlenmesi ve şiddetinin azaltılması için sağlık profesyonellerinin gebe kadınların sağlıklı mesane davranışı veya alışkanlıkları kazanmalarına yardımcı olacak eğitim ve danışmanlık sağlamaları gerekmektedir. Çalışmamızda deney grubundaki gebelere MG yöntemiyle PTKE öğretilmiş, MG oturumlarında üriner günlüklerin kontrolü sırasında sıvı alımını teşvik etme ve idrar yapma, boşaltma sırasında doğru tuvalet alışkanlıkları hakkında bilgi paylaşımı, geri bildirimler verilmiştir. MG yöntemi ile verilen PTKE'ni uygulanan deney grubundaki gebelerin kontrol grubuna göre postpartum dönemde depolama, idrar yapma ve idrar kaçırma semptomlarının şiddetinin daha düşük olduğu bulunmuşur. Çalışma bulgularımıza paralel olarak, Kim ve ark. nın (2011) çalışmasında süpervizör eşliğinde postpartum dönemde PTKE uygulayan kadınların kontrol grubuna oranla üriner semptomlarının az olduğu görülmüştür (117). Sonuçlarımız **4a ve 4b Hipotezlerimizi** destekler niteliktedir.

5.3. Pelvik Taban ve Kor Kaslarının Aktivite Ve İstirahat Durumundaki EMG Ve USG Bulgularının Tartışılması

Çalışmamıza katılan deney grubundaki gebe kadınların 3. ölçüm pelvik taban kası (PFM) fonksiyon sırasındaki ve istirahattaki % MVC EMG değerleri kontrol grubuna göre anlamlı oranda düşük çıkmıştır. Oysa ki biz **5. ve 6. Hipotezlerimizde**

bu değerlerin pelvik taban kas eğitimi ile yükseleceğini beklemekteydik. Gebe olmayan kadınlarda PFM eğitimi sonrasında % MVC EMG değerleri kas kasılması sırasında artmakta, istirahat değeri ise azalmaktadır (146). Bulduğumuz bu sonuçları bilimsel birkaç mekanizmaya dayandırabiliriz fakat bu mekanizmaların netleşebilmesi için gebelerde PFM EMG kas aktivasyonu üzerine daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir. Bu durum birkaç teori ile açıklanabilir. PFM kası aktivitesi sırasındaki değerleri başlangıçta her iki grupta aynı iken hiçbir uygulama yapılmayan kontrol grubunda trimesterler ilerledikçe giderek yükselmiştir. İki grup arasında başlangıçta fark yokken son ölçümde istatistiksel olarak anlamlı farkın oluşumuna yol açmıştır. Bebek anne karnı içinde büyüdükçe bu durum bebeği çevreleyen pelvik taban kaslarında ve kor kaslarında istenmeyen bir strese yol açabilir. Stres varlığı, EMG de hem istirahatte hem de kas kasılma sırasındaki parametrelerde artış olarak ortaya çıkabilir. Bu stresin nedeni ve aktivasyon artışının nedeni bebek hareketleri, kasların uzunluk gerilim ilişkisinin değişmesi ve intraabdominal basıncın artmasına bağlanabilir. Pelvik taban kasları düzenli bir şekilde deney grubunda eğitildiği için meydana gelen stresi daha iyi tolere edip, daha az EMG aktivasyonuna neden olabilir. Bu şekilde yorumlamamızın nedeni deney grubunda 3 ölçüm arasında fark hiç anlamlı değil ken kontrol grubunda katılımcı sayısı arttıkça sanki anlamlı çıkabilecek bir sonuca yol açabileceği düşünülmüştür. Deney grubunda hem semptomların anlamlı oranda az görülmesi hem de kor ve pelvik taban kaslarının EMG fonksiyonel değerlerinin az görülmesi pelvik taban kas eğitiminin gebeliğin neden olduğu bebeği çepeçevre saran kaslar üzerine yol açatığı stresi azaltıp, semptomların azalmasına yol açabileceği şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca biz çalışmamızda MVC verilerini verdik ortalama değerlerini vermedik çünkü PFM nin gerçek fonksiyonu hakkında MVC bize bilgi vermektedir. Literatürde kor ve PFM kaslarının hiçbir uygulama yapılmadan gebelik haftası ilerledikçe EMG parametrelerinin nasıl değiştiğini gösteren bir çalışma bulunmamaktadır.

PTKE verdiğimiz grupta DR-A hem pelvik taban kaslarının kasılması hem de gevşemesi sırasında eğitime başlandıktan sonra ikinci ölçümde ani bir yükseliş görülmüştür. Kontrol grubunda ise ani yükseliş, 3. ölçüm sırasında olmuştur. Oysa ki her iki grupta da başlangıç ve sonuç ölçümleri arasındaki diastazis rekti genişleme miktarı benzerdir. Sadece DRA genişlemesinin pik genişleme artışının olduğu

durumlar farklıdır. Burada kadınların postpartum dönemde ölçümleri alınamadığından DRA pik artışlarının farklı zamanlarda olmasının postpartum dönem üzerine farlı etkilere yol açabilir mi sorusu yanıtsız kalmıştır.

Hem Levator ani hem de puborektalis kaslarının kasılma ve gevşeme sırasındaki hiatal alanlarına baktığımızda deney ve kontrol grubularında fark bulunmamıştır. Fark olmamasının nedeni örneklem sayılarımızın düşük olmasından kaynaklanabilir. Puborektalis kası için her iki grupta da başlangıçtaki ve sondaki sonuç ölçümleri arasındaki farka bakıldığında PFM eğitim verilen grupta kasılmada sıfır, gevşemede 0,22 cm2 lik, kontrol grubunda kasılmada 1,46, gevşemede 1,25 cm2 lik bir fark gözlemlenmiştir. Hiatal alanda kontrol grubunda artış miktarı daha fazla gibi gözükmektedir. Fakat bu hiatal alandaki artıştan değil son trimesterdeki perineal bölgedeki venöz göllenme dolayısı ile olabilir. Literatürde gebelik ilerledikçe levator hiatal alandaki değişimlerin incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır.

5.4. BROOME Pelvik Taban Kas Egzersizi Öz-Etkililik Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması

PTKE kolay, noninvaziv ve etkinliği yüksek bir pelvik taban kas eğitimidir. Düzenli PTKE yapmak ve egzersiz programına bağlı kalmak tedavi başarısının ilk adımıdır. Literatürde PTKE'nin etkinliğinin, hastanın tedaviye devamlılığındaki eksiklik nedeni ile azaldığı bildirilmiştir (147, 148). Motive olmuş hastaların tedaviye bağlılıklarının daha fazla olması nedeni ile motivasyon, PTKE'ne uyum için anahtar niteliğindedir. Bu nedenle, pelvik taban sağlığı alanında çalışan fizyoterapist ve hemşireler için en büyük zorluklardan biri, uygulamalarında hasta katılımını ve tedavi etkinliğini artıracak teknikleri veya yaklaşımları belirlemektir (148).

Doğru bir pelvik taban kas kontraksiyonunun üretral basıncı arttırmada etkili olduğu gösterilmiştir. Ancak, literatürde PTKE'ni ilk deneyimlemede kadınların %30'unun pelvik tabanı doğru olarak kasamadığı, sadece %49'unun üretral basıncı etkin bir şekilde artırarak pelvik kas kontraksiyonunu yapabildiği bildirilmiştir. Ayrıca, her dört kadından birinin (%25) pelvik kas kontraksiyonu yerine valsalva manevrası yaptığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (149, 150).

PTKE, Üİ'nin önlenmesi ve yönetiminde gebeler dahil tüm kadınlarda birinci basamak konservatif tedavi seçeneği olarak önerilmektedir (151). Her hasta için

detaylı bir değerlendirme yapıldıktan sonra uygun egzersiz reçetesi ile PTKE'ye başlanır. Öncelikle hasta pelvik taban anatomisi ve disfonksiyonu hakkında bilgilendirilmelidir. Bunun için pelvik taban kaslarının farkındalığının sağlanması, hastanın kaslarını nasıl kasıp-gevşeteceğinin dijital palpasyon veya perineometre kullanılarak öğretilmesi gerekir (152-155). Çalışmada deney grubundaki gebelere MG yöntemi ile PTKE hakkında eğitim verilmiş, egzersizler uygulamalı olarak öğretilmiş ev egzersizi şeklinde yapmaları istenmiştir. Deney grubundaki kadınların gebelikten postpartum döneme kadar zaman içinde PTKE öz-etkililik algılarının giderek arttığı görülmüştür. Çalışma bulguları Pires ve ark.nın (2020) çalışma sonuçlarına benzer şekilde evde egzersiz protokolünün PTKE özyeterliliği artırmada önemli etkileri olduğunu göstermiştir (136). Ayrıca literatürde Sousa ve ark. (2015) çalışmasına benzer özyeterliliğin seviyesi arttırılarak da PTKE'nin etkili olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (156). Çalışmada kullandığımız MG oturumlarının gebelerin PTKE özetkiliklerinin artmasında etkili olduğunu düşünüyoruz. Literatürde MG'nin gebelerde özyeterliliğin artmasında kullanılan etkili yöntemlerden olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Hassanzei ve Navaee'nin (2022) primigravida gebelere verilen MG yönteminin doğuma özgü özyeterliliği arttırdığı bulunmuştur (157). Barut ve Uçar'ın (2023) nullipar gebelere uyguladıkları MG yöntemiyle gebelerin travmatik doğum algılarının azaldığı ve doğuma ilişkin özyeterliliklerinin arttığı görülmüştür (116). Benzer bir çalışmada da MG yöntemiyle eğitim verilen primipar gebelerin doğuma ilişkin korkularının azaldığı, özyeterliliğin arttığı ancak doğum şeklini etkilemediği bulunmuştur (158). Çalışma sonuçlarımız **7. Hipotezimizi** desteklemektedir. Literatürde MG'nin sıklıkla doğuma ilişkin özyeterliliği arttırmaya yönelik çalışmalara rastlanmıştır. Bu çalışma, gebelerde MG yöntemiyle verilen PTKE'nin Üİ'nin önlenmesinde ve iyileştirilmesinde etkisini araştıran öncü bir çalışma niteliğindedir.

5.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Alt Üriner Sistem Semptomları, PTKE Öz-etkililik Algıları ile Ped test ve Üriner Günlük Parametlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada deney grubundaki kadınların gebelikte ve postpartum dönem tekrarlayan ölçümlerinde yalnızca 36. gebelik haftasında BFLUTS depolama alt boyutu ve BROOME etkililik beklentisi arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur.

Burada gebe kadınların 36. Haftaya geldiklerinde neredeyse en az 3 aydır PTKE deneyimlemesiyle egzersiz öyeterliliklerinin artmasına bağlı egzersiz etkililik beklentisinin artmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Kadın PTKE etkilik beklentisi arttıkça egzersizi daha fazla deneyimlemekte, bu durum egzersize bağlılığı arttırırken idrar depolama semptomlarını iyileştirmiş olabileceğini düşünüyoruz.

Çalışmada bir diğer bulgu deney grubundaki gebe kadınların idrar kaçırma sayısı ve BROOME özetkililikleri arasındaki anlamlı ilişkidir. Buna göre deney grubundaki kadınların 20.gebelik haftasında idrar kaçırma sayısı arttıkça PTKE özetlilik toplam puanı düşmektedir. Çalışma bulgularımız Pires ve ark (2020) çalışma bulgularına benzer olmakla birlikte (136) PTKE bağlılığın ve egzersizi doğru teknikle kılavuzların önerdiği şekilde en az 8 hafta yapmanın Üİ epizodlarını azaltmada etkili olduğunu da destekler niteliktedir.

Çalışmada kontrol grubundaki gebe kadınların 20.gebelik haftasında idrar kaçırma düzeyi arttıkça ped test ölçümünün arttığı bulunmuştur. Lietratürde kadınların gebelikte pelvik taban kaslarının 20.haftada zayıflamaya başladığı bilinmektedir. Çalışmada literatüre paralel kontrol grubundaki kadınların 20.gebelik haftasında Üİ semptomplarını deneyimledikleri belirlenmiştir. Kadının gebelikte Üİ kaçırma düzeyinin artması, Üİ şiddetinin objektif ölçümü olan ped test miktarlarına yansıması beklendik bir durumdur ve gebelerin yaşam kaliteleri ve üriner semptomlarını iyileştirmek için sağlık profesyonelleri tarafından uygun müdahale yöntemlerinin kullanılması gerektiğini gösterir.

Çalışmamızda deney grubundaki gebe kadınların 2.ölçümde üriner günlükte alınan sıvı miktarı arttıkça idrar kaçırma semptomunun da artış gösterdiği belirlenmiştir. Bu sonucun deney grubundaki gebelere MG yöntemiyle verilen pelvik taban kas eğitiminin ve üriner günlüklere verilen geri bildirimlerin kadınların sıvı alımını kısıtlamadıkları aksine arttırmalarında etkili olduğunu düşünmekteyiz. Sonuçlarımız **8a Hipotezimizi** desteklemekte ancak **8b Hipotezimizi** desteklememektedir. Buna postpartum dönemde ölçüm sayısının az olması ve izlemlere devam edilmemesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde Primigravida Gebelere Motivasyonel Görüşme Yöntemi İle Verilen Pelvik Taban Kas Eğitiminin Gebelikte Ve Postpartum Dönemde Üriner İnkontinansa Etkisi'nin incelendiği tez çalışmasının sonuç ve önerileri sunulmuştur.

6.1. Sonuçlar

- ✓ Araştırmaya katılan grupların demografik ve obstetrik özellikler açısından bağımsız ve homojen olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Deney grubundaki gebe kadınların gebelikte ve postpartum dönemde Üİ, SÜİ ve UÜİ görülme oranının kontrol grubundan düşük olduğu bulunmuştur.
- ✓ Deney grubundaki gebe kadınların 28. ve 36. haftada BFLUTS depolama, idrar yapma ve idrar kaçırma semptomlarının şiddetinin kontrol grubundakilere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Deney grubunun 28. ve 36. gebelik haftalarındaki ped test ağırlıklarının kontrol grubundan daha düşük olduğu bulunmuştur.
- ✓ Deney grubundaki gebe kadınların zaman içinde üriner günlüğe göre alınan sıvı miktarlarının arttığı ve alınan sıvı miktarı ortalamalarının kontrol grubundan yüksek olduğu görülmüştür.
- ✓ Deney grubundaki gebe kadınların gebelik haftaları ilerledikçe üriner günlüğe göre idrar yapma zorunluluğunun azaldığı belirlenmiştir.
- ✓ Deney grubundaki gebe kadınların 36.gebelik haftasında üriner günlüğe göre idrar kaçırma sayılarının, kontrol grubundakilere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Deney gurubundaki kadınların BROOME PTKE özetkiliğinin zaman içinde arttığı belirlenmiştir.
- ✓ Ölçüm zamanlarına göre pelvik taban ve kor kasların EMG ve USG verilerinde grup içi ve gruplar arasında anlamlı değişimin olmadığı görülmüştür.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur;

6.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler

- ✓ Gebelikte ve postpartum dönemde primigravida gebelerin Üİ açısından rutin olarak taranması,
- ✓ Gebe sınıfına gebelerin yönlendirilmesi ve sınıflarda egzersizlerin birebir fizyoterapist eşliğinde uygulanması ve sürdürülmesi
- ✓ Postpartum dönemde de PTKE'nin fizyoterapist, hemşire gibi sağlık profesyonelleri eşliğinde yapılması ve Üİ sonuçlarının değerlendirilmesi
- ✓ Gebelikte Üİ'nin önlenmesi ve yönetiminde gebe kadınlara PTKE davranışını kazandırmada MG yönteminin kullanılması,
- ✓ PTKE özyeterliliğin arttırılmasına yönelik MG yönteminin postpartum dönemde de kullanılması önerilmektedir.

6.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- ✓ MG yöntemiyle verilen PTKE'nin postpartum dönemde Üİ'ye etkisinin değerlendirilmesine yönelik çalışmaların yapılması,
- ✓ MG yöntemiyle verilen PTKE'nin multigravida gebelerde Üİ'ye etkisinin değerlendirilmesine yönelik çalışmaların yapılması,
- ✓ MG'nin PTKE uyumunu, sürdürülebilirliğini ve etkinliğini değerlendiren çalışmaların yapılması,
- ✓ MG yönteminin postpartum dönemde diğer PTD etkisinin değerlendirilmesine yönelik çalışmaların yapılması
- ✓ Benzer çalışmanın daha büyük örneklemde uygulanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Haylen BT, De Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J ve ark. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society. 2010; 29(1): 4-20.

2. Bilgiç D, Başgöl Ş, Beji NK. Üriner inkontinansı önlemede doğum ve postpartum döneme yönelik kanıt temelli yaklaşımlar. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016; 15(7): 1-8.

3. Lasserre A, Pelat C, Gueroult V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon T ve ark. Urinary incontinence in French women: prevalence, risk factors, and impact on quality of life. Eur Urol. 2009; 56: 177–83.

4. Van der Woude DAA, Pijnenborg JMA, de Vries J. Health status and quality of life in postpartum women: a systematic review of associated factors. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2015; 185: 45–52.

5. Mendes A, Hoga L, Goncalves B, Silva P, Pereira P. Adult women's experiences of urinary incontinence: a systematic review of qualitative evidence. JBI Database System Rev Implement Rep. 2017; 15: 1350-408.

6. Toye F, Barker KL. A meta-ethnography to understand the experience of living with urinary incontinence: 'Is it just part and parcel of life?'. BMC Urol. 2020; 20:1-25.

7. Wilson L, Brown JS, Shin GP, Luc KO, Subak LL. Annual direct cost of urinary incontinence. Obstet Gynecol. 2001; 98: 398–406.

8. Torrisi G, Gianfranco M, Bernasconi F, Perrone A, Trezza G, Guardabasso V ve ark. A prospective study of pelvic floor dysfunciton related to delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2012; 160(1): 110-15.

9. Kömürcü Ö, Uğur G. Doğuma bağlı ortaya çıkan pelvik taban değişiklikleri. Kontinans ve Nöroüroloji Bülteni. 2017; 4: 25-34.

10. Chan SS, Cheung RY, Yiu KW, Lee LL, Chung TK. Prevalence of urinary and fecal incontinence in Chinese women during and after their first pregnancy. Int Urogynecol J. 2013; 24(9): 1473–9.

11. Chang SR, Chen KH, Lin HH, Lin MI, Chang TC, Lin WA. Association of mode of delivery with urinary incontinence and changes in urinary incontinence over the first year postpartum. Obstet Gynecol. 2014; 123(3): 568–77.

12. Wesnes SL, Hannestad Y, Rortveit G. Delivery parameters, neonatal parameters and incidence of urinary incontinence six months postpartum: a cohort study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017; 96(10): 1214–22.

13. Balik G, Güven ESG, Tekin YB, Şentürk Ş, Kağitçi M, Üstüner I ve ark. Lower urinary tract symptoms and urinary incontinence during pregnancy. Low Urin Tract Symptoms. 2016; 8: 120-4.

14. Dağdeviren H, Kaya C, Cengiz H, Erdoğan VŞ, Helvacıoğlu Ç, Bilecan MS. Urinary incontinence in pregnant women and its relation with quality of life. İstanbul Med J. 2018; 19: 43-6.

15. Demircan N, Özmen Ü, Köktürk F, Küçük H, Ata Ş, Harma M ve ark. What are the probable predictors of urinary incontinence during pregnancy? Peer J. 2016; 4: e2283.

16. Dinç A. Prevalance of Urinary Incontinence During Pregnancy and Associated Risk Factors. LUTS. 2018; 10: 303–307.

17. Kok G, Seven M, Guvenc G, Akyuz A. Urinary ıncontinence in pregnant women: prevalence, associated factors, and ıts effects on health-related quality of life. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2016; 43: 511-16.

18. Brown SJ, Donath S, MacArthur C, McDonald EA, Krastev AH. Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence, and associated risk factors. Int Urogynecol J. 2010; 21(2): 193–202.

19. Gökalp C, Okumuş H, Bilgiç D. Gebelikte trimesterlere göre üriner inkontinans ve yaşam kalitesi. Cukurova Medical Journal. 2020; 45(3): 954-962.

20. Milsom I, Altman D, Cartwright R, Lapitan MC, Nelson R, Sjostrom S ve ark. Epidemiology of urinary incontinence (UI) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP) and anal incontinence (AI). Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, Editörler. Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo 2016, 6th edn. International Continence Society (ICS) and International Consultation on Urological Diseases (ICUD), Bristol United Kingdom; 2017. 1–142.

21. Hage-Fransen MAH, Wiezer M, Otto A, Wieffer-Platvoet MS, Slotman MH, Nijhuis-van der Sanden MWG ve ark. Pregnancyand obstetric-related risk factors for urinary incontinence, fecal incontinence, or pelvic organ prolapse later in life: a systematic review and meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand Adv. 2021; 100: 373–82.

22. Diez-Itza I, Zubikarai M, Galan C, Ginto L, Saro J, Arrue M. Factors involved in the persistence of stress urinary incontinence from postpartum to 12 years after first delivery. Neurourol Urodyn. 2020; 39: 1849-55.

23. Ege E, Akın B, Altuntuğ K, Benli S, Ariöz A. Prevalence of urinary incontinence in the 12-month postpartum period and related risk factors in Turkey. Urologia internationalis. 2008; 80(4): 355-61.

24. Giugale LE, Moalli PA, Canavan TP, Meyn LA, Oliphant SS. Prevalence and Predictors of Urinary Incontinence at 1 Year Postpartum. Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2021; 27(2): e436-41.

25. Rogers RG, Ninivaggio C, Gallagher K, Borders AN, Qualls C, Leeman LM. Pelvic floor symptoms and quality of life changes during first pregnancy: a prospective cohort study. Int Urogynecol J. 2017; 28: 1701-7.

26. Erbil N, Taş N, Uysal M, Kesgin A, Kılıçarslan N, Gökkaya Ü. Urinary incontinence among pregnant Turkish women. Pak J Med Sci. 2011; 27: 586-90.

27. Bozkurt M, Ender Yumru A, Şahin L. Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. Taiwan J Obstet Gynecol 2014; 53(4): 452-58.

28. Lipschuetz M, Cohen SM, Libergall-Wischnitzer M, Zbedat K, Hochner-Celnikier D, Lavy Y ve ark. Degree of bother from pelvic floor dysfunction in women one year after first delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2015; 191: 90-4.

29. Casagrande D, Gugala Z, Clark SM, Lindsey RW. Low Back Pain and Pelvic Girdle Pain in Pregnancy. J Am Acad Orthop Surg. 2015; 23(9): 539-49.

30. Kesikburun S, Güzelküçük Ü, Fidan U, Demir Y, Ergün A, Tan AK. Musculoskeletal pain and symptoms in pregnancy: a descriptive study. Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease. 20018; 10(12): 229-34.

31. Kızılkaya Beji N, Satır G, Çayır G. Effect of pregnancy process on urinary system and pelvic floor and nursing approach. Bezmialem Science 2020; 8(2): 206-11.

32. Martelucci J, Bergamini C, Palla G, Simoncini T, Naldini G, Valeri A. Functional anatomy of the pelvic floor. In: Martellucci J, editors. Electrical Stimulation for Pelvic Floor Disorders. New York Dordrecht London: Springer Cham Heidelberg; 2015. 19-42.

33. Memon HU, Handa VL. Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. Women's Health. 2013; 9(3): 265-77.

34. Falkert A, Endress E, Weigl M, Seelbach-Göbel B. Three dimensional ultrasound of the pelvic floor 2 days after first delivery: influence of constitutional and obstetric factors. Ultrasound Obstet Gynecol. 2010; 35(5): 583-88.

35. DeLancey J, Kearney R, Chou Q, Speights S, Binno S. The appearance of levator ani muscle abnormalities in magnetic resonance images after vaginal delivery. Obstet Gynecol. 2003; 101(1): 46-53.

36. DeLancey JOL, Low LK, Miller JM, Patel DA, Tumbarello JA. Graphic integration of causal factors of pelvic floor disorders: an integrated life span model. Am J Obstet Gynecol. 2008; 199: 610.e1–5.

37. Salvatore S, DeLancey J, Igawa Y, Koelbl H, Laterza RM, Serati M ve ark. Pathophysiology of urinary incontinence, faecal incontinence and pelvic organ prolapse. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, Editörler. Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016, 6th edn.

International Continence Society (ICS) and International Consultation on Urological Diseases (ICUD), Bristol United Kingdom; 2017. 361–496.

38. Bø K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? Int Urogynecol J. 2004; 15: 76–84.

39. Mørkved S, Bø K, Schei B, Salvesen KA. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2003; 101(2): 313-9.

40. Cangöl E, Aslan E, Yalçın Ö. Kadınlarda pelvik taban kas egzersizleri ve hemşirenin rolü. HEAD. 2013; 10(3): 49-56.

41. Sangsawang B, Sangsawang N. Is a 6-week supervised pelvic floor muscle exercise program effective in preventing stress urinary incontinence in late pregnancy in primigravid women?: A randomized controlled trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016; 197: 103-10.

42. Du Y, Xu L, Ding L, Wang Y, Wang Z. The effect of antenatal pelvic floor muscle training on labor and delivery outcomes: a systematic review with meta-analysis. Int Urogynecol J. 2015; 26: 1415–27.

43. Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Kernohan A ve ark. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev. 2020; 5: CD007471.

44. Davenport MH, Nagpal TS, Mottola MF, Skow RJ, Riske L, Poitras VJ ve ark. Prenatal exercise (including but not limited to pelvic floor muscle training) and urinary incontinence during and following pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2018; 52: 1397–404.

45. 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. Neurourol Urodyn. 2014; 33: 67–71.

46. Dökmeci F, Peker BH, Uğurlucan FG, Yeniel Ö, Çetinkaya ŞE, Seval MM ve ark. Kadınlarda İzlenen Üriner İnkontinans: Uluslararası Kılavuzlar Işığında Güncel Yönetim. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2017; 70(3): 187-93.

47. Venegas M, Carrasco B, Casas-Cordero R. Factors influencing long-term adherence to pelvic floor exercises in women with urinary incontinence. Neurourology and urodynamics. 2018; 37(3): 1120-27.

48. Ashton-Miller JA, DeLancey JO. Functional anatomy of the female pelvic floor. Bo K, Berghmans B, Morkved S, Van Kampen M, Editörler. Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice. 2nd ed. Edinburgh: Elsevier; 2015. 19–34.

49. Borrelli SE, Walsh D, Spiby H. First-time mothers' expectations of the unknown territory of childbirth: uncertainties, coping strategies and 'going with the flow. Midwifery. 2018; 63: 39–45.

50. Phelan S. Pregnancy: a "teachable moment" for weight control and obesity prevention. Am J Obstet Gynecol. 2010; 202(2): 135-e1.

51. Olander EK, Darwin ZJ, Atkinson L, Smith DM, Gardner B. Beyond the 'teachable moment'- a conceptual analysis of women's perinatal behaviour change. Women Birth. 2016; 29: e67–71.

52. Woodley SJ, Hay-Smith EJC. Narrative review of pelvic floor muscle training for childbearing women—why, when, what, and how. International Urogynecology Journal. 2021; 32(7): 1977-88.

53. Michie S, Van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implement Sci. 2011; 6: 42.

54. Baca C, Theresa M, Jennifer K. "Satisfaction With Long-distance Motivational Interviewing for Problem Drinking". Addictive Disorders & Their Treatment. 2007; 6(1): 39-41.

55. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior, New York: The Guilford Press; 2008.

56. Kızılırmak M, Demir S. Motivasyonel Görüşme ve Hemşirelikte Kullanımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 7(4): 103-9.

57. Özdemir Çiçek S. Üriner inkontinansı olan kadınlara motivasyonel görüşmelerle desteklenmiş Transteoretik (Değişim) Model'e dayalı verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi [doktora tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2022.

58. Terry R, Jarvie R, Hay-Smith J, Salmon V, Pearson M, Boddy K ve ark. "Are you doing your pelvic floor?" an ethnographic exploration of the interaction between women and midwives about pelvic floor muscle exercises (PFME) during pregnancy. Midwifery. 2020; 83:102647.

59. Wagg AR, Kendall S, Bunn F. Women's experiences, beliefs and knowledge of urinary symptoms in the postpartum period and the perceptions of health professionals: a grounded theory study. Prim Health Care Res Dev. 2017; 18: 448–62.

60. Gillard S, Shamley D. Factors motivating women to commence and adhere to pelvic floor muscle exercises following a perineal tear at delivery: the influence of experience. Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health. 2010; 106: 5–18.

61. Strahle A, Stainton MC. Women's experience of revealing perinatal bladder function -implications for midwifery care. Women Birth. 2006; 19: 17–21.

62. Eickmeyer SM. Anatomy and physiology of the pelvic floor. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics. 2017; 28(3): 455-60.

63. Yalçın Ö. Pelvis Tabanı Anatomisi. Yalçın Ö (Editör) Temel Ürojinekoloji İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2009. 7-19.

64. Alapati S, Jambhekar K. Dynamic magnetic resonance imaging of the pelvic floor. Seminars in Ultrasound CT and MRI. 2017; 38(3): 189-99.

65. Bordoni B, Sugumar K, Leslie SW. Anatomy, abdomen and pelvis, pelvic floor. 2018.

66. Flusberg M, Kobi M, Bahrami S, Glanc P, Palmer S, Chernyak V ve ark. Multimodality imaging of pelvic floor anatomy. Abdominal Radiology. 2021; 46: 1302-11.

67. Betschart C, Wisser J. The effect of pregnancy on the pelvic floor. Doumouchtsis S, Editör. Childbirth Trauma. London: Springer; 2017. 43-56.

68. Wijma J, Weis Potters AE, von der Mark TW, Tinga DJ, Aarnoudse JG. Displacement and recovery of the vesical neck position during pregnancy and after childbirth. Neurourol Urodyn. 2007; 26: 372–6.

69. Dietz HP, Lanzarone V. Levator trauma after vaginal delivery. Obstetrics & Gynecology. 2005; 106(4): 707-12.

70. Grob ATM. Structural and functional ultrasound imaging of the pelvic floor during pregnancy and postpartum. ISBN: 978-90-365-4248-7, 2016.

71. Dias A, Assis L, Barbosa A, Santini AC, Picelli-Dias F. Effectiveness of perineal exercises in controlling urinary incontinence and improving pelvic floor muscle function during pregnancy. Neurourology and Urodynamics. 2011; 30(6): 968.

72. Bo K, Hilde G, Jensen JS, Siafarikas F, Engh ME. Too tight to give birth? Assessment of pelvic floor muscle function in 277 nulliparous pregnant women. International Urogynecology Journal. 2013; 24: 2065–70.

73. Van Delft KW, Sultan AH, Thakar R, Shobeiri SA, Kluivers KB. Agreement between palpation and transperineal and endovaginal ultrasound in the diagnosis of levator ani avulsion. Int Urogynecol J. 2015; 26(1): 33-9.

74. Dietz HP. Pelvic floor ultrasound: a review. Am J Obstet Gynecol. 2010; 202(4): 321-34.

75. Tosun ÖÇ, Solmaz U, Ekin A, Tosun G, Gezer C, Ergenoglu AM ve ark. Assessment of the effect of pelvic floor exercises on pelvic floor muscle strength using ultrasonography in patients with urinary incontinence: a prospective randomized controlled trial. J Phys Ther Sci. 2016; 28(2): 360-65.

76. Yeşilyaprak SS, Tosun ÖÇ, Angın S. Kas Ultrasonu ve Fizyoterapi. Turk Klin Physiotherapy and Rehabilitation-Special Topics. 2015; 1(1): 43-53.

77. Özengin N, Yıldırım NÜ, Duran B. A comparison between stabilization exercises and pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse. Turk J Obstet Gynecol. 2015; 12(1): 11.

78. Singh N, Arya KN, Pervin A. Synergistic Action of Deep Abdominals and Pelvic Floor Muscles: Implication for Incontinence Management in Women. Indian J Physiother Occup Ther. 2017; 11(3): 66-9.

79. Tahan N, Brojerdi MH. Effect of pelvic floor muscle contraction on ultrasonographic thickness of abdominal muscles. J Clin Physio Res. 2018; 3(4): 144-48.

80. Tayashiki K, Takai Y, Maeo S, Kanehisa H. Intra-abdominal pressure and trunk muscular activities during abdominal bracing and hollowing. Int J Sports Med. 2016; 37(02): 134-43.

81. Vesentini G, El Dib R, Righesso LAR, Piculo F, Marini G, Ferraz G ve ark. Pelvic floor and abdominal muscle cocontraction in women with and without pelvic floor dysfunction: a systematic review and meta-analysis. Clinics. 2019;74: e1319.

82. Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 210: Fecal Incontinence. Obstetrics & Gynecology. 2019; 133(4): 260-73.

83. King VG, Boyles SH, Worstell TR, Zia J, Clark AL, Gregory WT. Using the Brink score to predict postpartum anal incontinence. American journal of obstetrics and gynecology. 2010; 203(5): 486.e1-5.

84. Elenskaia K, Thakar R, Sultan AH, Scheer I, Onwude J. Pelvic organ support, symptoms and quality of life during pregnancy: a prospective study. International urogynecology journal. 2013; 24(7): 1085-90.

85. Gachon B, Desseauve D, Fradet L, Decatoire A, Lacouture P, Pierre F ve ark. Changes in pelvic organ mobility and ligamentous laxity during pregnancy and postpartum. Review of literature and prospects. Progres en urologie: journal de l'Association francaise d'urologie et de la Societe francaise d'urologie. 2016; 26(7): 385-94.

86. Chen Y, Li FY, Lin X, Chen J, Chen C, Guess MK. The recovery of pelvic organ support during the first year postpartum. BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology. 2013; 120(11): 1430-7.

87. Toptaş B, Aksu H. Kadınlarda Kronik Pelvik Ağrı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2017; 26(1), 142-52.

88. Committee on Practice Bulletins-Gynecology. Female Sexual Dysfunction: ACOG Practice Bulletin Summary, No 213. Obstetrics & Gynecology. 2019; 134(1): 203-5.

89. McDonald E, Woolhouse H, Brown SJ. Consultation about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study. Birth. 2015; 42(4): 354-61.

90. Tosun Güleroğlu F, Gördeles Beşer N. Evaluation of sexual functions of the pregnant women. The journal of sexual medicine. 2014; 11(1): 146-53.

91. Haylen BT, De Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J ve ark. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society. 2010; 29(1): 4-20.

92. Sangsawang B, Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. International urogynecology journal. 2013; 24: 901-12.

93. Sangsawang B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: a review of the literature. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2014; 178: 27-34.

94. Wesnes SL, Lose G. Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. International urogynecology journal. 2013; 24: 889-99.

95. Karan A. Ürojinekolojide Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2016.

96. Rogers RG. Kadın Pelvik Sağlığı ve Rekontrüktif Cerrahisi Klinik Pratik Ve Cerrahi Atlası. Uğurlucan FG (Çeviri Editörü). Ankara: Pelikan Yayıncılık; 2016.

97. Gümüşsoy S, Kavlak O. Kadınlarda üriner inkontinansın birinci basamak tedavisinde konservatif yöntemler. Klinik Tıp Aile Hekimliği. 2016; 8(6): 6-14.

98. Ferreira CH, Dwyer PL, Davidson M, De Souza A, Ugarte JA, Frawley H. The effect of pelvic floor muscle training on female sexual function: a systematic review. Physiotherapy. 2015; 101: 380-81.

99. Wesnes SL, Lose G. Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. International urogynecology journal. 2013; 24(6): 889-99.

100. Agur WI, Steggles P, Waterfield M, Freeman RM. The long-term effectiveness of antenatal pelvic floor muscle training: eight-year follow up of a randomised controlled trial. BJOG:an international journal of obstetrics and gynaecology. 2008; 115(8): 985-90.

101. Morkved S, Bo K. Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. British journal of sports medicine. 2014; 48(4): 299-310.

102. Palmezoni VP, Santos MD, Pereira JM, Bernardes BT, Pereira-Baldon VS, Resende AP. Pelvic floor muscle strength in primigravidae and non-pregnant nulliparous women: a comparative study. International urogynecology journal. 2017; 28(1): 131-7.

103. Mørkved S, Bø K. Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. British journal of sports medicine. 2014; 48(4): 299-310.

104. Woodley SJ, Hay-Smith EJC. Narrative review of pelvic floor muscle training for childbearing women—why, when, what, and how. International Urogynecology Journal. 2021; 32(7): 1977-88.

105. Dinç A, Beji NK. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde üriner inkontinans ve korunma yolları. G.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi. 2008; 16(62): 143-49.

106. Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen risk faktörleri. Turkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences. 2008; 28: 487-93.

107. Beji NK, Özbas A, Aslan E, Bilgiç D, Erkan HA. Overview of the social impact of urinary incontinence with a focus on Turkish women. Urologic Nursing Journal. 2010; 30: 327-34.

108. Süt HK. Gebelik ve doğumun pelvik taban yetersizlikleri üzerine etkisi: önlenmesi ve korunmada hemşirenin rolü. Gümüşhane University Journal of Health Sciences. 2015; 4: 292-30.

109. Berzuk K. A strong pelvic floor: how nurses can spread the word. Nursing Womens Health. 2007; 11(1): 54-61.

110. Ögel K. Motivasyonel görüşme tekniği. Türkiye Klinikleri J Psychiatry- Special Topics. 2009; 2(2): 41-44.

111. Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2009; 37(02): 129-40.

112. Miller W, Rollnick S. Psikolojik problemlerin tedavisinde motivasyonel görüşme. Şahin M, Uğur Kural H (Çeviri Editörü). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2019.

113. Ögel K, Şimşek M. Motivasyonel Görüşme Tekniği. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları; 2021.

114. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change. 3rd ed., New York: Guilford Press; 2013.

115. Özdemir H, Taşçı S. Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2012; 1(1): 1-7.

116. Sümeyye B, Tuba U. Effects of motivational interviews on childbirth perceptions and childbirthself-efficacy in nulliparous pregnant women: a randomised-controlled trial, Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2023; 41(5): 540-55.

117. Kim EY, Kim SY, Oh DW. Pelvic floor muscle exercises utilizing trunk stabilization for treating postpartum urinary incontinence: randomized controlled pilot trial of supervised versus unsupervised training. Clinical rehabilitation. 2012; 26(2): 132-41.

118. Taşdelen B, Kanık EA. Sağlık araştırmalarındabiyoistatistiksel yöntemlerin doğru kullanımı ve sunumu. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2009; 2(1): 1-13.

119. Jackson S, Donovan J, Brookes S, Eckford S, Swithinbank L, Abrams P. The Bristol Female Lower Urinary Tract symptom questionnaire: development and psychometric testing. British Journal of Urology. 1996; 77: 805–12.

120. Güngör F. Stres Üriner İnkontinans olgularında Tension-Free Vaginal Tape ve Tension Free Vaginal Tape Obturator Operasyonlarının Klinik ve Ürodinamik Sonuçlarının Karşılaştırılması [uzmanlık tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2005.

121. Broome BA. Development and testing of a scale to measure selfefficacy for pelvic muscle exercises in women with urinary incontinence. Urol Nurs. 1999; 19(4): 258-68.

122. Zengin N, Pınar R. Reliability and validity of continence self-efficacy scale in Turkish women with urinary incontinence. Nursing and Health Sciences. 2012; 14: 277–84.

123. Kaya HD, Günaydin S, Doğan E. Prevalence of urinary incontinence in pregnant women in Turkey: A systematic review and meta-analysis. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2023; 284: 162-68.

124. Bø K, Frawley H, Haylen BT, Abramov Y, Almeida FG, Berghmans B ve ark. An international Urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. Int Urogynecol J. 2017; 28: 191–213.

125. Dumoulin C, Adewuyi T, Booth J, Bradley C, Burgio B, Hagen S ve ark. Adult conservative management. Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, Editörler. Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, 6th edn. International Continence Society (ICS) and International Consultation on Urological Diseases (ICUD). Bristol United Kingdom; 2017. 1443–1628.

126. National Institute for Health and Care Excellence. NICE guideline. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: Management. Published 2 April 2019; last updated 24 June 2019. https://www.nice.org.uk/guidance/ng123

127. Whitford HM, Alder B, Jones MA cross-sectional study of knowledge and practice of pelvic floor exercises during pregnancy and associated symptoms of stress urinary incontinence in north-East Scotland. Midwifery. 2007; 23: 204–17.

128. Dönmez S, Kavlak O. Gebelikte pelvik taban kas egzersizi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 3(1): 45-49.

129. Du Y, Xu L, Ding L, Wang Y, Wang Z. The effect of antenatal pelvic floor muscle training on labor and delivery outcomes: A systematic review with meta-analysis. Int Urogynecol J. 2015; 26: 1415–27.

130. Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD, Mørkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev. 2012; (10): CD007471.

131. 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. Neurourol Urodyn. 2014; 33: 67–71.

132. Mørkved S, Bø K. Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. British journal of sports medicine. 2014; 48(4): 299-310.

133. Zhu L, Li L, Lang JH, Xu T. Prevalence and risk factors for peri-and postpartum urinary incontinence in primiparous women in China: a prospective longitudinal study. International urogynecology journal. 2012; 23: 563-72.

134. Lucas MG, Bosch RJL, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB, Nambiar AK ve ark. EAU guidelines on surgical treatment of urinary incontinence. Actas Urológicas Españolas (English Edition), 2013; 37(8): 459-72.

135. Lucas M, Bedretdinova D, Bosch JLHR, Burkhard F, Cruz F, Nambiar AK ve ark. Guidelines on urinary incontinence. European Association of Urology. 2015; 60(6): 1118-29.

136. Pires TF, Pires PM, Costa R, Viana R. Effects of pelvic floor muscle training in pregnant women. Porto Biomedical Journal. 2020; 5(5): e077.

137. Tosun OC, Solmaz U, Ekin A, Tosun G, Gezer C, Ergenoglu AM ve ark. Assessment of the effect of pelvic floor exercises on pelvic floor muscle strength using ultrasonography in patients with urinary incontinence: a prospective randomized controlled trial. Journal of physical therapy science. 2016; 28(2): 360-65.

138. Bilgiç D. Üriner Günlük ve Mesane Eğitimi. İçinde: Pelvik Taban Disfonksiyonu Tanı, Tedavi ve Bakımda Hemşirelere Yönelik Güncel Yaklaşımlar. Beji NK, Çayır G, Editörler. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2020. 220-221.

139. 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(19-20): 2777-86.

140. Dinc A, Kizilkaya Beji N, 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: 1223–31.

141. Kahyaoglu Sut H, Balkanli Kaplan P. Effect of pelvic floor muscle exercise on pelvic floor muscle activity and voiding functions during pregnancy and the postpartum period. Neurourology and urodynamics. 2016; 35(3): 417-22.

142. Anzaku AS, MikaliS, Ubot BT. Prevalence and determinants of Lower Urinary Tract Symptoms Before and During Pregnancy in a cohort of Nigerian women. Sahel Medical journal. 2014; 17(3): 96-101.

143. Güzel İnal C, Timur Taşhan S. Gebelikte üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. ADYÜ Sağlık Bilimleri Derg. 2020; 6(2): 150-60.

144. Aydın A, Kocaöz S, Kara P. Prevalence of lower urinary tract symptoms in pregnant adolescents and the influencing factors. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 2020; 33(2): 160-66.

145. Destegül E, Kocaöz S, Kara P, Yavuz A. Prevalence, affecting factors and relationship with toileting behaviors of lower urinary tract symptoms in pregnant women: a cross-sectional study. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2023; 27(14): 6769-79.

146. Vera-Garcia FJ, Moreside JM, McGill SM. MVC techniques to normalize trunk muscle EMG in healthy women. Journal of electromyography and kinesiology. 2010; 20(1): 10-16.

147. Chen SY, Tzeng YL. Path analysis for adherence to pelvic floor muscle exercise among women with urinary incontinence. J Nurs Res. 2009;17(2): 83-92.

148. Elliott V, de Bruin ED, Dumoulin C. Virtual reality rehabilitation as a treatment approach for older women with mixed urinary incontinence: a feasibility study. Neurourol Urodyn. 2015; 34(3): 236-43.

149. Bø K. Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. Sports Med. 2004; 34(7): 451-64.

150. Freeman RM. The role of pelvic floor muscle training in urinary incontinence. BJOG. 2004; 111(1): 37-40.

151. Martinho NM, Silva VR, Marques J, Carvalho LC, Iunes DH, Botelho S. The effects of training by virtual reality or gym ball on pelvic floor muscle strength in postmenopausal women: a randomized controlled trial. Braz J Phys Ther. 2016; 20(3): 248-57.

152. Eskiyurt N. Prophylaxis and exercises of the treatment of pelvic floor dysfunction. Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics. 2009; 2(2): 36-41.

153. Kaya S, Akbayrak T, Demirtaş N ve ark. Evidence review. Akbayrak T, Kaya S, editörler. KNGF Kılavuzu: Stres Üriner İnkontinansı Olan Hastalarda Fizyoterapi. 1. baskı. Ankara: Pelikan Kitabevi; 2015. 11-77.

154. Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ ve ark. EAU guidelines on urinary incontinence. Eur Urol. 2011; 59(3): 387-400.

155. Bernards AT, Berghmans BC, Slieker-Ten Hove MC, Staal JB, de Bie RA, Hendriks EJ. Dutch guidelines for physiotherapy in patients with stress urinary incontinence: an update. Int Urogynecol J. 2014; 25(2): 171-79.

156. Sousa M, Viana R, Viana S, Da Roza T, Azevedo R, Araujo M ve ark. Effects of a pelvic floor muscle training in nulliparous athletes with urinary incontinence: biomechanical models protocol. Computational and Experimental Biomedical Sciences: Methods and Applications. Switzerland: Springer; 2015. 83–90.

157. Hassanzei Y, Navidian A, Navaee M. The effect of motivational interviewing on self-efficacy and decision-making about type of delivery in primigravid women: A randomized clinical trial. Nurs Midwifery Stud. 2022; 11: 234-39.

158. Calpbinici P, Özçirpan ÇY. The effect of the training program provided to primiparous pregnant women through the motivational interview method on their fear of childbirth, childbirth self-efficacy, and delivery mode: a randomized controlled trial. Current Psychology. 2023; 42(25): 21609-623.

BILGILENDIRILMIŞ ONAM FORMU (DENEY GRUBU)

Tarih:…../…../20….

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın ……Hanım,

Ben DEU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı'nda doktora öğrencisi Manolya PARLAS. Danışman hocalarım Doç. Dr. Dilek BİLGİÇ ve Doç. Dr. Özge ÇELİKER TOSUN ile kadın sağlığı ve hastalıkları uzman hekim Doç. Dr. Sefa KURT, Dr. Onur Yavuz ve Fizyoterapist Sinem ÇiÇEK ile birlikte doktora tez çalışması yürütmekteyiz. **"Primigravida gebelere motivasyonel görüşme yöntemi ile verilen pelvik taban kas eğitiminin gebelikte ve postpartum dönemde üriner inkontinansa etkisi"** isimli Doktora tez çalışmamızın amacı motivasyonel görüşme yöntemi ile verilen pelvik taban kas eğitiminin gebelikte ve doğum sonu dönemde idrar kaçırma üzerine etkisini incelemektir. Bu amaçla size araştırmacılar tarafından formlar uygulanacak, ultrasonla ölçümler yapılacak ve pelvik taban kas eğitimi verilecektir. Bu çalışmayı 120 gönüllü gebe kadın ile yapmayı planladık. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. İstediğiniz zaman çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırmaya katılmak zorunlu değildir. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmaktan dolayı herhangi bir ödül, ücret ya da ceza verilmeyecek sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmadaki masraflar kişiye ya da sosyal güvenlik kurumlarına ödetilmeyecektir. Araştırmadan kişi kendi isteği ile ayrılabilir ya da araştırmacı tarafından çıkartılabilir. Bununla birlikte araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir. Araştırmanın beklenen yararı, gebelikte öğretilen pelvik taban kas eğitiminin düzenli uygulanarak gebe kadınların gebelikte gelişebilecek idrar kaçırma semptomlarının önlenmesi veya düzeltilmesidir.

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde, sizden şu aktiviteleri yapmanız istenecektir:

- Dokuz Eylül Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde değerlendirmeleriniz yapılacaktır.
- Kişisel bilgileriniz ve uygulanacak anketler yüz yüze görüşme ile toplanacaktır.
- Hekim muayenesi ile pelvik taban kas egzersizi yapmanızda sakınca olmadığı belirlendikten sonra pelvik taban kasları görevleri ve önemi hakkında eğitim verilecek, USG ve EMG ile pelvik tabanın değerlendirilmesi yapılacaktır.
- Üriner inkontinansı önlemeye ve iyileştirmeye yönelik pelvik taban kas egzersizleri uygulamalı olarak bireysel öğretilecek, egzersizi ev programı şeklinde her gün yapmanız istenecektir.
- Egzersizler pelvik taban kaslarının yavaş ve hızlı kontraksiyonlarını içermektedir. Yavaş kontraksiyon 4-8'sn tutulacaktır. Bunu takiben 1 saniye süren 3 hızlı kontraksiyon yapılacaktır. Hızlı kontraksiyonlar "sık-bırak" şeklinde yaptırılacaktır. Her bir hızlı kontraksiyon arasında 6 saniye dinlenme süresi bırakılacaktır.
- Çalışma kapsamında belirlenen kontroller sırasında pelvik taban kas gücünde değerlendirmeler yapılarak egzersizlerde bireysel değişiklikler yapılabilecektir. PTKE'lerine, 20. gebelik haftasında başlanacak ve postpartum 6. aya kadar devam edilecektir.
- Gebeliğin 20.haftası, 28. Haftası ve 36. Haftası ile doğum sonrası 6. hafta olmak üzere toplam dört kez ölçümler yapılacaktır.
- Kas aktivitelerinizi değerlendirmek için karın bölgenize herhangi bir yan etkisi olmayan yapışkan kare cisimler yerleştirilecektir.
- Yine ultrason cihazı ile perine bölgenizden kas aktiviteleriniz değerlendirilecektir.
- 15 dakika içinde 500 ml su (2,5 su bardağı/ 5 çay bardağı) tüketmeniz ve bir saat içerisinde oturma, merdiven çıkma gibi istenilen aktiviteleri yapmanız istenecektir.
- Gebelik takiplerinize düzenli olarak gelmeniz ve verilen egzersiz programını düzenli olarak yapmanız istenecektir.

Ben……. katılmam istenen bu çalışmanın kapsamı ve amacında gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve detaylı bilgi alma fırsatı buldum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmayı kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

Bireyin Adı-Soyadı:……
İmzası:…….
Adresi (Telefon No, varsa Faks No):…….....
Tarih (gün/ay/yıl)… …….....
Araştırıcının Adı-Soyadı: Araş.Gör.Manolya PARLAS
İmzası:……..
Adresi (Telefon No, varsa Faks No):DEU Hemşirelik Fakültesi
Tarih(gün/ay/yıl):…….
Onam alma işlemine tanık olan kişinin Adı- Soyadı: ……
İmzası:…….....
Tarih(gün/ay/yıl):……..
Adresi (Telefon No, varsa Faks No):……

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (KONTROL GRUBU)

Tarih:…../…../20….

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın ……Hanım,

Ben DEU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı'nda doktora öğrencisi Manolya PARLAS. Danışman hocalarım Doç. Dr. Dilek BİLGİÇ ve Doç. Dr. Özge ÇELİKER TOSUN ile kadın sağlığı ve hastalıkları uzman hekim Doç. Dr. Sefa KURT, Dr. Onur Yavuz ve Fizyoterapist Sinem ÇiÇEK birlikte doktora tez çalışması yürütmekteyiz. **"Primigravida gebelere motivasyonel görüşme yöntemi ile verilen pelvik taban kas eğitiminin gebelikte ve postpartum dönemde üriner inkontinansa etkisi"** isimli Doktora tez çalışmamızın amacı pelvik taban kas eğitiminin gebelikte ve doğum sonu dönemde idrar kaçırma üzerine etkisini incelemektir. Bu amaçla size araştırmacılar tarafından formlar uygulanacak ve ultrasonla ölçümler yapılacaktır. Bu çalışmayı 120 gönüllü gebe kadın ile yapmayı planladık. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. İstediğiniz zaman çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırmaya katılmak zorunlu değildir. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmaktan dolayı herhangi bir ödül, ücret ya da ceza verilmeyecek sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmadaki masraflar kişiye ya da sosyal güvenlik kurumlarına ödetilmeyecektir. Araştırmadan kişi kendi isteği ile ayrılabilir ya da araştırmacı tarafından çıkartılabilir. Bununla birlikte araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir. Araştırmanın beklenen yararı, gebelikte öğretilen pelvik taban kas eğitiminin düzenli uygulanarak gebe kadınların gebelikte gelişebilecek idrar kaçırma semptomlarının önlenmesi veya düzeltilmesidir.

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde, sizden şu aktiviteleri yapmanız istenecektir:

- Dokuz Eylül Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde değerlendirmeleriniz yapılacaktır.
- Kişisel bilgileriniz ve uygulanacak anketler yüz yüze görüşme ile toplanacaktır.
- **Gebeliğin 20.haftası, 28. Haftası ve 36. Haftası ile doğum sonrası 6. Hafta olmak üzere toplam dört kez ölçümler yapılacaktır.**
- Kas aktivitelerinizi değerlendirmek için karın bölgenize herhangi bir yan etkisi olmayan yapışkan kare cisimler yerleştirilecektir.
- Ultrason cihazı ile perine bölgenizden kas aktiviteleriniz değerlendirilecektir.
- 15 dakika içinde 500 ml su (2,5 su bardağı/ 5 çay bardağı) tüketmeniz ve bir saat içerisinde oturma, merdiven çıkma gibi istenilen aktiviteleri yapmanız istenecektir.
- Düzenli gebelik ve doğum sonu takiplerinize katılmanız istenecektir.

Ben……. katılmam istenen bu çalışmanın kapsamı ve amacında gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve detaylı bilgi alma fırsatı buldum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmayı kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

Bireyin Adı-Soyadı:……
İmzası:…….
Adresi (Telefon No, varsa Faks No):…….....
Tarih (gün/ay/yıl)… …….....

Araştırıcının Adı-Soyadı: Araş.Gör.Manolya PARLAS
İmzası:……..
Adresi (Telefon No, varsa Faks No):DEU Hemşirelik Fakültesi
Tarih(gün/ay/yıl):…….

Onam alma işlemine tanık olan kişinin Adı- Soyadı: ……
İmzası:…….....
Tarih(gün/ay/yıl):……..
Adresi (Telefon No, varsa Faks No):……

Tanıtıcı Bilgi Formu

Adınız-Soyadınız: ……..

Telefon numaranız: ……

Yakınınızın telefon numarası: ……...

Protokol no:……..

Tc. no:……

1-Yaşınız: …….

2-

Boyunuz (cm)	**Gebe Kalmadan Önceki Kilonuz (kg)**	**BKİ:** (Araştırmacı tarafından hesaplanacaktır.)

3-Eğitim Durumunuz:

a. İlkokul
b. Ortaokul
c. Lise
d. Üniversite
e. Lisansüstü

4-Mesleğiniz:

a. Çalışmıyor (Ev hanımı)
b. İşçi
c. Memur
d. Özel sektör
e. Diğer (…….)

5- Gebelik haftanız: ……..

6-Gebe kalma şekliniz:

a. Normal yolla kendiliğinden
b. Tedavi (Yardımcı üreme teknikleri) ile

7- Geçirilmiş hastalıklarınız varsa yazınız: ……..

8-Kadın hastalıkları nedeniyle herhangi bir operasyon geçirdiniz mi?

a. Evet ise operasyonun adını yazınız**: ……..**
b. Hayır

9- Düşük (Abortus) var mı?
a. Evet ise nedenini ve haftasını yazınız**: ……..**
b. Hayır

10- Küretaj (D/C) var mı?
a. Evet ise nedenini ve haftasını yazınız: **…….**
b. Hayır

11- İlk adet görme (menarş) yaşınızı yazınız: ……..

12- Menstrüasyonunuz düzenli midir?
a. Evet ise **……**günde bir, **……** gün sürüyor
b. Hayır

13-Son adet tarihinizi (SAT) yazınız: ……..

14- Jinekolojik rahatsızlığınız (polikistik over, polip, myom, servikal yetmezlik vb.) var mı?
a. Evet ise yazınız: **……..**
b. Hayır

15-Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı?
a. Evet ise yazınız: **……**
b. Hayır

16-Sigara/Alkol kullanıyor musunuz?
a. Evet ise sigara**: ……..**adet/günde, Alkol**: ……..…**kadeh/haftada
b. Hayır

17- Kabızlık şikayetiniz var mı?
a. Evet ise ne kadar süredir kabızlık şikayetiniz mevcut:…….
b. Hayır

18- Gebelikten önce kahve ve kola gibi kafein içeren içecekleri tüketiyor muydunuz?

a. Evet ise miktarını yazınız: günde……..bardak/fincan
b. Hayır

19- Gebeliğiniz süresince kahve ve kola gibi kafein içeren içecekleri tüketiyor musunuz?

a. Evet ise miktarını yazınız: günde……..bardak/fincan
b. Hayır

20- Gebelikten önce idrar kaçırma şikayetiniz var mıydı?

a. Evet ise ne kadar süredir idrar kaçırıyordunuz: ……
b. Hayır

21- Gebeliğiniz süresince idrar kaçırdınız mı?
a. Evet ise ne kadar süredir idrar kaçırıyordunuz: ……
b. Hayır

22- Yakınlarınızda idrar kaçırma şikayeti olan var mı?

a. Yok
b. Annem
c. Kız kardeşim/Ablam
d. Akrabam
e. Arkadaşım

23- Gebelikten önce sık sık üriner enfeksiyon geçirir miydiniz?

a. Evet ise ne kadar sıklıkla lütfen yazınız: ……..
b. Hayır

24- Kronik öksürüğünüz var mı?

a. Evet ise süresi: …… Nedeni: ……..
b. Hayır

25- Gebelikten önce düzenli (haftada 3 gün en az 3 ay) egzersiz yapar mıydınız:

a. Evet ise yapılan egzersizin türü: ……, egzersiz yapma sıklığı……
b. Hayır

26- Gebeliğiniz süresince düzenli (haftada 3 gün en az 3 ay) egzersiz yapıyor musunuz:

a. Evet ise yapılan egzersizin türü: ……, egzersiz yapma sıklığı……
b. Hayır

27- Doğum tercihiniz:……

28-Gelir Durumunuz:

a. Gelirim giderimden fazla
b. Gelirim giderime denk
c. Gelirim giderimden az

29-Sosyal güvenceniz var mı?

a. Var
b. Yok

BU BÖLÜM POSTPARTUM DÖNEMDE (6. HAFTADA) DOLDURULACAKTIR.
Doğumdaki gebelik haftanız: ……
Doğum şekliniz:. a. Spontan Vajinal Doğum b. Müdahaleli vajinal doğum (Forseps/ Vakum/ Epizyotomi) c. Sezaryen
Bebek doğum ağırlığı: ……. **Cinsiyeti:**
APGAR skoru: ……
Şimdiki kilonuz: ……

BRISTOL KADIN ALT ÜRINER YOL SEMPTOMLARI SORU FORMU (THE BRISTOL FEMALE LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS- B-FLUTS)

Aşağıda yer alan idrar yapma ile ilgili yaşanılan sorunlara yönelik soruları geçtiğimiz ay içinde yaşadığınız sorunları düşünerek cevaplayınız. Bu sorunların sıklığını belirtirken

Ara sıra - geçtiğimiz ayın üçte birinden daha az kez / defa

Bazen - geçtiğimiz ayın üçte biri ile üçte iki arasında kez / defa

Genellikle - geçtiğimiz ayın üçte ikiden daha fazla kez / defa anlamında kullanılmaktadır.

1. Gece ortalama kaç defa idrar yapmak için kalkıyorsunuz?
□ 0 □ 1 □ 2. □ 3. □ 4 ya da daha fazla

2. İdrar yapmak için tuvalete yetişmekte acele ettiğiniz oluyor mu?
□ Hiçbir zaman □ Ara sıra □ Bazen □ Genellikle □ Her zaman

3. Mesanenizde (idrar torbanızda) ağrı hissediyor musunuz?
□ Hiçbir zaman □ Ara sıra □ Bazen □ Genellikle □ Her zaman

4. Günde kaç kez idrar yapıyorsunuz?
□ Her 4 saatte ya da daha fazla saatte bir yapıyorum
□ Her 3 saatte bir yapıyorum
□ Her 2 saatte bir yapıyorum
□ Saatte bir yapıyorum

5. İdrar yapmak için tuvalete oturduğunuzda idrarı başlatmak için beklemeniz gerekiyor mu?
□ Hiçbir zaman □ Ara sıra □ Bazen □ Genellikle □ Her zaman

6. İdrar yapmak için ıkınmanız gerekiyor mu?
□ Hiçbir zaman □ Ara sıra □ Bazen □ Genellikle □ Her zaman

7. İdrar yaparken bir kereden fazla, durup tekrar idrar yapmaya başlamanız gerekiyor mu?
□ Hiçbir zaman □ Ara sıra □ Bazen □ Genellikle □ Her zaman

8. Tuvalete yetişemeden idrar kaçırdığınız oluyor mu?
□ Hiçbir zaman □ Ara sıra □ Bazen □ Genellikle □ Her zaman

9. Ne kadar sıklıkla idrar kaçırıyorsunuz?
□ Hiçbir zaman
□ Ara sıra (Haftada 1 veya daha az)
□ Bazen (Haftada 2 – 3 kez)
□ Genellikle (Günde 1 kez)
□ Her zaman (Günde birkaç kez)

10. Öksürürken hapşırırken, fiziksel olarak hareketli olduğunuzda idrar kaçırıyor musunuz?
□ Hiçbir zaman □ Ara sıra □ Bazen □ Genellikle □ Her zaman

11. Hiçbir neden yokken ve idrar hissi olmadan (tuvalete gitme isteği hissetmeksizin) idrar kaçırdığınız oluyor mu?
□ Hiçbir zaman □ Ara sıra □ Bazen □ Genellikle □ Her zaman

12. Uykuda iken idrar kaçırıyor musunuz?
□ Hiçbir zaman □ Ara sıra □ Bazen □ Genellikle □ Her zaman

13. İdrar sorunlarınız sizce cinsel hayatınızı ne kadar etkiliyor?
□ Hiç □ Az □ Biraz □ Çok

14. Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırdığınız oluyor mu?
□ Hiç □ Az □ Biraz □ Çok

15. İdrar kaçırma nedeniyle gün içerisinde kıyafetlerinizi değiştirmeniz gerekiyor mu?
□ Hiçbir zaman □ Ara sıra □ Bazen □ Genellikle □ Her zaman

16. İdrar şikayetlerinizin azalması ve yapmak istediklerinizi rahat yapabilmek için içtiğiniz sıvı miktarını azalttığınız oluyor mu?
□ Hiçbir zaman □ Ara sıra □ Bazen □ Genellikle □ Her zaman

17. İdrar şikayetleriniz günlük yaptığınız işleri (temizlik, eşya kaldırma) ne derecede etkiliyor?
□ Hiç □ Az □ Biraz □ Çok

18. Yakınlarında tuvalet olmadığını bildiğiniz yerlere gitmekten kaçınıyor musunuz? (Alış veriş, seyahat, tiyatro).
□ Hiçbir zaman □ Ara sıra □ Bazen □ Genellikle □ Her zaman

19. İdrar şikayetleriniz hayatınızı ne kadar etkiliyor?
□ Hiç □ Az □ Biraz □ Çok

BROOME PELVİK TABAN KAS EGZERSİZİ ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ

A	Aşağıdaki her bir ifade idrar kaçırmayı önleyen pelvik kas egzersizlerini uygularken kendinize ne kadar güvendiğinizi göstermEKtedir. Aşağıda belirtilenleri yaparken kendinize ne kadar güveniyorsunuz? (0 hiç güvenmediğinizi, 100 kesinlikle kendine güvendiğinizi göstermEKtedir.											
		Güvenmiyorum										Güveniyorum
1	Pelvik kaslarınızı kasabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
2	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini günde 3 kez uygulayabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
3	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini yatar durumda uygulayabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
4	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini ayaktayken uygulayabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
5	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini otururken uygulayabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
6	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini karın kaslarınızı kasmadan uygulayabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
7	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini muslukta sebze ve meyve yıkarken uygulayabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
8	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini alışveriş torbasını kaldırırken uygulayabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
9	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini lavobada dişlerini fırçalarken uygulayabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini hızlı yapabilir misiniz_	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
11	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini üzgün olduğunuzda yapabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
12	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini yoğun ve yorucu bir günün sonunda duş alırken yapabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
13	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini yorgun olduğunuzda yapabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
14	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini gece güçlü bir idrara çıkma ihtiyacı ile uyandığınızda yapabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
B	***Her soruya yanıt verdiğiniz zaman pelvik kas egzersizlerini yaptığınızı (uyguladığınızı) hayal edin. Aşağıdaki durumlarda pelvik kas eğersizinin idrar kaçırmayı önleyebileceğinden ne kadar eminsinziz?***											
1	İdrara çıkmak için şiddetli bir his duyduğunuzda (hissettiğinizde)	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
2	Hapşırdığınızda/ Aksırdığınızda	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
3	Güldüğünüzde?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
4	Tuvalette gitmeyi 2 dakika kadar geciktirdiğinizde (meşgul olma, iş, tuvaletin dolu olması vb.)	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
5	Tuvalette gitmeyi 5 dakika kadar geciktirdiğinizde (meşgul olma, iş, tuvaletin dolu olması vb.)	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
6	Gece şiddetli bir idrara çıkma isteği (hissi) ile uyandığınızda	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
7	Ağır bir paket kaldırdığınızda	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
8	Öksürdüğünüzde	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
9	Sebze ve meyve yıkarken	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

PELVİK TABAN KAS EGZERSİZİ İZLEM FORMU ***(Bir haftalık örnek form)***

ADI- SOYADI:…… **Tarih:**

Ayakta	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez
Uzanarak	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez
Sırtüstü	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez
7.GÜN	Sabah	Öğle	Akşam
Ayakta	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez
Uzanarak	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez
Sırtüstü	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez
6.GÜN	Sabah	Öğle	Akşam
Ayakta	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez
Uzanarak	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez
Sırtüstü	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez
5.GÜN	Sabah	Öğle	Akşam
Ayakta	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez
Uzanarak	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez
Sırtüstü	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez
4.GÜN	Sabah	Öğle	Akşam
Ayakta	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez
Uzanarak	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez
Sırtüstü	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez
3.GÜN	Sabah	Öğle	Akşam
Ayakta	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez
Uzanarak	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez
Sırtüstü	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez
2.GÜN	Sabah	Öğle	Akşam
Ayakta	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez
Uzanarak	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez
Sırtüstü	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez	Y:….kez H:….kez
1.GÜN	Sabah	Öğle	Akşam
	1. HAFTA		

ÜRİNER GÜNLÜK (*Bir günlük örnek form*)

Adı-Soyadı:……. **Tarih:…../…../……**

Saat	İçecek Tipi	İçecek Miktarı	İdrar yapma zorunluluğu	İdrar yapma	İdrar Kaçırma	Meşguliyet
08:00	**Süt**	**1 su bardağı= 200 cc**		**X**		
09:30			**X**			**Bulaşık yıkıyorken**
10:00					**X**	**Hapşırırken**

Yatış saati: ……

Veri Kayıt Formu (Ped Test, EMG ve USG ölçümleri)

PED TESTİ	20.GEBELİK HAFTASINDA	28.GEBELİK HAFTASINDA	36.GEBELİK HAFTASINDA
1 saat (gr)			

EMG KAS AKTİVASYON ÖLÇÜMÜ		PELVİK TABAN KASI		TRANSVERSUS ABDOMİNUS		RECTUS ABDOMİNUS		İNTERNAL OBLİK ABDOMİNALLER		EKSTERNAL OBLİK ABDOMİNALLER	
		Work	Rest	Work	Rest	Work	Rest	Work	Rest	Work	Rest
	20.GEBELİK HAFTASI										
	28.GEBELİK HAFTASI										
	36.GEBELİK HAFTASI										

BOY:	20.Gebelik Haftasında	28.Gebelik Haftasında	36.Gebelik Haftasında	Postpartum 4-6.Hafta
KİLO				

		20.GEBELİK HAFTASINDA		28.GEBELİK HAFTASINDA		36.GEBELİK HAFTASINDA	
		WORK	REST	WORK	REST	WORK	REST
PELVİK USG ÖLÇÜMLERİ	DR ORTA						
	DR ÜST						
	DR ALT						
	LH MED-LAT						
	LH SUP-İNF						
	LEVATOR HİATAL ALAN						
	PUBORECTAL ALAN						

GEBELİKTE VE DOĞUM SONRASI DÖNEMDE PELVİK TABAN KAS EĞİTİMİ

Araş. Gör. Manolya PARLAS

Doç. Dr. Dilek BİLGİÇ

Doç. Dr. Özge ÇELİKER TOSUN

1.Motivasyonel Görüşme (20. gebelik haftası) 30 dk	**2.Motivasyonel Görüşme (28. gebelik haftası) 30 dk**	**3.Motivasyonel Görüşme (36. gebelik haftası) 30 dk**	**4.Motivasyonel Görüşme (Postpartum 4.-6. Hafta) 30 dk**
"FARKINDALIK"	"EYLEM"	"SÜRDÜRME"	"TEKRARLAMA"
Tanışma, çalışmadaki rolümüz ve nasıl bir plan izleneceği ile ilgili 1. oturuma başlama (Açılış ve yapılandırma)	İlk görüşmeden bugüne kadar PTKE yönelik düşünce ve davranışlarında değişiklikleri öğrenme (Açık uçlu sorular sorma) "Egzersizle aran nasıl gidiyor?" "Egzersizi düzenli yapabiliyor musun?"	PTKE'nin gebeye neler kazandırdığının sorulması, (Değişimi konuşma)	Doğum sonu süreç, bebek bakımı ve yeni düzenin konuşulması,
Gebelikte idrar kaçırma ve gebelikte pelvik taban kas egzersizleri hakkında gebenin neler düşündüğünün sorulması (Niyet)	Gebenin PTKE ile ilgili endişe ve duygularını dile getirmesini sağlama, (Ambivalansın ortaya çıkarılması)	Ölçüm sonuçları ve PTKE izlem defterindeki kayıtları da kullanarak mevcut durum ve gelinen noktanın özetlenerek geri bildirimde bulunma, (Özetleme)	Doğum sonu süreçteki değişimlerin PTKE yapmasına engel bir durum var mı konuşulması, Kadın PTKE'ni düzenli yapmaya devam ediyor mu
Bilgi verme için izin isteme ve gebelikte Üİ görülme sıklığı ve Üİ'nin önlenmesinde ve iyileştirilmesinde PTKE hakkında kısa bilgi verme (Değişime Bağlılığı Güçlendirme)	PTKE'ne core stabilizasyon egzersizlerinin eklenmesi	Öz-yeterliliği artırmak için olumlu davranışların pekiştirilmesi "4 aydır egzersize devam ediyorsun, bu harika"	Doğum sonu dönemde idrar kaçırma sizin için ne kadar önemli? Eğer önemliliği 0'dan ona kadar bir cetvel yaparsak ve 0 "hiç önemli değil" ve 10 " çok önemli" yi gösterirse, siz kendinize hangi sayıyı uygun görürsünüz?" (Önemlilik)
Gebelikte idrar kaçırma sizin için ne kadar önemli? Eğer önemliliği 0'dan ona kadar bir cetvel yaparsak ve 0 "hiç önemli değil" ve 10 " çok önemli" yi gösterirse, siz kendinize hangi sayıyı uygun görürsünüz?" (Önemlilik)	Ölçeklerin uygulanması ve ölçümlerin yapılması	Egzersiz planını gözden geçirme, kademeli artırma (Değişikliği sürdürme)	Kendini nasıl hissediyorsun, egzersiz yapmaya devam edecek misin ne düşünüyorsun gibi açık uçlu sorular sorma (Gündem haritası oluşturma)
Eğer PTKE yapmayı düşünseydiniz, bunu başarmakta kendinize ne kadar güveniyorsunuz? Kendinize olan güveni 0'dan ona kadar bir cetvel yaparsak ve 0 "hiç güvenmiyorum" ve 10 "çok güveniyorum"u gösterirse, siz kendinize hangi sayıyı uygun görürsünüz?" (Güven ve yeterlilik)	Bir sonraki görüşme tarihinin belirlenerek oturumun bitirilmesi	Ölçümleri ve anketleri tekrarlama	Doğum sonu dönemde PTKE'ni uygulamada kendinize ne kadar güveniyorsunuz? Kendinize olan güveni 0'dan ona kadar bir cetvel yaparsak ve 0 "hiç güvenmiyorum" ve 10 "çok güveniyorum"u gösterirse, siz kendinize hangi sayıyı uygun görürsünüz?" (Güven ve yeterlilik)
PTKE hakkında bilinçlendirme yapılarak, pelvik taban nedir, pelvik taban kaslarının görevleri, pelvik tabanda değişimler, gebelikte görülen kas-iskelet sistemi değişiklikleri, pelvik taban kaslarının zayıflaması sonucu gelişebilecek pelvik taban bozuklukları, PTKE nedir ve nasıl yapılır, dikkat edilmesi gerekenleri anlatma (Sunum ve broşür)			Egzersize devam edemeyeceğini düşünürsek PTKE'ni yapmamanın iyi olan yanları neler? PTKE'ne devam ettiğini düşünürsek bu durumun senin için o kadar da iyi olmayan yanları neler? PTKE'ni sürdürmenin iyi olan yanları neler? (Karar Dengesi)
Bir sonraki görüşme tarihinin belirlenerek oturumun bitirilmesi			PTKE'yi yaşam tarzı haline getirmeye ne kadar hazırsın?
			Motivasyonel görüşmenin sonlandırılması

Motivasyonel görüşme oturumlarının içeriği

EĞİTİM SERTİFİKASI

— Manolya Parlas —

Başkent Psikoloji Atölyesi ve Ruh Sağlığı Akademisi işbirliği ile
31 Mayıs-2 Haziran 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilen
Prof. Dr. Kültegin Ögel ve Ekibi ile **"Motivasyonel Görüşme Teknikleri Eğitimini"** tamamlayarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

BAŞKENT
PSİKOLOJİ
ATÖLYESİ

Eğitmen
Prof. Dr. Kültegin ÖGEL
ruh sağlığı akademisi

Gmail

ölçek kullanım izni hk.

2 ileti

20 Nisan 2022 12:22

Sayın Hocam,
Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formunuzu (BFLUTS-Bristol Low Urinary Tract Symptoms) doktora tez çalışmamda kullanmak üzere izninizi rica ediyorum. İyi çalışmalar dilerim hocam.
Saygılarımla.

--

Araş. Gör. Manolya PARLAS

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD.
35340 İnciraltı/İZMİR

funda gungor 20 Nisan 2022 21:46
Alıcı: manolya parlas

Merhaba Manolya Hanım,

Ölçeği kullanabilirsiniz.

Funda

[Alıntılanan metin gizlendi]

Gmail

ölçek kullanım izni hk.

2 ileti

manolya parlas 20 Nisan 2022 12:14
Alıcı: neriman zengin

Sayın Hocam,
Broome Pelvik Kas Egzersizi Öz Yeterlik Ölçeğinizi doktora tez çalışmamda kullanmak üzere izninizi rica ediyorum. İyi çalışmalar dilerim hocam.
Saygılarımla.

--

Araş. Gör. Manolya PARLAS

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD.
35340 İnciraltı/İZMİR

neriman zengin 21 Nisan 2022 14:54
Alıcı: manolya parlas

Merhabalar manolya haım ölçeği kullanabilirsiniz?. Ölçek ile ilgili gerekli bilgilere tezden ulaşabilirsiniz.

Neriman Zengin, Professor Dr.
Health Science University
Faculty of Health Science
Department of Midwifery

Gmail

Dr tezim kapsamında hazırladığım motivasyonel görüşme içeriğinin uzman görüşü hakkında

3 ileti

22 Haziran 2021 16:28

Sayın Kültegin Hocam ve Sayın Melike Hocam,
En son düzenlemiş olduğunuz kurs katılımcılarındanım, ismim Manolya. Öncelikle eğitim süresince vermiş olduğunuz bilgiler ve danışmanlık desteğiniz için teşekkür ediyorum. Doktora tezimde **gebelere uygulamalı olarak öğreteceğim pelvik taban kas eğitiminin motivasyonel görüşme oturumlarını** ekte önerilerinize sunarım. Geri bildirimleriniz çalışmamı güçlendirecektir.
Saygılarımla.
--

Araş. Gör. Manolya PARLAS

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD.
35340 İnciraltı/İZMİR

motivasyonel görüşme.docx
19K

26 Haziran 2021 01:52

Sayın Hocalarım,
Doktora tezimin başlığı "***Primigravida gebelere motivasyonel görüşme yöntemi ile verilen pelvik taban kas eğitiminin gebelikte ve postpartum dönemde üriner inkontinansa etkisi"*** dir. Başlığa ilişkin önerilerinizi de iletebilirseniz çok sevinirim🙏 İyi çalışmalar dilerim.
Saygılarımla.

Melike Şimşek 30 Haziran 2021 22:32
Alıcı: manolya parlas

Sevgili Manolya Hanım,
Öncelikle çalışmanızda kolaylıklar dileriz. Gönderdiğiniz dokümanı incelediğimde son derece titizlikle hazırlanmış olduğunu gördüm. Açıkçası çok fazla revizyon önerim olmayacak. Değinmek istediğim noktalar şu şekilde:
1. Bazı sorularınız hep kapalı uçlu olmuş, bunları açık uçluya çevirmenizi öneririm.
2. Değişim konuşması çıkmaya başladığında muhakkak karar dengesi uygulamasını yapmanızı öneririm.
3. İlk görüşmede bilgilendirme yapma aşamasını geçmenizi, bunu sonraki aşamalara saklamanızı öneririm.
Başlıkla ilgili olarak, açıkçası konu bizlere çok yabancı olduğu için farklı bir öneri getiremedik. Sizin belirlediğiniz başlık son derece spesifik ve amacına uygun görünüyor.
Sevgilerimle,
Melike Şimşek

Gmail

Mesane Günlüğü uygulaması kullanım izni hakkında

2 ileti

manolya parlas 28 Mayıs 2023 13:53
Alıcı: kontinansdernegi

Sayın İlgili,
Ben Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Araştırma alanım ürojinekoloji olup, bir araştırmamda mesane günlüğü aplikasyonunuzu kullanmak üzere izninizi rica ediyorum. Ayrıca günlüğün Android'in eski bir sürümü için üretildiğinden bazı telefonlarda indirilemediği bilgisini de geri bildirimlerinize sunmak isterim. Böyle güzel, bilimsel alt yapısı olan bir uygulamanın belki güncellemeye ihtiyacı olabileceğini düşünüyorum. Bilgilerinizi rica eder, iyi çalışmalar dilerim.

--

Araş. Gör. Manolya PARLAS

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD.
35340 İnciraltı/İZMİR

kontinans derneği 5 Haziran 2023 13:05
Alıcı: manolya parlas

Sayın Manolya Parlas,

Mesane Günlüğü Mobil uygulamamızı araştırmanızda kullanmak üzere bir talebiniz oldu. Derneğimizin amacı Mesane Günlüğü Mobil uygulamasının kullanımını yaygınlaştırmak olduğu için sizin çalışmanızda bu uygulamayı kullanmanız bizi memnun eder.

Araştırmanızın sonucunda Kontinans Derneği ve Kontinans Derneği Mesane Günlüğü mobil uygulaması ismine yer vermenizden onur duyarız.

Ayrıca uygulama üzerinde güncellemeler yapılmaktadır, uyarınız için teşekkür ederiz.

Sevgi ve saygılarımla,

Dr. Mesut Gürdal
Kontinans Derneği Başkanı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr.Dilek Bilgiç

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**
AÇIK ADRES	**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR**
TELEFON	**0 232 412 22 54-0 232 412 22 58**
FAKS	**0 232 412 22 43**
E-POSTA	**etikkurul@deu.edu.tr**

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	5646-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☒	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Primigravida Gebelerde Pelvik Taban Kas Eğitiminin Gebelikte ve Postpartum Dönemde Üriner İnkontinansa Etkisi**	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Dilek Bilgiç Hemşirelik Fakültesi	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ☒

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:2020/21-30**	**Tarih:14.09.2020**
	Doç.Dr.Dilek Bilgiç'in sorumlusu olduğu **"Primigravida Gebelerde Pelvik Taban Kas Eğitiminin Gebelikte ve Postpartum Dönemde Üriner İnkontinansa Etkisi"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARARLARI

TOPLANTI SAYISI : 43 **TOPLANTI GÜNÜ : Perşembe**
TOPLANTI TARİHİ: 14.10.2021 **TOPLANTI SAATİ : 11:00**

KARAR 32 / Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği doktora programı öğrencisi **Manolya PARLAS'**ın 11.10.2021 tarih ve 101381 sayılı Tez Başlığı Değişikliği Formu okundu. Tez danışmanı Doç. Dr. Dilek BİLGİÇ tarafından önerilen ve Etik Kurul onayı alınan *(Etik Kurul Onay Tarihi: 14.07.2021, Karar No: 2021/21-19, Protokol No: 5646-GOA)* tez başlığının aşağıdaki şekilde değiştirilmesinin kabulüne kararın öğrenciye, Anabilim Dalı Başkanlığı ile danışmanına bildirilmesine oy birliği ile karar verildi.

Yeni Tez Başlığı : "Primigravida Gebelere Motivasyonel Görüşme Yöntemi ile Verilen Pelvik Taban KAs Eğitiminin Gebelikte ve Postpartum Dönemde Üriner İnkontinansa Etkisi"

Not 1 : Teze DEU.HSI.PhD -2017970230 kodu verilmiştir. Tezin iç ve dış kapaklarında yer alması gereklidir.

Not 2 : Tez konusu önerisi Enstitü Yönetim Kurulu tarafından onaylanan öğrencilerin https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ web uzantısından YÖK Tez Merkezine giriş yaptıktan sonra, Enstitümüz Web sayfasında yer alan Tez Veri Giriş Formunu doldurarak Enstitümüze teslim etmesi gerekmektedir.

İmza
Prof. Dr. Hülya ELLİDOKUZ
Enstitü Müdürü

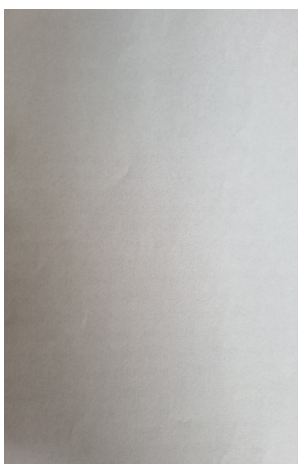
İmza
Prof. Dr. Mehmet ERDURAN
Enstitü Müdür Yardımcısı

İmza
Dr.Öğ.Üyesi Gamze TUNA
Enstitü Müdür Yardımcısı

İmza
Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER
Üye

İmza
Prof.Dr. Didem KARADİBAK
Üye

İmza
Prof. Dr. Alirıza ŞİŞMAN
Üye



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr.Dilek Bilgiç
Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**
AÇIK ADRES	**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR**
TELEFON	**0 232 412 22 54-0 232 412 22 58**
FAKS	**0 232 412 22 43**
E-POSTA	**etikkurul@deu.edu.tr**

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	5646-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☒	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Primigravida Gebelerde Pelvik Taban Kas Eğitiminin Gebelikte ve Postpartum Dönemde Üriner İnkontinansa Etkisi**	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Dilek Bilgiç Hemşirelik Fakültesi	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☒

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Karar No:2021/21-19	**Tarih:14.07.2021**
KARAR BİLGİLERİ	Doç.Dr.Dilek Bilgiç'in sorumlusu olduğu **"Primigravida Gebelerde Pelvik Taban Kas Eğitiminin Gebelikte ve Postpartum Dönemde Üriner İnkontinansa Etkisi"** isimli klinik araştırmaya ait araştırmacı dilekçesine ilişkin; -Çalışmada deney grubundaki gebe kadınlara pelvik taban kas eğitiminin motivasyonel görüşme yöntemi ile verilmesi, -Çalışmada gebe kadınların ilk ölçümlerinin 14-19. Haftalardan yapılması, -Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeğinin kullanılması, -Güncellenmiş çalışmanın ölçüm araçları; Tanıtıcı Bilgi Formu, Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği (Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms) (BFLUTS), BROOME Pelvik Taban Kas Egzersizi Öz etkililik Ölçeği, PTKE izlem formu, Üriner Günlük,Veri Kayıt Formu,Bilgilendirilmiş Onam Formu (Deney Grubu),Bilgilendirilmiş Onam Formu (Kontrol Grubu),Randomizasyon Şeması -Güncellenmiş örneklem hacmi, -Güncellenmiş randomizasyon şeması. -Çalışma başlığının **"Primigravida gebelere motivasyonel görüşme yöntemi ile verilen pelvik taban kas eğitiminin gebelikte ve postpartum dönemde üriner inkontinansa etkisi"** olarak değiştirilmesi, İle ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Prevantif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr.Dilek Bilgiç
Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**
AÇIK ADRES	**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR**
TELEFON	**0 232 412 22 54-0 232 412 22 58**
FAKS	**0 232 412 22 43**
E-POSTA	**etikkurul@deu.edu.tr**

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	5646-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☒	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Primigravida Gebelerde Pelvik Taban Kas Eğitiminin Gebelikte ve Postpartum Dönemde Üriner İnkontinansa Etkisi**	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Dilek Bilgiç Hemşirelik Fakültesi	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ☒

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:2022/10-01**	**Tarih:16.03.2022**
	Doç.Dr.Dilek Bilgiç'in sorumlusu olduğu **"Primigravida Gebelerde Pelvik Taban Kas Eğitiminin Gebelikte ve Postpartum Dönemde Üriner İnkontinansa Etkisi"** isimli klinik araştırmaya ait araştırmacı dilekçesine ilişkin; -Çalışmaya yardımcı araştırmacı olarak Uzm.Dr. Onur Yavuz'un ve Fzt. Sinem Çiçek'in eklenmesi, ile ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Prevantif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 59537164-00.99-E.52511 24/06/2020
Konu : Doç.Dr.Dilek BİLGİÇ'in Araştırma İzin Yazısı

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 17.06.2020 tarih ve 72292585-00.99-49972 sayılı yazısı.

Anabilim Dalınız Öğretim Üyesi Doç.Dr.Dilek BİLGİÇ'in sorumlu araştırmacı olduğu, Araş.Gör.Manolya PARLAS, Doç.Dr.Özge ÇELİKER TOSUN ve Doç.Dr.Sefa KURT ile birlikte yürütülmesi planlanan; ***"Primigravida Gebelerde Pelvik Taban Kas Eğitiminin Gebelikte ve Postpartum Dönemde Üriner İnkontinans Üzerine Etkisi"*** isimli doktora çalışmasının, D.E.Ü. Hastanesi Kadın Doğum Polikliniklerinde yürütülmesinin **uygun görüldüğüne** ilişkin Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinin ilgi sayılı yazısı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER
Dekan

Ekler :
1- İzin Yazısı(1 Sayfa)
2- İlgi Yazısı(1 Sayfa)

Dokuz Eylül Üniversitesi – Hemşirelik Fakültesi
Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi
İnciraltı/İzmir 35340 – Türkiye
Tel: (232) 412 47 51 Elektronik Ağ: www.deu.edu.tr
Kep Adresi: dokuzeylul@hs01.kep.tr

Bilgi İçin İrtibat:
Defne DEMİR
Dahili:
E-Posta: defne.demir@deu.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na göre Prof.Dr. Seyda SEREN INTEPELER tarafından 24.06.2020 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrağınızı http://dogrulama.deu.edu.tr linkinden DE1DC79FX9 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

DOKUZEYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

E-İmzalıdır

Sayı : 72292585-00.99-E.49972
Konu : Doç.Dr.Dilek BİLGİÇ'in Araştırma İzni

17/06/2020

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 08.06.2020 tarih ve 59537164-00.99-46621 sayılı yazınız.

Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Dilek BİLGİÇ'in sorumlu araştırmacı olduğu,Araş.Gör.Manolya PARLAS,Doç.Dr.Özge ÇELİKER TOSUN ve Doç.Dr.Sefa KURT ile birlikte yürütülmesi planlanan;"Primigravida Gebelerde Pelvik Taban Kas Eğitiminin Gebelikte ve Postpartum Dönemde Üriner İnkontinans Üzerine Etkisi" isimli doktora çalışmasının hastanemiz Kadın Doğum Polikliniklerinde yürütülebilmesi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Prof.Dr. Semih KÜÇÜKGÜÇLÜ
Başhekim V.

Ek : 16.06.2020 tarih ve 84081863-00.99-49229 sayılı yazı.

Adres: İnciraltı Mahallesi, Mithatpaşa Cd. İnciraltı yerleşkesi
No:1606, 35340 Narlıdere/Balçova/İzmir
Tel: 0(232) 412 1212
Elektronik Ağ: http://www.hastane.deu.edu.tr/

Bilgi İçin İrtibat:
Miray ÇÖLDÜR
Dahili:
E-Posta: miray.coldur@deu.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa gore Prof.Dr. Semih KUCUKGUCLU tarafından 17.06.2020 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrağınızı http://dogrulama.deu.edu.tr linkinden ED44BF0AXD kodu ile dogrulayabilirsiniz.

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

E-İmzalıdır

Sayı : 84081863-00.99-E.49229 16/06/2020
Konu : Doç.Dr.Dilek Bilgiç'in Araştırma İzni

UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 12.06.2020 tarih ve 72292585-00.99-48337 sayılı yazınız.

İlgi yazı da adı geçen Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Dilek BİLGİÇ'in sorumlu araştırmacı olduğu,Araş.Gör.Manolya PARLAS,Doç.Dr.Özge ÇELİKER TOSUN ve Anabilim Dalı Öğretim Üyemiz Doç. Dr. Sefa KURT ile birlikte yürütülmesi planlanan;"Primigravida Gebelerde Pelvik Taban Kas Eğitiminin Gebelikte ve Postpartum Dönemde Üriner İnkontinans Üzerine Etkisi" isimli doktora çalışmasının Anabilim Dalı polikliniğimizde yürütülmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarım ile arz ederim.

Prof.Dr. Ömer Erbil DOĞAN
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı

Ek : Araştırma İzni(9 Sayfa)

Dokuz Eylül Üniversitesi
Adres: Mithatpaşa Cd. İnciraltı yerleşkesi No:1606, 35340
Balçova/İzmir
Tel: 0232 412 22 22 Elektronik Ağ: www.deu.edu.tr
Kep Adresi: dokuzeyluluniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi İçin İrtibat:
Hale KARAÇÖL
Dahili:
E-Posta: hale.karacol@deu.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na Prof.Dr. Ömer Erbil DOGAN tarafından 16.06.2020 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrağınızı http://dogrulama.deu.edu.tr linkinden 4F78D81DX7 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

MANOLYA PARLAS

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi	Dokuz Eylül Üniversitesi 15 Temmuz Sağlık Yerleşkesi İnciraltı/İzmir ? Türkiye
Telefon	
E-posta	
İnternet Sayfası	

Öğrenim Bilgileri

06 Şubat 2018 - Şu Anda (5 yıl 11 ay)
Doktora, Doktora, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ (DR)
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.66 / 4.0

23 Ocak 2015 - 22 Ocak 2018 (3 yıl)
Yüksek Lisans, Tezli Program, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ (YL)
Diploma Numarası: 43856
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.83 / 4.0

01 Eylül 2005 - 01 Haziran 2009 (3 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU, HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU PR. (KIZ)
Diploma Numarası: 1078
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.49 / 4.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

13 Mart 2014 - Şu Anda (9 yıl 10 ay) (Tam Zamanlı)
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

01 Temmuz 2009 - 01 Temmuz 2010 (1 yıl 1 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, GÜLHANE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi)

Bilimsel Teknolojik Faaliyet Alanları

Bilimsel Teknolojik Faaliyet Alanı Bilgileri

Sağlık Bilimleri -- Hemşirelik -- Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği

Anahtar Kelimeler

Kadın Sağlığı

Hemşirelik

Oluşturma Zamanı: 03 Ocak 2024 05:16:58

Ar-Ge Yetkinlik

Kitaplar

D. BİLGİÇ & M. PARLAS, Üreme Organlarının Yapısal ve Konjenital Bozuklukları, 500 Soru 500 Yanıt Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği(441 - 459), ISBN: 9786052369579: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, Kitapta Bölüm.

M. PARLAS & D. BİLGİÇ, Türkiye'de Pelvik Taban Kas Egzersizleri İle Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi, A. DİNÇ [Editörler], Ebelik Öğrenci Araştırmaları 2021(145 - 168), ISBN: 978-625-7450-00-3, TÜRKİYE: Efe Akademi Yayınları, 30 Haziran 2021, Kitapta Bölüm.

Makaleler

M. PARLAS, D. BİLGİÇ & S. KURT, Five-year evaluation of women with urinary incontinence and prolapse surgical operations in a university hospital: A retrospective study, Ege Journal of Medicine, 2023, 1016-9113, 62, 4, 563-577.

S. ÇİÇEK, Ö. ÇELİKER TOSUN, M. PARLAS, D. BİLGİÇ, O. YAVUZ, S. KURT, M. BAŞER SEÇER & G. TOSUN, Is the function of the core muscles affected during pregnancy?, International Urogynecology Journal, 2023, 0937-3462.

S. ÇİÇEK, Ö. ÇELİKER TOSUN, M. PARLAS, D. BİLGİÇ, O. YAVUZ, S. KURT, M. BAŞER SEÇER, G. TOSUN, M. ÖZER & A. İLERİ, Is there a synergistic relationship between diaphragm and pelvic floor muscles in pregnant women?, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2023, 0301-2115, 293, 125-131.

M. PARLAS, D. BİLGİÇ & M. DİŞSİZ, Reliability and validity of the Toileting Behaviors?Women's Elimination Behaviors scale in a Turkish pregnant population, International Urogynecology Journal, 2023, 0937-3462.

M. PARLAS & G. ERYILMAZ, The effects of the PRECEDE-PROCEED model-based educational program on genital hygiene behaviors: A randomized controlled trial., Health care for women international, 2023, 0739-9332, 1.

M. PARLAS & G. ERYILMAZ, Application of the PRECEDE-PROCEED Planning Model in Designing a Genital Health Program, Journal of Client -Centered Nursing Care, 2022, 2476-4132, 8, 4, 233-241.

H. YAĞCAN, B. GÜLER & M. PARLAS, Childbirth Education and Birth Experience: A Focus Group Study, Medical Sciences, 2021, 1308-7312, 1, 16, 9-18.

Bildiriler

M. PARLAS & D. BİLGİÇ, Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Antenatal Dönemde Kullanimi, Sözlü Sunum, 2. Uluslararası, 4. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi, 27 Ekim 2022, 30 Ekim 2022, 288 - 289.

D. BİLGİÇ, B. GÜLER, F. YANIK, H. YAĞCAN, M. PARLAS, M. ALUŞ TOKAT, S. FATA, H. ÖZBERK & M. BAŞOĞLU, Yapılandırmacı Yaklaşımla Uygulanan Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Online Dersinin Öğrencilerin Memnuniyetine Etkisi, Sözlü Sunum, II. ULUSLARARASI MULTİDİSİPLİNER DİJİTAL YAŞAM KONGRESİ, 20 Mayıs 2022, 22 Mayıs 2022, 1, 1, 192 - 193.

M. PARLAS, D. BİLGİÇ & G. DAĞLAR, Maintaining Pelvic Floor Health During Covid-19: Tele-Health And Tele-Medicine Practices, Sözlü Sunum, VI. INTERNATIONAL CONFERENCE ON COVID-19 STUDIES, 16 Ocak 2022, 17 Ocak 2022, 155 - 162.

M. PARLAS & D. BİLGİÇ, Postpartum Üriner İnkontinans ve Depresyon İlişkisi, Sözlü Sunum, 3. Uluslararası 4. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi, 16 Eylül 2021, 18 Eylül 2021.

Oluşturma Zamanı: 03 Ocak 2024 05:16:58

M. ALUŞ TOKAT, M. PARLAS, S. FATA, H. YAĞCAN, Ö. ÇİÇEK & D. BİLGİÇ, Hemşirelik Eğitiminde Yenilikçi Bir Yaklşım: PICO Oyunu Örneği, Sözlü Sunum, SDÜTF 2.SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU, 05 Eylül 2020, 05 Eylül 2020.

H. YAĞCAN, H. ÖZBERK, M. PARLAS, D. BİLGİÇ & M. ALUŞ TOKAT, Hemşirelik Öğrencileri İçin Eğitici Bir Oyun: Postpartum Bakım Konulu Kaçış Oyununun Tasarlanması ve Değerlendirilmesi, Sözlü Sunum, SDÜTF 2. SAĞLIK HİZMETLERİ SEMPOZYUMU, 05 Eylül 2020, 05 Eylül 2020.

M. PARLAS & D. BİLGİÇ, Innovative Approaches to Urinary Incontinence: Literature Review, Sözlü Sunum, IUGA EXCHANGE MEETING 2019, 01 Kasım 2019, 02 Kasım 2019.

H. ÖZBERK, M. ALUŞ TOKAT & M. PARLAS, Hemşirelik Eğitiminde Mobil Uygulamaların Yeri, Sözlü Sunum, Hemşirelik Eğitiminin Geleceği II: Ölçme Değerlendirme, Program Değerlendirme, Sürekli İyileştirme, 04 Eylül 2019, 06 Eylül 2019.

H. YAĞCAN, B. GÜLER, M. PARLAS & A. HORZUM, Gebe Bilgilendirme Eğitiminin Doğum Memnuniyetine Etkisinin Odak Grup Görüşmesi ile İncelenmesi, Sözlü Sunum, 1. Uluslararası 3. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi, 18 Ekim 2018, 21 Ekim 2018, 1, 1, 885 - 895.

M. PARLAS, A. AYDIN & G. ERYILMAZ, Türkiye?de Hemşirelik Alanında Yapılan Lisansüstü Çalışmalarda Sağlık Eğitiminin Yeri, Sözlü Sunum, 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 05 Kasım 2017, 08 Kasım 2017.

M. PARLAS, G. BAHÇECİOĞLU TURAN, İ. ATASEVER, G. EROĞLU & S. BAKIR, HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN BİREYSEL YENİLİKÇİLİK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ, Poster Sunumu, III. Uluslararası Sağlık İletişimi Sempozyumu, 02 Kasım 2017, 03 Kasım 2017.

G. BAHÇECİOĞLU TURAN, M. PARLAS, İ. ATASEVER & M. BAYKARA, HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN SOSYAL MEDYA KULLANIM AMAÇLARI İLEBAĞIMLILIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ, Poster Sunumu, III. Uluslararası Sağlık İletişimi Sempozyumu, 02 Kasım 2017, 03 Kasım 2017.

A. SİS ÇELİK & M. PARLAS, DOĞUDAKİ BİR ÜNİVERSİTEDE ÖĞRENCİLERİN FLÖRT İLİŞKİSİNDE ŞİDDETE MARUZ KALMA, ŞİDDET UYGULAMA DURUMLARININ VE FLÖRT ŞİDDETİNE YÖNELİK TUTUMLARININ BELİRLENMESİ, Sözlü Sunum, 15th International Eastern Mediterranean Family Medicine Congress, 26 Mayıs 2016, 29 Mayıs 2016.

A. SİS ÇELİK, O. ÖNER, E. C. ÇELİK & M. PARLAS, Evli Erkeklerin Eşlerine Yönelik Şiddet Uygulama Durumlarının, Eş Dövmeye ve Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi, Sözlü Sunum, 15th International Eastern Mediterranean Family Medicine Congress, 26 Mayıs 2016, 29 Mayıs 2016.

A. SİS ÇELİK, M. PARLAS, A. AYDIN, R. ENGİN & T. PASİNLİOĞLU, Investigation of the stages of nursing process in the nursing care plans prepared by the student nurses for the mothers who have given birth in the clinical practice of the nursing course on obstetric, women?xxs health and diseases, Sözlü Sunum, 18th ISPOG CONGRESS, 12 Mayıs 2016, 14 Mayıs 2016.

Ödüller

Diğer, Uluslararası, Sözel Bildiri Üçüncülük Ödülü , Gebe Bilgilendirme Eğitiminin Doğum Memnuniyetine Etkisinin Odak Grup Görüşmesi ile İncelenmesi, Ödül Alınan Kurum: 1. Uluslararası 3. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi (Sistemde kayıtlı olmayan kuruluş), TÜRKİYE, 21 Ekim 2018.

Oluşturma Zamanı: 03 Ocak 2024 05:16:58

Yayılımlar

Gebelikte idrar kaçırmayı nasıl önleyebilirsiniz?, MEDYADA HABER, Ulusal, 11 Kasım 2021.

Ürojinekoloji Hemşirelik Kursu, EĞİTİM/KURS VERİLMESİ, Ulusal, 09 Temmuz 2021 - 10 Temmuz 2021.

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raporlük Sayısı

Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0