



**T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GEBELERDE PELVİK TABAN VE PELVİK TABAN KAS EĞİTİMİ
FARKINDALIĞI, BİLGİ VE İNANIŞLARININ İNCELENMESİ**

Fzt. Betül BAHAR

**FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Şubat 2020
BOLU**



**T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GEBELERDE PELVİK TABAN VE PELVİK TABAN KAS EĞİTİMİ
FARKINDALIĞI, BİLGİ VE İNANIŞLARININ İNCELENMESİ**

Fzt. Betül BAHAR

**FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Nuriye ÖZENGİN**

**Şubat 2020
BOLU**

ÖZET

GEBELERDE PELVİK TABAN VE PELVİK TABAN KAS EĞİTİMİ FARKINDALIĞI, BİLGİ VE İNANIŞLARININ İNCELENMESİ

Bu çalışmanın amacı, gebelerin pelvik taban ve pelvik taban kas eğitimi hakkında farkındalık, bilgi ve inanışlarının belirlenmesiydi.

Çalışmaya gebelik haftası 5-40 arasında değişen 250 gönüllü gebe dahil edildi. Gebelerin fiziksel ve sosyo-demografik özellikleri kaydedildikten sonra pelvik taban ve pelvik taban kas eğitimi farkındalığı, bilgi ve inanışlarını değerlendiren anketi tamamlamaları istendi. Sağlıkla ilgili yaşam kalite düzeyleri Kısa Form-36, fiziksel aktivite düzeyleri ise Gebelik Fiziksel Aktivite Anketi ile belirlendi.

Gebelerin pelvik taban kas anatomisi ve işlevi, pelvik taban kas eğitimi, pelvik taban disfonksiyonları ve tedavi yöntemleri hakkında yetersiz bilgi ve farkındalık seviyesine sahip olduğu; bazı gebelerin pelvik taban ve pelvik taban disfonksiyonları hakkında maladaptif inanışlara sahip olduğu saptandı. Gebelerin büyük bir kısmının gebe okuluna katılmadığı ve eğitim seviyesi yüksek olanların gebe okuluna katılım oranının daha yüksek ($p=0,003$) olduğu belirlendi.

Sonuç olarak, gebelerin pelvik taban kasları ve eğitimine ilişkin yetersiz farkındalık ve bilgi seviyesine ve maladaptif inanışlara sahip olduğu ortaya çıktı. Gebelerin birçok pelvik taban problemi açısından risk altında oldukları bu süreçte, potansiyel problemleri, önleyici ve tedavi edici yöntemleri bilmeleri önemlidir. Bu nedenle, her gebenin rutin olarak sağlık profesyonelleri tarafından pelvik taban hakkında bilgilendirilmesi ve pelvik taban kas eğitimine katılımı için teşvik edilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Pelvik Taban, Pelvik Taban Kas Eğitimi, Üriner İnkontinans

ABSTRACT

EXAMINATION OF AWARENESS, KNOWLEDGE AND BELIEFS ON PELVIC FLOOR AND PELVIC FLOOR MUSCLE TRAINING IN PREGNANT WOMEN

The aim of this study was to determine the awareness, knowledge and beliefs of pregnant women on pelvic floor and pelvic floor muscle training.

250 volunteer women with gestational week ranging between 5 and 40 were included in this study. After the physical and socio-demographic characteristics of the pregnant women were recorded, they were asked to complete the questionnaire assessing their awareness, knowledge and beliefs on pelvic floor and pelvic floor muscle training. Health related quality of life levels were determined by Short Form-36 and physical activity levels were determined by the Pregnancy Physical Activity Questionnaire.

Pregnants had insufficient level of knowledge and awareness about pelvic floor muscle anatomy and function, pelvic floor muscle training, pelvic floor dysfunctions and treatment methods; some, had maladaptive beliefs about pelvic floor and pelvic floor dysfunctions. It was determined that most of the pregnant women did not attend the pregnant school and those with higher education level had higher participation in the pregnant school ($p=0,003$).

As a result, pregnants had insufficient awareness and knowledge levels, maladaptive beliefs on pelvic floor muscles and training. It is essential for pregnant women to know potential problems, preventive and therapeutic methods in this process which they are at risk for various pelvic floor dysfunctions. Therefore, it can be recommended that pregnant women should be routinely informed about the pelvic floor by health professionals and encourage to participate in pelvic floor muscle training.

Key Words: Pregnancy, Pelvic Floor, Pelvic Floor Muscle Training, Urinary Incontinence

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimine başladığım ilk günden itibaren her konuda bana destek olan, bilgisi ve tecrübeleriyle uzmanlık eğitimime önemli katkı sağlayan, tez çalışmamın her aşamasında içtenlikle bana yardımcı olan ve bu süreçte danışmanım olduğu için mutluluk duyduğum değerli hocam Doç. Dr. Nuriye ÖZENGİN'e çok teşekkür ederim.

Tez vakalarımın alınması ve çalışmamı rahat bir ortamda gerçekleştirebilmem için desteklerini esirgemeyen hocam Prof. Dr. Mehmet Ata TOPÇUOĞLU'na çok teşekkür ederim.

Teze ait istatistiklerin yapılmasındaki katkılarından dolayı hocam Prof. Dr. Handan ANKARALI'ya çok teşekkür ederim.

Tez çalışmam boyunca fikirleri ve yardımseverliği ile bu süreci benim için kolaylaştıran, bu süreçte her açıdan bana destek olan canım arkadaşım Uzm. Fzt. Büşra İNAL'a çok teşekkür ederim.

Değerli fikirleriyle tez çalışmama katkıda bulunan Uzm. Fzt. Hatice ÇANKAYA'ya çok teşekkür ederim.

Tez çalışmam ve uzmanlık eğitimim boyunca yardımlarını esirgemeyen B.A.İ.B.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü akademik ve idari personeline çok teşekkür ederim. Tez sürecimde birçok konuda desteklerini aldığım F.T.R. bölümü Kadın Sağlığı Ünitesi stajyer öğrencilerine teşekkür ederim.

Son olarak, her zaman dünyaya ve tüm canlılara faydalı bir insan olabilmem için çabalamış olan; sevmeyi, destek olmayı, paylaşmayı öğrendiğim ve yaşamımın her anında yanımda hissettiğim annem Meral BAHAR'a, babam Selahattin BAHAR'a, abim Taha BAHAR'a ve kardeşim Zeynep Zümra BAHAR'a çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

• ONAY SAYFASI	
• ÖZET	iii
• ABSTRACT	iv
• TEŞEKKÜR	vi
• İÇİNDEKİLER	vii
• TABLOLAR	ix
• ŞEKİLLER	xi
• SİMGELER ve KISALTMALAR	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Pelvik Taban Anatomisi	4
2.1.1. Kemik yapı	4
2.1.2. Eklemler	5
2.1.3. Bağ doku desteği ve endopelvik fasya	6
2.1.4. Pelvik taban kasları	7
2.1.5. Pelvik taban kaslarının fonksiyonu	10
2.2. Gebelik	11
2.2.1. Gebelikte meydana gelen değişiklikler	11
2.3. Pelvik Taban Disfonksiyonu	17
2.3.1. Üriner inkontinans	18
2.3.2. Fekal inkontinans	19
2.3.3. Pelvik organ prolapsusu	19
2.3.4. Seksüel disfonksiyon	20
2.4. Pelvik Taban Kas Eğitimi	21
2.5. Gebelerde Pelvik Taban ve Pelvik Taban Kas Eğitimi	
Farkındalık, Bilgi ve İnanışları	23
3. GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1. Bireyler	25
3.2. Yöntem	27
3.3. Verilerin Analizi	30

4.BULGULAR	31
5.TARTIŞMA	75
6.SONUÇLAR ve ÖNERİLER	93
6.1.Sonuçlar	93
6.2. Öneriler	94
7. KAYNAKLAR	95
8. EKLER	113
9. ÖZGEÇMİŞ	126
10. ORİJİNALLİK RAPORU	127



TABLULAR

Tablo	Sayfa
4.1. Gebelerin fiziksel özellikleri.	31
4.2. Gebelerin obstetrik özellikleri ve Üİ şikayeti.	32
4.3. Gebelerin medeni durum, meslek, eğitim ve gelir düzeyine göre dağılımları.	33
4.4. Kadınların gebe okuluna katılım durumları.	33
4.5. Gebelerin sigara ve alkol alışkanlıklarına ilişkin sayı ve yüzde dağılımı.	34
4.6. Gebelerin fiziksel aktivite düzeylerinin ortalamaları.	34
4.7. Gebelerin yaşam kalitesi seviyelerinin ortalamaları.	35
4.8. Gebelerin 1-5. sorulara ait cevaplarının dağılımları.	36
4.9. Gebelerin 6-39. sorulara ait cevaplarının dağılımları.	37
4.10. Gebelerin 40-47. sorulara ait cevaplarının dağılımları.	44
4.11. Gebelerin fiziksel ve obstetrik özelliklerinin gebelik trimesterine göre karşılaştırması.	45
4.12. Bireylerin gebelik trimesterine göre gebe okuluna katılım durumları.	46
4.13. Gebelerin trimesterlerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin karşılaştırılması.	46
4.14. Gebelerin trimesterlerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması.	47
4.15. Gebelerin trimestere göre 1-5. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.	48
4.16. Gebelerin trimestere göre 6-39. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.	49
4.17. Gebelerin trimesterlere göre 40-47. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.	55
4.18. Gebelerin trimesterlere göre 48. soruya ait cevaplarının karşılaştırılması.	57
4.19. Gebelerin eğitim düzeylerine göre fiziksel ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması.	57
4.20. Gebelerin eğitim düzeylerine göre gebe okuluna katılım durumlarının karşılaştırılması.	58
4.21. Gebelerin eğitim düzeylerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin karşılaştırılması.	59
4.22. Gebelerin eğitim düzeylerine göre Kısa Form-36 anket sonuçlarının karşılaştırılması.	61

4.23. Gebelerin 1-5. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.	63
4.24. Gebelerin eğitim düzeylerine göre 6-39. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.	65
4.25. Gebelerin eğitim düzeylerine göre 40-47. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.	72
4.26. Gebelerin eğitim düzeylerine göre 48. soruya ait yanıtlarının karşılaştırılması.	74



ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Kemik pelvis; üst-ön taraftan görünümü.	5
2.2. Pelvik halkanın ligamentleri; önden görünümü.	6
2.3. Kadınlarda pelvik taban kas yapısı.	10
2.4. Erken ve geç gebelikte postür değişimi.	15



SİMGELER ve KISALTMALAR

%	Yüzde
ark.	Arkadaşları
cm	Santimetre
GFAA	Gebelik Fiziksel Aktivite Anketi
Kg	Kilogram
m	Metre
m ²	Metrekare
n	Birey Sayısı
p	İstatistiksel Yanılma Payı
PTD	Pelvik Taban Disfonksiyonu
POP	Pelvik Organ Prolapsusu
POP-Q	Pelvik Organ Prolapsusu Sınıflandırma Sistemi
PTKE	Pelvik Taban Kas Eğitimi
SF-36	Kısa Form-36
SS	Standart Sapma
Üİ	Üriner İnkontinans
VKİ	Vücut Kütle İndeksi
X	Aritmetik Ortalama

1. GİRİŞ

Gebelik, tüm vücut sistemlerinde anatomik ve fizyolojik birçok değişikliğin gerçekleştiği bir dönemdir (1-3). Annenin gebeliğe uyum sağlaması ve doğuma hazırlanması için pelvik taban yapılarında meydana gelen değişikliklerin katkısı önemlidir (4). Bununla birlikte, tüm bu değişiklikler bazı olumsuz sonuçları ortaya çıkarabilmektedir; pelvik taban kaslarının zayıflaması (5-7) ve pelvik organ desteğinin azalması (8) gebeliğin pelvik taban üzerinde bilinen etkileridir. Birçok çalışmada, pelvik tabanda yer alan kas ve sinirlerin doğum sırasında zarar görebileceği bildirilmiştir (9-11). Pelvik tabanda yer alan kaslar; kontinans mekanizmasının sağlanması, pelvik organların desteklenmesi, seksüel fonksiyon ve optimal karın içi basıncının sürdürülmesi gibi birçok işlevin yerine getirilmesi açısından önemlidir (12-15). Kadınlar arasında yaygın olarak görülen üriner inkontinans (Üİ), fekal inkontinans, pelvik organ prolapsusu (POP) ve seksüel disfonksiyonu içeren pelvik taban disfonksiyonları (PTD) ise zayıflamış ya da çeşitli nedenlerden dolayı zarar görmüş pelvik taban yapılarından kaynaklanabilir (16, 17).

Literatürde yayımlanan birçok araştırmada PTD'lerin topluma ve hasta bireye ciddi ekonomik yük oluşturduğu gösterilmiştir (18-20). Çalışmalarda, toplumsal yaşlanma ve artan PTD prevalansı göz önüne alınarak sağlık yükünün ya da toplumsal maliyetlerin ilerleyen yıllarda artabileceği belirtilmiştir (18, 19, 21). Bu nedenle, PTD'lerin önlenmesi ve erken tedavi edilmesi son derece önemlidir.

Pelvik taban kas eğitimi (PTKE), bir çok pelvik taban probleminde koruyucu ve tedavi edici bir yöntem olarak sıklıkla önerilmektedir (22-27). PTKE'nin kas kuvvetinde artış sağladığı (28-30) ve doğuma yardımcı olduğu (24) bulunmuştur. Gebelik döneminde uygulanan PTKE'nin özellikle Üİ (26, 28, 31-33) için tedavi edici ve koruyucu etkisi kanıtlanmıştır.

Gebelik ve doğumun PTD için oluşturduğu riskler ve PTKE'nin bilinen yararlarını göz önüne aldığımızda, kadınların pelvik taban hakkında yeterli bilgi ve farkındalık seviyesine sahip olmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz. Hill ve ark. (34) kadınların pelvik taban ve PTKE hakkında gebe okulu ya da diğer bilgi

kaynakları aracılığıyla yeterli farkındalık ve bilgi düzeyine erişemedikleri takdirde, gebelik ve sonrasında PTKE'ye katılımlarının düşük olacağı ve herhangi bir pelvik taban probleminde yardım almaları gerektiğinin farkında olamayacaklarını bildirmişlerdir. Liu ve ark. (35) çalışmalarında, PTKE'ye katılımının düşük olmasının bilgi eksikliğinden kaynaklandığını düşünmüşlerdir. Aynı zamanda, yetersiz farkındalık düzeyinin de gebe okuluna katılımını etkilediğini belirtmişlerdir (35).

Gebelerin pelvik taban sağlığı ve PTKE konusundaki farkındalık, bilgi ve inanışlarının incelenmesi eğitim sürecinin geliştirilmesine yardımcı olacak bilgiler sağlayabilir. Çalışmamızın amacı gebelerin pelvik taban, PTKE ve PTD hakkında inanışlarının, farkındalık ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesidir. Ek olarak, gebelik trimesteri ya da eğitim düzeyinin gebelerin pelvik taban, PTKE ve PTD ile ilişkili bilgi düzeylerini ya da görüşlerini etkileyip etkilemediğini tespit etmek amaçlandı.

Hipotezler:

1- H0: Gebelerin pelvik taban ve pelvik taban kas eğitimi hakkında farkındalık seviyesi yeterlidir.

H1: Gebelerde pelvik taban ve pelvik taban kas eğitimi hakkında farkındalık seviyesi yetersizdir.

2- H0: Gebelerin pelvik taban ve pelvik taban kas eğitimi hakkında bilgi seviyesi yeterlidir.

H1: Gebelerde pelvik taban ve pelvik taban kas eğitimi hakkında bilgi seviyesi yetersizdir.

3- H0: Gebeler pelvik taban ve pelvik taban kas eğitimi ile ilgili doğru inanışlara sahip değildir.

H1: Gebeler pelvik taban ve pelvik taban kas eğitimi ile ilgili doğru inanışlara sahiptir.

4- H0: Pelvik taban ve pelvik taban kas eğitimi farkındalığı, bilgi ve inanışları gebelerin eğitim seviyesi ile ilişkili değildir.

H1: Pelvik taban ve pelvik taban kas eğitimi farkındalığı, bilgi ve inanışları gebelerin eğitim seviyesi ile ilişkilidir.

5- H0: Pelvik taban ve pelvik taban kas eğitimi farkındalığı, bilgi ve inanışları gebelerin buldukları trimesterleri ile ilişkili değildir.

H1: Pelvik taban ve pelvik taban kas eğitimi farkındalığı, bilgi ve inanışları gebelerin buldukları trimesterleri ile ilişkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Pelvik Taban Anatomisi

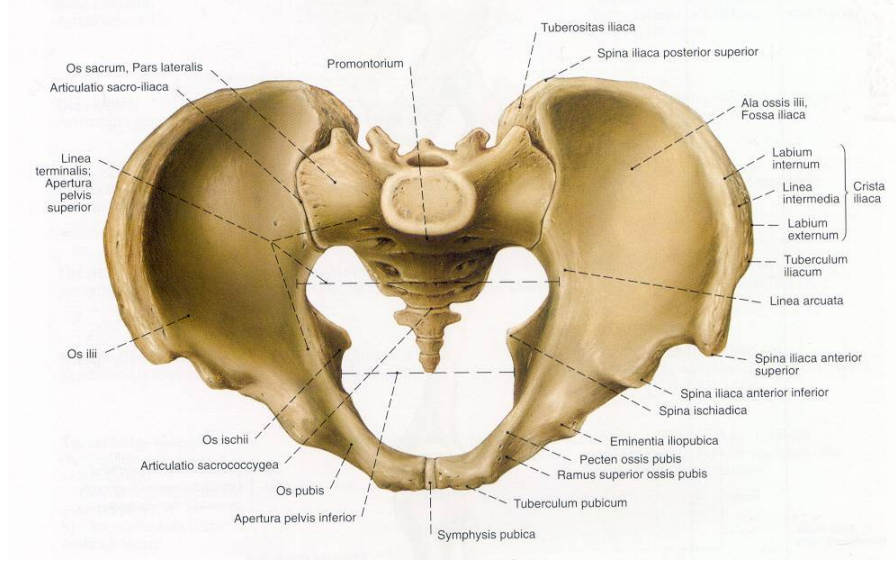
Abdominal ve pelvik organları desteklemek için dinamik bir platform görevi gören pelvik taban; kas, ligament, sinir ve damarlardan oluşur ve kemik pelvis ile çevrilmiştir (14, 15, 36). Pelvik tabana pasif destek kemik pelvis ve bağ dokusu ile, aktif destek ise pelvik taban kasları ile sağlanır (12, 37, 38).

2.1.1. Kemik yapı

Pelvis, pelvik yapıları korumanın yanı sıra gövdeyi destekleyen, vücut ağırlığının yürüme esnasında alt ekstremitelere ve oturma pozisyonunda ise iskiyal çukıntıya aktarımını sağlayan kemik yapıdır (14). Pelvis, iki kalça kemiği ve koksiksin bağlı olduğu sakrumdan meydana gelir (14, 39). Her bir kalça kemiği de ilium, iskium ve pubisten oluşur. Genç yaşlarda kartilaj doku ile bağlı olan bu kemikler erişkin döneme gelindiğinde füzyona uğrayarak daha sert bir yapı haline gelir (39).

Pelviste majör ve minör olarak adlandırılan iki farklı boşluk bulunmaktadır. Abdominal organlar majör pelvisi oluştururken, majör pelvisin daralıp aşağıya doğru devam eden kısmı minör pelvis olarak adlandırılır (39, 40). Majör pelviste sigmoid kolon ve ince bağırsağın alt kısmı gibi abdominal organlar bulunmaktadır. Minör pelvise ise mesane ve üreme organları - overler ve uterus - yerleşmiştir. Minör pelvis aşağıda pelvik diyafram (levator ani) ile sınırlanmıştır (40).

Kalça kemikleri ön tarafta simfisiz pubis ile bağlanırken arka tarafta sağ ve sol sakrumla birleşerek sakroiliak eklemleri oluşturur. Böylece tabanı pelvik taban kaslarıyla kapatılmış, içi boş sağlam bir kemik halka yapısı oluşur (14, 39, 40). Tüm bu yapılar güçlü ligamentler tarafından bir arada tutulur (14). Kadınlarda pelvis daha geniş, sığ, oval yapıdadır ve pelvik çıkış erkeklere kıyasla daha büyüktür. Özellikle minör pelvisteki adaptasyon kadınlarda doğum için önemlidir (40).



Şekil 2.1. Kemik pelvis; üst-ön taraftan görünümü. Sobotta'dan alınmıştır (41).

2.1.2. Eklemler

Pelvisin primer eklemleri alt ekstremiteler ve gövde iskeleti arasındaki bağlantı olan iki sakroiliak eklem ve simfisiz pubistir (40).

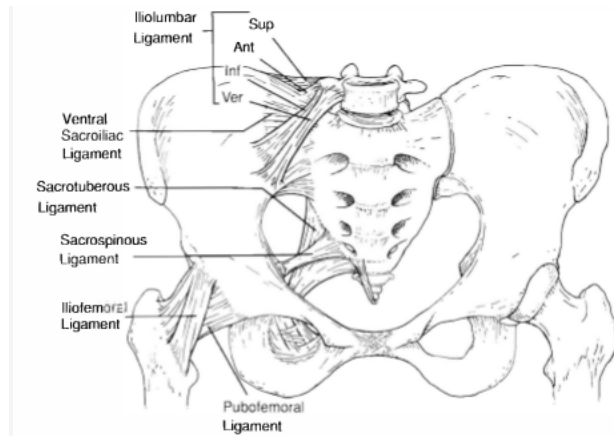
İki **sakroiliak eklem** posterior pelvik halkada yer alır (36) ve sinovial eklem olarak sınıflandırılır (40, 42). Sakral yüzey hiyalin kıkırdak ile, iliak yüzey ise bir tür fibrokartilaj dokuyla kaplıdır (43). Eklem kapsülü eksternal fibröz tabaka ve iç sinovial tabaka olmak üzere iki katmandan oluşmuştur (42). Eksternal fibröz tabaka kan damarı, bol miktarda fibroblast ve kolajen lifler içerir (42). Sakroiliak eklem vücut ağırlığının kalça kemiklerine aktarılmasında rol oynamaktadır (40). Eklem yüzeyi stabiliteyi sağlamak için birbiriyle uyumlu bir çok girinti ve çıkıntıya sahiptir (40, 44). Fakat asıl stabilizasyon çevredeki güçlü ligamentlerle sağlanır (44). Eklem kapsülünü destekleyen ligamentler; ventral ligament, interosseöz ligament, uzun dorsal ligament, sakrotüberöz ligament ve iliolumbar ligamenttir (43). İnterosseöz sakroiliak ligament diğer ligamentlerden daha güçlüdür (43) ve ağırlık aktarımında primer rol oynamaktadır (40).

Anterior pelvik halkada bulunan **simfisiz pubis**, pubik kemiklerin median düzlemde birleşmesiyle oluşan kartilajinöz eklemdir (36, 40, 45). İnce bir tabaka halinde hiyalin kıkırdakla kaplı olan iki eklem yüzeyi kalın yapılı fibrokartilajinöz disk ile ayrılmıştır (45). Eklemde bulunan fibrokartilajinöz disk kadınlarda çoğunlukla daha geniş yapıdadır (40). Simfisiz pubis iki kalça kemiği arasında

bağlantı görevi görür (45). Aynı zamanda basınç, gerilim ve makaslama kuvvetine karşı direnç gösterir (36). Ekleme destek sağlayan ligamentler: anterior pubik ligament, posterior pubik ligament, superior pubik ligament ve inferior (arkuat) pubik ligament'tir (36, 43).

Sakrokoksigeal eklem sinovial eklem de içermesine rağmen simfisiz eklem olarak sınıflandırılır (43). Eklem yapısı ventral, dorsal ve lateral sakrokoksigeal ligamentler ile desteklenir (43).

Gebelikte doğuma yardımcı olmak için pelvik ligamentlerde gevşeme ve eklemlerde mobilite artışı görülür (40, 46). Bu gevşeme özellikle gebeliğin 2. trimesterinde belirgindir ve östrojen, progesteron ile relaksin hormonlarının etkisiyle gerçekleşir (40). Özellikle gebelikte genişleyen simfisiz pubis ciddi bir mekanik strese maruz kalabilir (36).



Şekil 2.2. Pelvik halkanın ligamentleri; önden görünümü (43).

2.1.3. Bağ doku desteği ve endopelvik fasya

Pelvik taban bağ dokusu ligament ve fasyaları içerir. Temel bileşenleri; enerji depolayan elastin lifleri ve yapısal bütünlüğü sağlayan kolajendir. Bu bileşenler gebelik, doğum ve yaşın ilerlemesiyle değişikliğe uğrar ve bağ dokusunun zayıflaması pelvik tabanın yapısal bütünlüğünü etkiler (38).

Yapısal olarak birbiriyle benzer olan ligament ve fasyalar sinir, düz kas ve kan damarlarını içerirler. Ligamentler güçlü, aktif ve az da olsa gerilebilen yapılardır. Pelvik ligamentler iç organlar için askı görevi görür. Dolayısıyla ligamentlerdeki laksite artışı ve gebeliğin ilerlemesi ile pelvik taban üzerine binen yükün artması

kontinans mekanizmasını olumsuz etkileyebilir. Pelvik taban visseral yapısı fasyalar sayesinde birbirlerinden ayrılır ve fonksiyonlarını bağımsız olarak gerçekleştirebilirler (38).

Pelvik tabanın ligament ve fasyaları üç tabakaya ayrılır (38):

Seviye 1: Uterosakral ligament, puboservikal fasya.

Seviye 2: Puboüretal ligament, rektovajinal fasya.

Seviye 3: External üretal ligament, perineal membran, perineal badi.

Arkus tendineus fasya pelvis, simfiz pubis'in arka yüzünde puboüretal ligamentin üst kısmından başlayarak iskial omurgaya tutunan horizontal ligamenttir. Vajen ön duvarı için lateral tutunma desteği oluşturarak askı görevi görür (38).

Uterosakral ligament, sakral vertebralardan başlayıp servikal halka arka yüzüne tutunur ve vajen apeksini askıya alır (38).

Pubovesikal ligament, mesane ön duvarını destekleyen temel yapıdır (38).

Puboüretal ligament, simfisiz pubis'in arka alt yüzünden üretranın orta bölümüne uzanır (38).

Servikal halka rahim ağzını çevreler ve kardinal ve uterosakral ligamanlar ve ayrıca puboservikal ve rektovajinal fasya için bir bağlantı noktası görevi görür. Esas olarak kolajenden oluşur. Pelvik tabandaki tüm ligament ve fasyalar direkt ya da indirekt olarak servikal halkaya yerleşir (38).

Endopelvik fasya olarak isimlendirilen bir bağ doku sistemi; mesane, üretra, vajina ve uterusu pelvik duvarlara bağlar. Bu yapı, peritonun hemen altında yer alır ve belirli bölgelerde kalınlaşma ve yoğunlaşmalara sahip olan sürekli bir birimdir (47).

2.1.4. Pelvik taban kasları

Vajina, üretal ve rektal açıklıkların etrafını çevreleyen pelvik taban kasları (12) yüzeysel, orta ve derin tabaka olarak 3 katmandan oluşur (38).

1) Yüzeysel tabaka

Pelvik tabanın yüzeysel kasları ürogenital diyaframı oluşturur ve iskiokavernosus, bulbospongiosus ve transversus perinei süperfisyalis'i içerir (39). Bu kaslar, pelvik viscerayı çevreleyen ve aynı zamanda pelvik desteğe katkıda bulunan endopelvik fasya ile kaplanmıştır (48). Bu kaslar iki taraftan inferior pubik

rami ile perineal badi arasında köprü oluşturur. Ürogenital (levator) hiatus'u kapatır, vajen distali için sfinkter benzeri görev görür ve destek oluşturur. Aynı zamanda kontinans mekanizmasına katkıda bulunan bu grup üretra için destek oluşturur (39).

İskiokavernosus kası: Perineal membranı stabilize etmeye yardımcı olur ve eksternal üretral meatusu, bulbokavernosus üzerindeki etkisiyle lateral olarak girmek için hareket edebilir (38).

Bulbospongiosus kası: Her bir bulbospongiosus arkada perineal korpusa tutunur (49).

Transversus perinei süperfisyalis kası: Perineal membranın alt yüzeyinin arka kenarına paralel şekilde seyrederek. Tuber iskiadikum ve ramus ossis iskiye tutunan bant şeklindeki iki çift kastır. Perineal korpusun sabitlenmesinde yardımcıdır. Yüzeysel tabaka kasları N.pudendus (S2-S4) tarafından inerve edilir (49).

2) Orta tabaka

Üretral sfinkter kası: Üretranın membranöz bölümünü çevreler ve bu bölümü kapatır (49).

Transversus perinei profundus kası: Perineal korpusa insersiyoyu yapar ve bu yapının stabilizasyonunu sağlar (49).

Kompresör üretra kası: İki taraf iskiopubik ramustan başlayarak üretra önünde karşı tarafın lifleriyle birleşir. Üretranın yardımcı sfinkteridir (49).

Üretrovajinal sfinkter kası: Perineal korpustan başlayıp, vajinanın lateralinden öne uzanarak üretra önünde karşı tarafın lifleriyle birleşir. Üretranın kapanmasına yardımcı olur, vajinanın kapanmasını da aktive edebilir (49).

3) Derin tabaka

Levator ani ve koksigeus kasları birlikte pelvis tabanı olarak bilinen diyafragma pelvisi oluşturur (49)

Levator ani kası: Pubis'in arka kısmından başlayıp pelvisin bir ucundan diğer ucuna uzanan geniş ve kavisli bir kas tabakasıdır. Üretra, vajina ve anal kanal bu kas yapısının içinden geçer (46). Üretra, vajina ve rektumun geçtiği levator ani kas sisteminin arasındaki boşluğa ürogenital hiatus adı verilir (13). Levator ani kas kompleksi pubokoksigeus, puborektalis ve iliokoksigeus olmak üzere üç kısımdan oluşur (13, 36, 43, 46, 48, 49).

Pubokoksigeus kası: Levator ani kasının daha önde yerleşimli ve daha büyük hacimli kısmı horizontal yerleşimli kısımdır. Pubik kemiklerden başlayarak anokoksigeal rafe ve orta-visseral organlara yapışır. Bu bağlantı nedeniyle pubovisseralis olarak da adlandırılmaktadır. Mesane, üretra, vajina ve rektumun orta hat yapılarının etrafını sararak pelvik organlara destek sağlar (13, 36, 37, 50).

Puborektalis kası: Pubokoksigeus kasının altında bulunan puborektalis kası, rektum çevresinde U şeklinde geçerek bir askı oluşturur. Önde pubis'e yapışır. Anorektal açığı ileriye doğru çekerek sfinkter gibi görev yapar ve kontinans mekanizmasına katkıda bulunur (36, 51). Kontinans mekanizmasındaki rolünden dolayı inkontinans ve diğer pelvik taban hastalıklarının tedavisi için fizyoterapide hedef dokulardır (48).

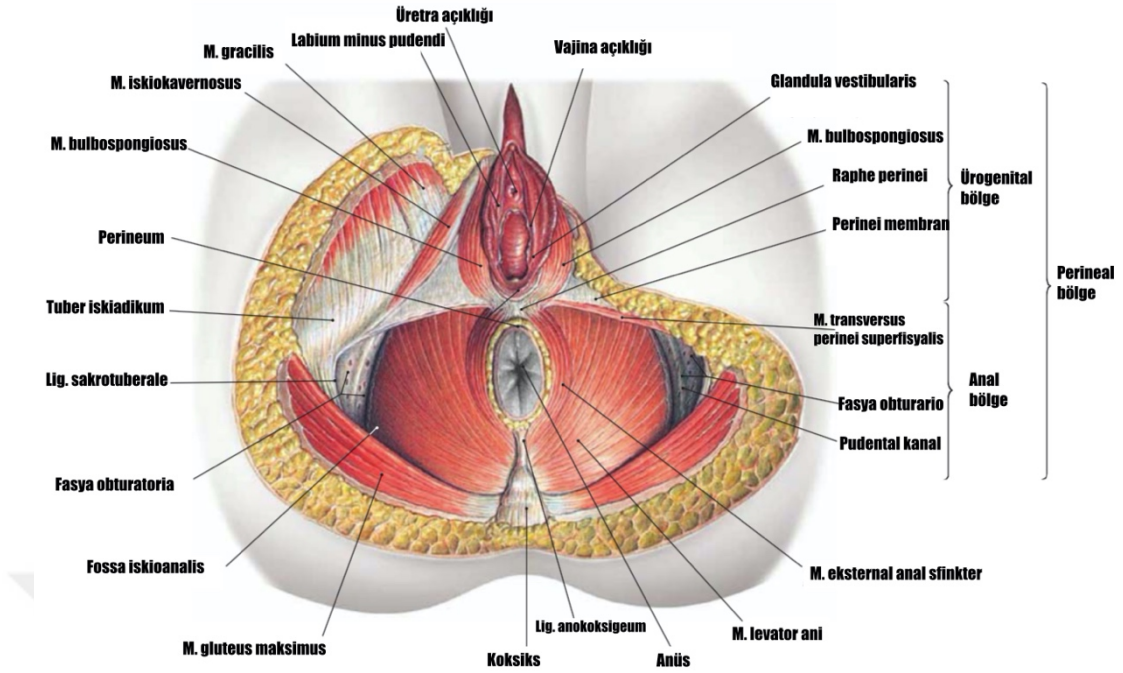
İliokoksigeus kası: Levator ani kasının arka kısmını oluşturur. Arkus tendineus levator ani'nin lateralinden başlayıp mediale ve arkaya doğru ilerler, anokoksigeal raphe ve koksiks boyunca bağlanır. İstemli idrar çıkışında rolü vardır (36, 50).

Levator ani'nin anteromedial kısmı, pudental sinirin dalları tarafından, posterolateral bölge doğrudan sakral pleksus S3 ve S4'ten inervasyon alır (43). S4 spinal sinir ramus anterior'undan çıkan direkt dallar, N. pudendus'un (S2-S4) dallarıyla inervasyonu sağlanır (49).

Pelvik taban fonksiyon bozukluğu olan kadınlarda levator ani kas yapısında olumsuz değişiklikler saptanmıştır (52) ve bu hasar vajinal doğum ile ilişkilendirilmiştir (53).

Koksigeus kası: Posterior pelvik tabanı güçlendiren koksigeus kası üçgen şeklindedir. İskial omurgadan başlar, sakrum ve koksiks'in lateraline uzanır, sakrospinöz ligament ile bitişiktir (36). Pelvis tabanına katılarak pelvik organları destekler ve defakasyon sonrası koksiks'i öne çeker. S3 ve S4 spinal sinirlerinin ramus anterior'undan çıkan dallar tarafından inerve edilir (49).

Vajina ve anüs arasında perineal badi bulunur. Pelvik kas ve sfinkterlerin pelvik tabana destek sağlamak için birleştiği bir bölgedir. Doğum sırasında bu yapının yırtılması, POP'a neden olabilir (36).



Şekil 2.3. Kadınlarda pelvik taban kas yapısı. Sobotta'dan alınmıştır (41).

2.1.5. Pelvik taban kaslarının fonksiyonu

Pelvik taban kaslarının en temel görevi abdominal ve pelvik organların desteklenmesidir (12-15). Bunun yanı sıra üriner ve fekal kontinansın sağlanması, işeme, defekasyon ve seksüel fonksiyonlarda da önemli rol oynarlar (13-15). Son yıllarda yapılan çalışmalar pelvik taban kaslarının solunum fonksiyonlarına ve postüral stabilizasyona da katkıda bulunduğunu göstermektedir (54).

Levator ani ve koksigeus kası fasyal kılıflarıyla birlikte huni şeklindeki fibromusküler bir kesit olan pelvik diyaframı oluşturur. Pelvik diyafram, pelvik içerikler için en önemli desteği sağlar. Pelvik diyafram kontraksiyon ile tüm pelvik tabanın yükselmesini sağlarken defekasyon esnasında anorektal kanalın gevşemesini sağlayarak idrar kontrolünü sağlar. Ek olarak doğumda fetüs başının doğum kanalına yönelmesine de yardımcıdır (15, 46, 55).

Pelvik taban kasları sabit bir dinlenme tonusuna sahiptir. Bu aktivite üretral ve anal sfinkterleri kapatmaya, ürogenital hiatus'u daraltmaya ve pelvik viscera için sürekli destek sağlamaya yarar (13). Abdominal basınç arttığında pelvik taban kasları refleks kontraksiyon ile üretra, anüs ve vajinayı kapatır. Bu mekanizma istemsiz idrar veya dışkı kaçırmanın önlenmesi açısından önemlidir (12). Pelvik taban kasları

detrusör aktivitesini inhibe ederek de kontinansın sürdürülmesine katkı sağlar (12). Pelvik desteğin normal bir şekilde sürdürülebilmesi, pelvik tabana aktif destek sağlayan kas aktivasyonu ve pasif destek sağlayan fasya bütünlüğüne bağlıdır (12).

Pelvik taban kasları, pelvik organların şeklinin ve yapısının korunmasında rol oynayan yavaş kasılan lifler içerir (38). Çizgili kaslar Tip 1 (yavaş kasılan) ve Tip 2 (hızlı kasılan) olmak üzere iki farklı kas lifine sahiptir. Bu kas lifleri üretral kapanma ve aktif şekilde kontinans mekanizmasının sağlanmasında önemlidir. Levator ani kası, hem Tip 1 hem de Tip 2 kas liflerine sahiptir. Tip 1 lifleri çoğunlukta ve sürekli tonusu sağlamada önemlidir. Böylece pelvik organlara destek sağlar ve dinlenme durumunda ürogenital hiatus'un kapanmasında etkilidir. Tip 2 lifleri ise abdominal basıncın aniden arttığı durumlarda kas kuvvetini ve kasılmasını sağlarlar (56).

2.2. Gebelik

Gebelik ortalama 40 hafta sürer ve her biri 3 ay olmak üzere toplamda 3 trimestere ayrılır. 1. trimester ilk 12 gestasyonel haftayı, 2. trimester 13-28. ve 3. trimester 29-40/42. hafta arasını ifade etmektedir (57).

2.2.1. Gebelikte meydana gelen değişiklikler

Gebelik, tüm vücut sistemlerini etkileyen anatomik ve fizyolojik bir çok değişikliğin gerçekleştiği doğal bir süreçtir (1, 2). Annenin gelişmekte olan bebeğin ihtiyaçlarını karşılayabilmesi ve sağlıklı bir doğum süreci geçirebilmesi için bu değişiklikler önemlidir (3).

2.2.1.1. Kardiyovasküler sistem değişimleri

Kardiyovasküler sistem, gebelik boyunca önemli yapısal ve hemodinamik değişikliklerden geçer (3). Bu değişikliklerin büyük çoğunluğu gebeliğin erken döneminde ortaya çıkmaktadır (2, 58).

Kardiyak debi, gebelik boyunca %30-50 oranında artar (58-62). İlk trimesterde başlayan artış 3.trimestere kadar devam eder (3, 60, 62, 63). Literatürde bu konuda kesinlik olmamasına karşın bir çok çalışma 25 ve 30. haftalar arası en yüksek değerine ulaştığını belirtmiştir (61, 63). Kardiyak debi maksimum değerine ulaştıktan sonra doğuma kadar anlamlı bir değişiklik meydana gelmez (58, 63). Kardiyak debideki artış fetüsün ihtiyaçlarını karşılamak için çoğunlukla presentata ve

uterus'a olan kan akımını arttırmaya yönelik gerçekleşir (58, 63). Gebeliğin 5. haftasından itibaren kalp atım hızı artmaya başlar, artış 32. haftaya kadar devam eder ve sonrasında kısmen sabit kalır (58). 32. haftada kalp atım hızı 15-20 atım/dakika ile maksimum seviyeye ulaşır (3, 62). Kalp atım hacmi de ilk 2 trimester boyunca artar, 20. haftada maksimum değerine ulaşır, 38. haftadan sonra sabit kalır ya da kısmen düşebilir (58, 62). Gebeliğin ilk trimesterinde olan paröz kadınlarda yapılan bir çalışma kardiyak debi, kalp atım hızı ve kalp atım hacminin nullipar kadınlardan daha yüksek olduğunu bulmuştur (64).

Hormonal değişimlerin etkisiyle periferik vazodilatasyon gerçekleşir ve sistemik vasküler direnç % 25-30 oranında düşer (3, 61). Sistemik vasküler direncin progesteron hormonundan etkilendiği bilinmesine rağmen düşme mekanizması tam olarak açıklanamamıştır (3, 61). Sistolik kan basıncı gebeliğin 36.haftasına kadar belirgin bir değişiklik göstermez , daha sonra artış gösterir. Diyastolik kan basıncı ise 20. haftaya kadar düşer ve sonrasında artmaya başlar (58). Sistemik vasküler direnç ve kan basıncındaki düşüş gebelikte fizyolojik hipotansiyona neden olabilir (59).

Gebeliğin ikinci yarısından sonra supin pozisyonda uterusun aortokaval sisteme basısı nedeniyle sistolik ve diyastolik basınçta ani düşüş gerçekleşebilir. Çarpıntı, soğuk terleme, bulantı ile ortaya çıkan bu duruma 'supin hipotansif sendrom' denir (3).

2.2.1.2. Endokrin sistem değişimleri

Gebelik sürecinde meydana gelen hormonal ve metabolik değişimler annenin bu sürece uyum göstermesini sağlar (65).

Artan östrojen hormonunun (66) gebeliğin korunmasındaki fizyolojik rolü büyüktür (67). Temel görevi fetüsün büyümesini ve sağlığını desteklemektir (66). Uterin kan akışını arttırarak (3, 65) uterusun büyümesini sağlar (65, 68), vücutta su tutulumunu arttırır (68), meme dokusunda süt kanallarının gelişimini sağlar (3).

Progesteron hormonu, gebeliğin devamının sağlanması açısından en etkili hormondur (3). Düz kas tonusunu azaltır ve dolaylı olarak damarlarda vazodilatasyona neden olur. Endometriyumu implantasyona hazırlar, uterin kasılmalarını inhibe eder (3), memelerde büyümeyi sağlar, süt üretimi için yağ depolanmasını ve vücut sıcaklığını arttırır (68).

Relaksin hormonu, endometriyumu implantasyona hazırlar ve bağ dokusunu gevşetir (66, 69). Ek olarak, gebeliğin erken dönemlerinde östrojen ve progesteron hormonuyla birlikte uterus kasılmalarını inhibe ederken ilerleyen dönemde doğumun başlamasında etkilidir (69). Yüksek relaksin seviyesini gebelikte pelvik ağrı (70, 71) ve PTD ile ilişkilendiren çalışmalar mevcuttur (72). Relaksin hormonundaki fazlalığın serviksın kısalması ve erken doğum riskinin artması ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (65).

2.2.1.3. Solunum sistemi değişimleri

Uterusun büyümesiyle birlikte abdominal basınç artar ve diyafram 4 cm yükselir (61, 73). Bu durum fonksiyonel rezidüel volüm ve ekspiratuar rezerv volümde azalmayla sonuçlanır (73-75). Hormonal değişimler sternum ve kostalar arasındaki ligamentlerde gevşemeye neden olur. Sonuç olarak, göğüs kafesinin subkostal açısı 68 dereceden 103 dereceye çıkar ve göğsün enine çapı 2 cm genişler (61).

Gebelikte annenin metabolik ihtiyaçlarının artması ve fetüsün gelişimiyle birlikte oksijen ihtiyacı da artar (76). Artan oksijen miktarı ihtiyacı tidal volümdeki artışla karşılanır (73). Tidal volüm gebelik süresince %30 ile %50 oranında artış gösterir (61, 73, 76, 77). Bu artışla ilişkili olarak dakika ventilasyonunda da artış gözlemlenir (61, 76, 77). Bu durum gebelikte ortaya çıkabilen dispne şikayetine sebep olabilir (76).

2.2.1.4. Üreme sistemi değişimleri

Uterus ağırlığı ortalama 50g ile 1000g arasında artar ve pelvisten yukarı yöne doğru yer değiştirir. Uterin kan akımı artar. Uterus kas liflerinin aktivasyonundaki artışa bağlı olarak plesentaya kan akışı kolaylaşır ve alt uterin segmentin gelişimi desteklenir (3, 14). Gebeliğin erken dönemlerinden itibaren serviks sürekli değişim içindedir, son haftalarda gevşek ve esnek hale gelir (14).

2.2.1.5. Gastro-intestinal Sistem Değişimleri

Uterusun büyümesi özellikle mide ve bağırsak gibi sindirim organlarının pozisyonunu etkiler. Mekanik etkilerin yanı sıra hormon seviyelerindeki değişimle birlikte intestinal kasların tonusu azalır. Sonuç olarak mide boşaltımı ve ince bağırsaklara geçiş süresi uzar ve konstipasyon problemi ortaya çıkabilir (78). Hormonal değişimler gebelikte sık rastlanan bulantı ve kusmaya da neden olabilir (79).

2.2.1.6. Üriner sistem değişimleri

Böbreklerde vaskülerizasyon ve interstisyel sıvı artışına bağlı olarak büyüme gerçekleşir (80). Hormonal değişimlerin de etkisiyle üreterde hipotoni ve dilatasyon meydana gelir (14). Üreter büyüyen uterusu çevrelemek için uzar ve vesiko üretral reflü meydana gelebilir, idrar yolu enfeksiyonu olasılığı artar (14).

Gebelik ilerledikçe fetüs ve artan uterus ağırlığı mesane ve üretrada çeşitli anatomik değişikliklere sebep olur. Pelvik taban kompleksini de etkileyen, gebeliğin hormonal değişimlerinden dolayı mesanenin mobilitesinde de artış görülür (81). Gebeliğin özellikle son trimesterinde belirginleşen, mesane tonusunda azalma meydana gelir (82, 83). Büyüyen uterusun mesaneye baskı oluşturması ve mesane pozisyonunun değişmesiyle sık idrara çıkma, stres ya da urgency inkontinans görülebilir (14, 84).

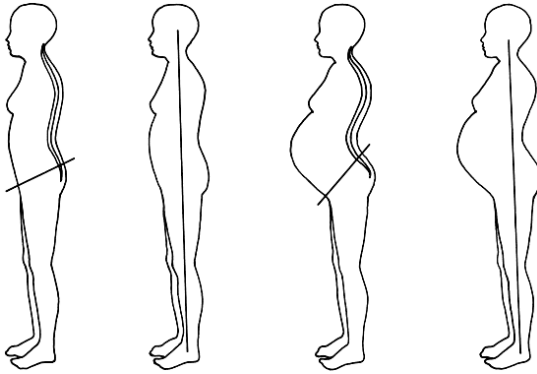
2.2.1.6. Kas iskelet sistemi değişimleri

Gebelikte uterusun öne doğru yer değiştirmesi ve kilo alımı annenin ağırlık merkezini değiştirir (68). Öne doğru artan ağırlığı dengelemek için gövde arkaya alınır (68, 85), lumbal lordoz (86, 87) ve pelvisin anterior pelvik tilti artar (86). Bu durum torakal kifozda artış (87), servikal hiperekstansiyon (85, 86), diz ve ayak bileği ekstansiyonuna yol açar (85). Tüm bu değişiklikler postüral stabiliteyi olumsuz etkiler (85). Ayrıca bel ve sakroiliak ekleme daha fazla yük binmesine neden olur (88) ve kalça eklemlerinde çeşitli problemlere yol açabilir (89).

Hormonal değişiklikler, karın içi basıncın artması ve uterustaki büyümenin etkisiyle abdominal kaslarda gerilme ve uzama gerçekleşir (14, 90-92). Bu durum kas dengesinde (87) ve kas fonksiyonunda azalma ile sonuçlanabilir (14, 90). Ek olarak, abdominal fasya yapısal olarak gevşer (91). Bu durum özellikle gebeliğin 2. ve 3. trimesterinde diastasis recti abdominis'e neden olur (93). Diastasis recti

abdominis, rectus abdominis kasının linea albadan iki yana ayrılması olarak tanımlanmıştır (14, 94). Bu ayrılma Rath ve ark. (94) tarafından 27 mm ve üzeri ise patolojik olarak nitelendirilmiştir. Pelvik taban kasları ile abdominal kaslar arasında sinerjik bir ilişki vardır (95). Bu sebeple diastasis recti abdominis, pelvik taban kas fonksiyonunu da etkilemektedir. Spitznagle ve ark. (96) çalışmalarında diastasis recti abdominis tanısı olan kadınların pelvik taban fonksiyon bozukluğuna sahip olma olasılığının daha fazla olduğunu belirtmişlerdir.

Gebelikte ligament laksitesinin artması sonucunda yaralanma riski de artar. Kilo alımıyla birlikte eklemler üzerine daha fazla yük biner (88). Gebelikte gevşeyen sakroiliak eklem, büyüyen uterusun öne doğru yer değiştirmesine olanak sağlar fakat bu durum pelvis ve lumbal bölgede yük artışına neden olur (88). Pelvisin öne yer değiştirmesi bağların gerilmesine ve bazı biyomekanik değişikliklere sebep olur (88). Bu faktörler; lumbal bölge, sakroiliak eklem ve pelvis üzerindeki mekanik zorlanmanın artmasına neden olur (88).



Şekil 2.4. Erken ve geç gebelikte postür değişimi (97).

2.2.1.7. Gebelik ve doğumun pelvik tabana etkisi

Gebelik ve doğum sonrasında pelvik taban anatomik ve fonksiyonel açıdan çeşitli değişikliklerden geçer (4). Gebelik döneminde, hormonların etkisiyle pelvik eklemlerde meydana gelen gevşeme en temel değişimlerden biridir. Simfisiz pubis bu durumdan en çok etkilenen eklemdir (83, 98). Doğum için son derece önemli olan gevşeme, mobilite artışına da neden olarak pelvik eklem instabilitesi için risk oluşturur ve üretral desteği negatif yönde etkiler (99).

Uterus ve fetusun büyümesi sonucu artan ağırlık pelvik taban kaslarında kronik bir yük oluşturur. Hormonal değişimlerin de etkisiyle kas tonusunda azalma

gerçekleşir. Sonuç olarak pelvik taban kas grupları zayıflar (5-7). Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde meydana gelen postüral değişikliklerle birlikte pelvik taban kaslarında belirgin bir kuvvet kaybı meydana gelebilir (100). Zayıflayan kaslar üretral hipermobilitésinin artmasına ve bu durumla ilişkili olarak Üİ ya da fekal inkontinans şikayetine oluşmasına neden olabilir (17). Morkved ve ark. (101) gebelikte Üİ şikayeti olan nullipar kadınların pelvik taban kas kuvvetinin sağlıklı gebelerden daha düşük olduğunu bulmuştur.

Gebelikte genel eklem laksitesi artar (102-104). Pelvik ligamentlerde laksite artışı hormonal ve postüral değişikliklerin yanı sıra artan vücut ağırlığı kaynaklıdır (98). Maksimum laksite 2. trimesterde bulunmuştur (98). Pelvik ligamentlerdeki laksite artışı bel ağrısı ile ilişkilendirilmiştir (105).

Gebelikte birlikte değişen hormon seviyeleri pelvik taban dokularının biyokimyasal bileşenlerini de etkiler (83). Artan relaksin hormonu kolajen yoğunluğunda azalmaya sebep olur. Ligamentlerin temel bileşenlerinden biri olan kolajendeki değişimle birlikte pelvik ligamentlerin bütünlüğü ve dayanıklılığı olumsuz etkilenir. Bu durum gebelerin yaralanma riskini artırır (66).

Sonuç olarak, gebelik döneminde pelvik organ desteğinin değiştiği bilinmektedir (8). Gebelikte en sık karşılaşılan pelvik taban semptomları; frequency, urgency ya da Üİ'dir. Son trimesterde semptomlar kötüleşebilir (83).

Literatürde gebelikte artan relaksin hormonunun pelvik ağrıya neden olduğunu savunan çalışmalar mevcuttur (106, 107). Buna karşın, relaksin seviyesinin pelvik ağrı ile ilişkili olmadığını gösteren çalışmalar da vardır (108). Bir sistematik çalışma gebelikte ilişkili pelvik kuşak ağrısı ve relaksin düzeyi arasındaki ilişkinin kanıt düzeyini düşük bulmuştur (109). İlk gebelik ve fetüsün ağırlığı pelvik ağrıyla ilişkilidir (110).

Literatürde doğum ve farklı doğum yöntemlerinin pelvik taban yapıları üzerindeki etkisini araştıran birçok çalışma mevcuttur. Çalışmalar, vajinal doğumla birlikte eksternal anal sfinker kası ve inervasyonunun zarar görebileceğini bildirmişlerdir (11). Allen ve ark. (10) nullipar kadınlarda gerçekleştirdikleri çalışmada pelvik taban kas kuvvetinin vajinal doğumdan olumsuz etkilendiğini göstermişlerdir. Sultan ve ark. (9) özellikle ilk vajinal doğumun pelvik taban dokularında gerilme ve pudental sinir hasarına neden olabileceğini bildirmişlerdir.

Ancak, bu riskin sezaryen doğum yapan kadınlarda da olduğu bildirilmiştir (9). Friedman ve ark. (16) ise vajinal doğumun sezaryen doğuma kıyasla 6-11 yıl sonra pelvik taban kas kuvvetinde daha fazla azalmaya neden olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca çalışmalarında doğumun pelvik tabana olumsuz etkisinin kalıcı olabileceğini ve zayıf pelvik taban kaslarının pelvik taban bozukluklarıyla ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir (16). Snooks ve ark. (111) beş yıllık takip sistemi ile gerçekleştirdikleri prospektif çalışmada multipar kadınlarda doğumun pelvik taban üzerindeki etkisinin 5 yıl sonra bile devam ettiğini bildirmişlerdir.

2.2.1.8. Kilo alımı

Gebelikte vücut ağırlığındaki artışın büyük bir kısmı uterus ve içeriğine, memelere, kan hacmi, ekstrasvasküler ve ekstrasellüler sıvıdaki artışlara bağlıdır. Ortalama vücut ağırlığı artışı 11 kg'dır (73). Dünya genelinde yayımlanan kılavuzlarda gebelik dönemindeki önerilen vücut ağırlık kazanımları bildirilmiştir. Amerikan Tıp Enstitüleri 2009 yılında yayınladığı kılavuzda, tüm kadınlar için ilk trimesterde 1-2 kg kilo alımı önermektedir. Gebeliğin 2. ve 3. trimesterinde ise kadınların VKİ'lerine bakılarak kilo alımı tavsiyesi verilmiştir. Buna göre; VKİ'si 18.5 kg/m²'den düşük olanlar için 12.5–18 kg , 18.5-24.9 kg/m² olanlar için 11.5–16 kg, 25.0–29.9 kg/m² olanlar için 7–11.5 kg ve 30 kg/m² ve üzeri olanlar için 5-9 kg alımı önerilmiştir (112).

2.3. Pelvik Taban Disfonksiyonu

Disfonksiyon tanımı, hasar görmüş yapılara bağlı anormal semptom olarak yapılabilir (38). PTD ise çeşitli klinik durumları tanımlamak amacıyla kullanılan genel bir terimdir. Bump ve Norton tarafından Üİ, Fİ, POP, alt idrar üriner yolların duysal ve boşalma anomalileri, defekasyon disfonksiyonu, seksüel disfonksiyon ve kronik ağrı sendromu olarak tanımlanmışlardır (113). Üİ, Fİ ve POP daha sık karşılaşılan sorunlardır (113).

Farklı ülkelerde yapılan geniş kapsamlı epidemiyolojik çalışmalarda kadınlarda PTD prevalansının %23.7 ile %46.2 arasında değiştiği bulunmuştur (21, 114-116). Kepenekci ve ark. (117) Türk kadınlarının %67.5'inin en az bir PFD'yi deneyimlediğini buldukları çalışmada bu sorunun ne kadar yaygın olduğunu göstermişlerdir. Bir kadının yaşam boyu prolapsus ve inkontinansı içeren pelvik

taban problemlerine yönelik en az bir kez cerrahi operasyon geçirme riski 1997 yılında yapılan bir çalışmada % 11 (118), 2014 yılında yapılan farklı bir çalışmada ise %20 bulunmuştur (119).

Nygaard ve ark. (21) ilerleyen yıllarda PTD'lere bağlı sağlık yükünde artma, verimlilik kaybı ve bireyin yaşam kalitesindeki düşmenin önemi vurgulamışlardır.

2.3.1. Üriner inkontinans

Üİ, Uluslararası Kontinans Derneği tarafından "her türlü istemsiz idrar kaçırma şikayeti" olarak tanımlanmıştır. İstemsiz idrar kaçırmanın gerçekleştiği zaman ya da bu durumu tetikleyen unsura göre çeşitli alt tiplere ayrılır:

Stres üriner inkontinans; öksürme, hapşırma gibi intra-abdominal basıncı artıran durumlarda ya da sportif aktivite sırasında artan fizyolojik stresle birlikte oluşan idrar kaçırma şikayetidir. Urgency inkontinans ise ani sıkışma hissi ile birlikte önlenemeyen idrar kaçırma şikayeti olarak tanımlanmıştır. Stres üriner inkontinans ve urgency inkontinansın birlikte olduğu idrar kaçırma tipine mikst üriner inkontinans adı verilir. Bunların dışında sürekli devam eden, uyku sırasında gerçekleşen, cinsel ilişki sırasında meydana gelen ya da kadının nasıl olduğundan haberinin olmadığı istemsiz idrar kaybı gibi farklı Üİ tipleri de bulunmaktadır (120).

Kadınların %87,2 si Üİ'nin yaşam kalitelerini etkilediğini belirtmiştir (121). Günümüzde hem hastanın hem de ailesinin yaşamında psikolojik, sosyal ve hijyenik durum üzerine olumsuz etkisi olan bir sağlık sorunudur. Buna rağmen bireylerin çoğu profesyonel yardım istememektedir. Kadınlarda erkeklere kıyasla daha sık rastlanır (122).

Üİ gelişiminde parite (123), yaş, obezite, genetik faktör ve sigara gibi (124) bir çok etken rol oynasa da gebelik (124-128) ve doğum (126-129) en önemli risk faktörlerindedir. Gebelik ve doğumun Üİ üzerindeki etkisi sadece kısa dönem sürmez, yapılan bir çalışma ilk doğumun 5 yıl sonraki Üİ gelişiminde dahi etkili olduğunu belirtmiştir (130).

Dünyada gebelerde yapılan prevalans çalışmaları Üİ sıklığı için geniş bir aralık vermektedir ve %32 ile %64 arasında değişiklik gösterir (124, 125, 131-136). Ülkemizde gebelerde Üİ prevalansına yönelik iki çalışmaya rastlanmış ve bu çalışmalarda literatüre uygun bir sonuç olan %40 (137) ve %41,7 bulunmuştur (138).

Gebelik haftası ilerledikçe Üİ prevalansı da artar (6, 126). İnkontinans şikayetine eğitim seviyesi düşük olanlarda ve sezeryana kıyasla vajinal doğum yapanlarda daha sık rastlanmıştır (139).

2.3.2. Fekal inkontinans

Fekal inkontinans, Uluslararası Kontinans Derneği tarafından “istemsiz dışkı kaçırmaya şikayeti” olarak tanımlanmaktadır (120).

Gebelik ve doğumla ilişkili olarak pudendal sinir yaralanması ve sfinkter kasların zarar görmesi birincil risk faktörü olarak düşünülmektedir (140-142). Fekal inkontinans ile ilişkilendirilen diğer risk faktörleri yaş, obezite, azalmış fiziksel aktivite, diyabet, nörolojik hastalıklar ve inflamatuvar bağırsak hastalıklarıdır (142-144). Gebelikte prevalansı %2.3 ile %14 arasında değişmektedir (135, 136, 145, 146).

2.3.3. Pelvik organ prolapsusu

POP vajina, uterus ya da her ikisinin protrüzyonu ile sonuçlanan pelvik organların aşağı yönde yer değiştirmesi olarak tanımlanmıştır (120, 124, 147, 148). Anatomik bulgularla birlikte semptomatik olduğunda patolojik bir durum olarak düşünülmelidir (120, 148). Kadınlar sıklıkla vajinal şişkinlik ve pelvik basınç hissinden yakınır (3, 120, 149, 150). POP çoğunlukla Üİ ve seksüel disfonksiyon gibi çeşitli PTD ile birlikte (148). Uzun süreli ayakta durma ve egzersiz gibi yerçekiminin arttığı pozisyonlar semptomları belirginleştirebilir (120, 148).

Prolapsus ön vajinal kanal, arka vajinal kanal, uterus ve vajinal apeks'i içerebilir ve var olduğu kompartmana göre isimlendirilir. Sıklıkla mesaneden (sistosel), rektumdan (rektosel), periton ve ince bağırsaktan (enterosel), serviks ve uterustan kaynaklanabilir (46). POP evresini ve tipini tanımlamak için ICS'nin Pelvik Organ Prolapsusu Sınıflandırma (POP-Q) Sistemi (120, 151) geçerli ve güvenilir bir yöntem olarak kabul edilmiştir (152).

Geniş popülasyonlu güncel bir çalışmada kadınların yaşam boyunca prolapsus kaynaklı cerrahi geçirme oranı %12,6 bulunmuştur (119).

Semptomatik POP varlığı çoğunlukla birden fazla risk faktörünün birleşmesi sonucunda oluşur (153). POP gelişiminde doğum, yaş, kronik konstipasyon, menopoz, ırk, kas-iskelet sistemik hastalıkları ve sigara gibi çeşitli faktörler rol

oyunmaktadır (153, 154). Fakat doğum (115, 155-160) ve parite (158, 161-163) en sık ilişkilendirilen risk faktörü olmuştur. Doğum yapan kadınların POP gelişimi açısından daha fazla risk altında olduğu bilinmektedir (162). Slieker-ten Hove ve ark. (154) çalışmalarında gebeliğin POP için bağımsız bir risk faktörü olduğunu buldular. POP sınıflandırma sistemini kullanarak gebelik süresince pelvik organ desteğinin değiştiğini kanıtlayan bir çok çalışmanın sonucu da bu bulguyu desteklemektedir (8, 156, 164-166). Literatürde gebelik ve doğumun POP gelişimdeki rolünü doğum öncesi ve sonrası değerlendirmeleri kullanarak saptayan üç çalışmaya rastlanmıştır (57, 160, 166). Sze ve ark. (160) çalışmalarında gebeliğin son trimesterinde olan kadınlarda POP prevalansının %46 olduğunu ve doğum sonrası bu prevalansın %83'e çıktığını bildirmişlerdir. Ek olarak, POP'lu kadınların %15'inde doğum sonrası prolapsusun kötüleştiğini bulmuşlardır (160). O'Boyle ve ark. (57) POP sınıflandırma sistemini kullanarak değerlendirme yaptıkları çalışmada, 3. trimester ve postpartum dönemdeki kadınların POP seviyeleri arasında fark olmadığını bulmuşlardır. Fakat ilk trimesterde bulunan gebelerin POP seviyesini, 3. trimesterde ve postpartum dönemde yer alan kadınlara kıyasla daha düşük bulmuşlardır. Chen ve ark. ise POP'un 3. trimesterde yer alan gebelerde %35-37 oranında ortaya çıktığını ve doğum sonrası bir yıl içinde anlamlı bir şekilde iyileşme gösterdiğini bildirdiler. Buna karşın ilk trimesterde kilolu olma, sigara ya da vajinal doğum gibi faktörlerin iyileşmeyi azalttığını da eklediler (166).

2.3.4. Seksüel disfonksiyon

Kadınlarda cinsel uyarana karşı verilen fizyolojik tepki dört evreye ayrılmıştır (167). Seksüel disfonksiyon cinsel yanıt döngüsünün herhangi bir aşamasında bozukluk ya da cinsel aktiviteye bağlı ağrı ile karakterizedir (168-171). Biyolojik ve psikolojik kaynağı olan çok boyutlu bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (172, 173). Psikolojik bozukluklar, kronik hastalıklar (diyabet, hipertansiyon vb.), pelvik cerrahi geçmişi, SÜİ, doğumsal travmalar, emzirme ve sigara kullanımı risk faktörleri olarak kabul edilmiştir (171, 174-176). Gebelikte gerçekleşen çeşitli hormonal ve fizyolojik değişiklikler seksüel bozukluklara neden olabilir (177). Bu süreç seksüel fonksiyonu önemli derecede etkilemektedir (174, 178). Bir çok kadının gebelikte seksüel aktivitede düşme ve fonksiyonel sorunlar yaşadığı bilinmektedir

(179-183). Doğumsal travmaların ise pelvik ağrı ve uyarılma bozukluklarına sebep olduğu düşünülmektedir (184-186).

Gebelik döneminde, farklı coğrafyalardaki çalışmalar incelendiğinde %31.7 ile %81 arasında geniş bir prevalans aralığı bulunmaktadır (187-191). Ülkemizdeki epidemiyolojik çalışmalarda ise prevalans %63.7 ile %94.2 arasında değişiklik göstermiştir (175, 177, 192-194). Oniz ve ark. ülkemizde yaşayan her dört kadından birinin seksüel disfonksiyon yaşadığını bildirmiştir (195). Kadınlar doğum sonrasında %41 ile %83 arasında seksüel fonksiyon bozukluğu bildirmiştir (184). Gebelik ve sonrasında yaşanan seksüel disfonksiyon, kadınları psikolojik açıdan olumsuz etkilemektedir (196).

2.4. Pelvik Taban Kas Eğitimi

1936 yılında Margaret Morris gebelerde Üİ ve fekal inkontinansın önlenmesi ya da tedavi edilmesi amacıyla pelvik taban kas egzersiz sistemini geliştirmiştir. Böylece modern tıp PTKKE ile tanışmıştır (197). Jinekolog Dr. Arnold Kegell 1948'da 64 kişi üzerinde yaptığı çalışmada PTKKE'nin Üİ tedavisinde etkili bir yöntem olduğunu kanıtlamış ve yöntemin popüler hale gelmesini sağlamıştır. PTKKE, Kegell tarafından gebelikte ve doğum sonrası inkontinansı önlemek için tavsiye edilmiştir (198).

Konservatif bir tedavi metodu olan PTKKE, kaybedilen kas fonksiyonunun geri kazanılmasını ya da mevcut durumun geliştirilmesini amaçlar (198). PTKKE temel olarak pelvik taban kaslarının istemli kontraksiyon ve relaksasyonunu içermektedir (198). Etkili bir pelvik taban eğitimi için doğru kas kontraksiyonu gereklidir (198, 199). Literatürdeki çalışmalar kadınların %30'undan fazlasının spesifik olarak pelvik taban kas kontraksiyonunda sorun yaşadığını bildirmiştir (200). Kegell, kadınların çoğunluğunun kas fonksiyon farkındalığına sahip olmadığını bildirmiştir, bu yüzden bir gösterge yardımıyla kas kontraksiyonunu görülebilir kılan perineometer ile egzersizleri uygulamıştır (198). PTKKE tek başına ya da biofeedback gibi çeşitli aygıtlar kullanılarak uygulanabilir (201).

Gebelerde PTKKE'nin kas kuvveti ve tonusunda anlamlı bir artış sağladığı bilinmektedir (28-30). Ek olarak, kas koordinasyonunda gelişme sağlar, fleksibilite artışıyla birlikte doğum eylemini de kolaylaştırır (24). Özellikle pelvik taban kas

kuvveti düşük olan gebelere PTKE tavsiye edilmektedir (101). Güvenilir bir yöntem olan PTKE gebelerde PTD'lerin önlenmesi ve tedavisi için de sıklıkla önerilmektedir (22-26).

Literatürde yer alan randomize kontrollü bir çok çalışma ve Cochrane derlemelerine göre PTKE'nin gebelik ve doğum sonrasında Üİ için önleyici ve tedavi edici etkisi vardır (26, 28, 31, 32, 202, 203). Randomize kontrollü bir çok çalışma ve sistematik derleme PTKE'nin özellikle stres ve mikst tip Üİ tedavisinde etkin bir yöntem olduğunu bildirmiştir (22). PTKE'nin etkisi Grade A düzeyinde kanıtlanmıştır (26). Öte yandan, PTKE'nin fekal inkontinansı azalttığını bildiren çalışmalar (202) olsa da fekal inkontinansı önleme ve tedavi etkisi belirsizdir (32).

Randomize kontrollü çalışmalarda PTKE'nin POP tedavisine katkı sağladığı bulunmuştur (27, 204, 205). Ayrıca bir çalışma PTKE sonrası pelvik organların elevasyonunda iyileşme olduğunu belirtmiştir (206). Kadınlarda POP semptomlarında (vajinal şişkinlik, ağırlık hissi, bağırsak ve mesane semptomları) PTKE ile subjektif bir iyileşme sağlanabilir (27, 205-209). Subjektif semptomlar cerrahi için endikasyon oluşturduğu için semptomların iyileşmesi POP için en önemli tedavi edici etki olarak kabul edilebilir (210). PTKE ayrıca POP (211) ve Üİ (212, 213) gibi pelvik taban problemlerine sahip kadınların seksüel fonksiyonunda gelişme ve yaşam kalitesinde artış sağlar. Sistematik bir derlemede PTKE'nin seksüel fonksiyonda iyileşme sağladığı bildirilmiştir (25).

PTKE'nin kısa dönemde önleyici ve tedavi edici etkisi bir çok çalışmayla desteklenmiş olsa da kalıcı tedavi etkisi hala tartışmalıdır ve yeni araştırmalarla aydınlatılmalıdır (214). Bir vaka çalışmasına göre kas adaptasyonu ve kazanılan faydalar geri dönüşümlüdür. Bu nedenle PTKE, yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Pelvik taban sağlığı için hayat rutininin bir parçası haline gelmelidir (215).

Gebeler için PTKE protokolü literatürde farklı kas kontraksiyon süresi ve sayısını içeren çeşitli şekillerde uygulanmıştır. Bu farklılığa dayanarak, bir egzersiz protokolü seçmek, çalışılmakta olan gebe popülasyonun özelliklerine bağlıdır (24, 28-30, 215). Eğitim protokolü kişinin perine durumu ve hastanın çalışmasına bağlı olarak değişir (198). Çoğunlukla önerilen eğitim 8 hafta (29) ya da 12 hafta (28) boyunca devam eden ve haftada 2-3 kez yapılan egzersizlerdir. Fakat tekrar sayısı, dinlenme süresi ve kontraksiyon süresi kesin olarak bildirilmemiştir. Ev programı

ve/ve ya fizyoterapist eşliğinde grup egzersizleri şeklinde yapılabilir (30). Etkin bir PTKE'nin kadın sağlığı'nda fizik tedavi alanında çalışan fizyoterapistler tarafından denetlenerek ve en az 8 hafta süresince yapılması önerilmektedir (31).

2.5. Gebelerde Pelvik Taban ve Pelvik Taban Kas Eğitimi Farkındalık, Bilgi ve İnanışları

Bilgi, deneyim ya da eğitim yolu ile elde edilen gerçekler; bir konunun teorik ya da pratik olarak anlaşılabilmesi olarak tanımlanmaktadır (216). Pelvik taban bilgisi ise; pelvik taban anatomisini ve fonksiyonunu, pelvik taban problemlerini, bu durumlarla ilişkili risk faktörlerini ve tedavi seçeneklerini tanımlayabilmeyi içerir (34, 217). Farkındalık, bir durumun ya da nesnenin var olduğunu bilmek ve anlamak şeklinde tanımlanabilir (216). İnanış ise doğru olduğu kabul edilen veya görüş olarak kabul edilen durum ya da nesnedir (216).

Pelvik taban hakkında bilgi ve farkındalık eksikliği ya da maladaptif inanışlar kadınların yaşamında olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Cardoso ve ark. (218) pelvik taban hakkında düşük bilgi seviyesine sahip olan kadın sporcularda Üİ şikayetinin görülme riskinin daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Bununla birlikte, Minassian ve ark. (122) Üİ'nin normal olduğunu düşünme ve yetersiz tedavi bilgisinin tıbbi bakıma başvurma önündeki engellerden biri olduğunu rapor etmişlerdir. Berzuk ve ark. (219) PTKE'ye katılma ve herhangi bir pelvik taban probleminde uygun stratejiyi geliştirmede pelvik taban bilgisinin etkili olduğunu göstermişlerdir. Tüm bu bilgiler ışığında, yeterli pelvik taban bilgisinin PTD'leri önleme ve erken tedavide önemli olduğu görülmektedir.

Farklı toplumlardaki çalışmalar, kadınların pelvik taban hakkında bilgi ve farkındalıklarının büyük ölçüde eksik olduğunu açıkça göstermektedir (34, 217, 220). Bununla birlikte çalışmalarda, kadınların pelvik taban ve PTD'ler ile ilgili çeşitli maladaptif inanışlara sahip oldukları da gösterilmiştir (34, 217, 221). Avustralya'da (34) 2017 yılındaki bir çalışma gebelerin pelvik taban kasları ile PTKE hakkında yetersiz farkındalık ve bilgi düzeyine sahip olduğunu bulmuşlardır. Ek olarak aynı çalışma, kadınlarda Üİ'nin gebelikte ya da doğum sonrasında normal bir durum olması ve yaşlanmanın ya da kadın olmanın bir parçası olması gibi inanışların mevcut olduğunu da göstermiştir (34). Hindistan'da (220) 2019 yılındaki

bir çalışmada ise gebelerin pelvik taban kasları ve PTKE'ye ilişkin dūřuk bilgi seviyesine sahip olduğu bildirilmiştir. İngiltere'de (222) 2016 yılındaki bir çalışmada gebelerin PTD'ler hakkında yetersiz bilgi seviyesine sahip oldukları rapor edilmiştir. Belçika'da (217) 2016 yılındaki bir çalışma ise nullipar kadınların pelvik taban hakkında yetersiz bilgi düzeyine sahip olduğu ve PTD'ler hakkında endişelendiklerini gōstermiřtir. Tūm bu çalışmalar, son yıllarda pelvik tabana ilişkin farkındalık, bilgi ve inaniş kavramlarının araştırılmasına olan ilginin arttığını gōstermektedir. Farklı toplum ve popūlasyondaki çalışma sonuçları arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır (34, 217, 220, 223). Tūrk popūlasyonunda ise bildiğimiz kadarıyla pelvik taban hakkında bilgi düzeyi ve inanişları inceleyen araştırma bulunmamaktadır. Bu alışma da, Tūrk toplumunda pelvik tabanla ilgili inanişların, farkındalık ve bilgi düzeyinin değerlendirildiği bir araştırmaya ihtiyaç olduğu dūřūnūlerek planlandı.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Bireyler

Araştırmaya, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na başvuran 250 gönüllü gebe dahil edildi.

Çalışma için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan gerekli izin alındı (Protokol NO. 2018/08). Etik kurul izni EK-1'de sunuldu. Araştırmaya dahil edilen bireylere çalışmanın amacı, hedefleri ve değerlendirme programının içeriği bilgilendirilmiş onam formu doğrultusunda detaylı olarak anlatıldı. İlgili formun katılımcı tarafından imzalanmasının ardından bireyler değerlendirmeye alındı. Bilgilendirilmiş onam formu izni EK-2'de sunuldu.

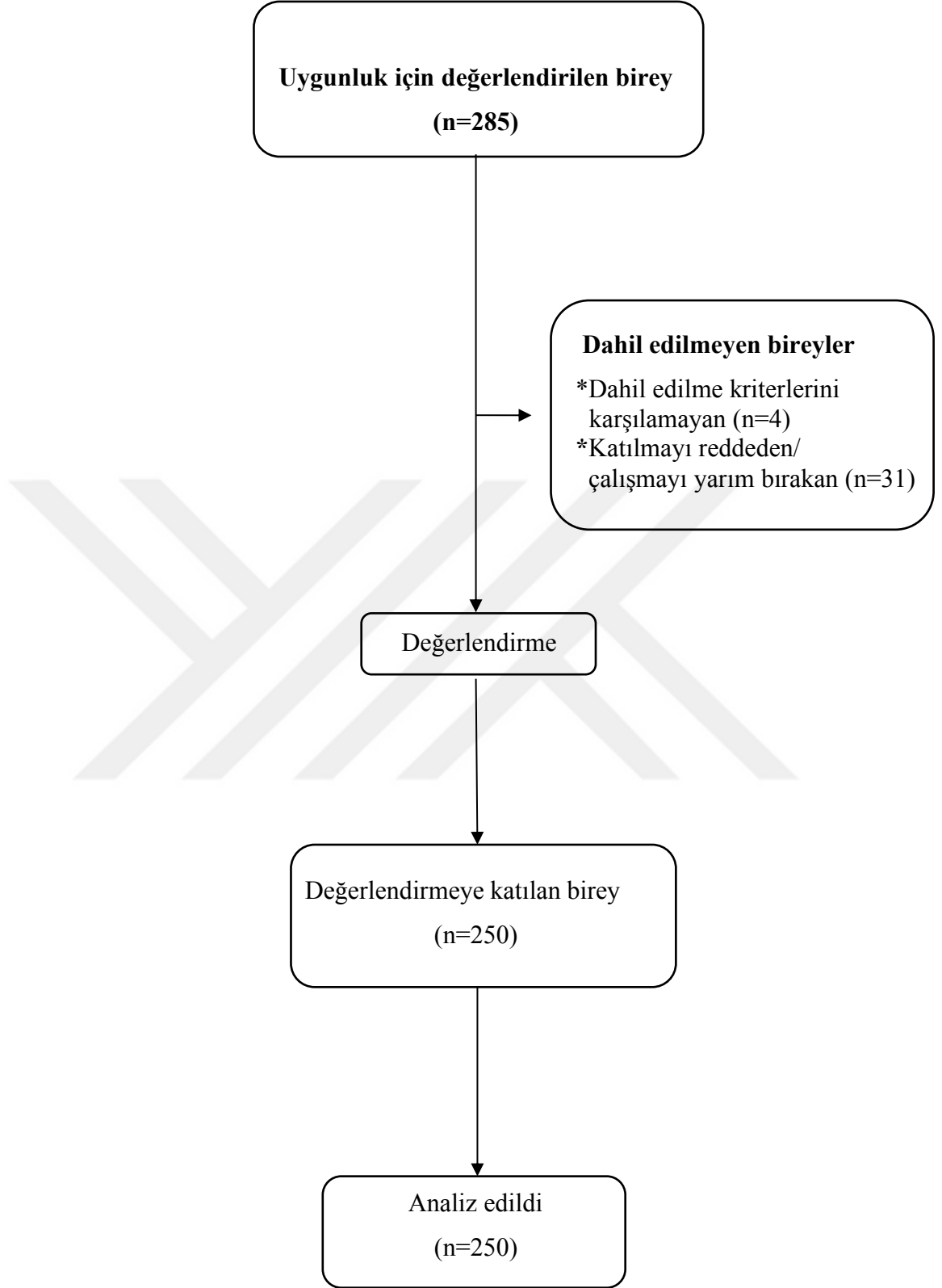
Çalışmaya dahil edilen bireyler EK-3'te sunulan değerlendirme formuna bağlı kalınarak değerlendirildi.

3.1.1. Bireylerin Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 5-40 haftalık gebe olan,
- Araştırmaya gönüllü olarak katılan,
- 18 yaş üzerinde olan,
- Türkçe okuma yazma bilen,
- Kooperasyonu ve anlamayı engelleyecek herhangi bir mental problemi olmayan bireyler çalışmaya dahil edildiler.

3.1.2. Bireylerin Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Daha önce pelvik taban hakkında eğitim alan,
- Sağlık profesyoneli olan,
- Nörolojik hastalığı olan bireyler çalışmaya dahil edilmediler.



Şekil 3.1. Birey Akış Diyagramı

3.2. Yöntem

3.2.1. Değerlendirme

Çalışmaya dahil edilen kadınlardan, araştırmacılar tarafından hazırlanan değerlendirme formunu doldurmaları istendi. Değerlendirme formu aşağıdaki bölümlerden oluştu.

- 1) Anket soruları
- 2) Kısa Form-36 (SF-36)
- 3) Gebelik Fiziksel Aktivite Anketi (GFAA)
- 4) Pelvik Taban ve Pelvik Taban Kas Eğitimi Farkındalığı, Bilgi ve İnanışlar Anketi

3.2.1.1 Anket Soruları

Anket formunda bireylerin özelliklerini belirlemek amacıyla şu sorular soruldu;

- Adı-Soyadı
- Doğum Tarihi
- Fiziksel özellikleri: Bireylere sözel olarak vücut ağırlığı (kg) ve boy uzunluğu (cm) sorularak kaydedildi.
- Öğrenim Durumu: Bireylere öğrenim durumu ve süresi sözel olarak sorulduktan sonra ilköğretim, lise, ön lisans, lisans ya da lisansüstü olarak kaydedildi.
- Mesleği/Çalışma Durumu: Bireylere meslekleri sözel olarak soruldu. Ev hanımı, işçi, memur ve emekli olarak kaydedildi.
- Gelir Seviyesi: Bireylere ortalama aylık gelirleri sözel olarak sorulduktan sonra belirlenen aralıklardan uygun olan işaretlendi (0-2.500, 2.500-5.000, 5.000 ve üzeri).
- Medeni durumu: Bireylerin medeni durumları sözel olarak sorularak, "evli" ya da "bekar" olarak kaydedildi.
- Tıbbi Özgeçmiş: Bireylerin kronik hastalığının olup olmadığı ve daha önce cerrahi geçirip geçirmediği sorgulandı.
- Obstetrik Hikaye: Bireylere 3 aydan uzun süren gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, düşük sayısı ve küretaj sayısı sözel olarak soruldu ve kaydedildi. Daha

önceki çocuklarının doğum şekilleri vajinal doğum ya da sezeryan olarak kaydedildi.

- Gebelik Haftası: Bireylere gebeliğin kaçınıcı haftasında oldukları sözel olarak soruldu. 1-12 hafta arasında olanlar 1. trimester, 13-28 hafta arasında olanlar 2. trimester ve 29-40/42 hafta arasında olanlar ise 3. trimester olarak gruplandırıldı.
- Sigara ve alkol kullanımı: Bireylerin sigara ve alkol kullanımları ayrı ayrı sözel olarak sorularak “evet”, “hayır”, “nadiren” ya da “gebe olduğumda bıraktım” şeklinde kaydedildi.

3.2.1.2. Kısa Form-36 (SF-36)

Bireylerin sağlıkla ilgili yaşam kalite düzeyleri, Ware ve ark. (224) tarafından 1992 yılında geliştirilen SF-36 kullanılarak değerlendirildi. Bu anketin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği (cronbach alfa katsayısı 0.73-0.77) 1999 yılında Koçyiğit ve ark. (225) tarafından yapılmıştır.

SF-36, sekiz alt ölçek ve toplam 36 sorudan oluşmaktadır. Bu anket fiziksel fonksiyon (10 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol limitasyonları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol limitasyonları (3 madde), ağrı (2 madde), vitalite (4 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), mental sağlık (5 madde) ve genel sağlık (5 madde) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Her bir alt ölçek 0-100 arasında puanlanmakta olup “0” en düşük, “100” en iyi yaşam kalite düzeyini göstermektedir (224, 226).

3.2.1.3. Gebelik Fiziksel Aktivite Anketi (GFAA)

Bireylerin fiziksel aktivite seviyelerini değerlendirmek için Lisa Chasan-Taber ve arkadaşları tarafından 2004 yılında geliştirilen GFAA kullanılmıştır (227). Bu anketin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği (cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0,93 ve 0,95) 2015 yılında Tosun ve ark. tarafından yapılmıştır (228).

Bu ankette, gebelerden toplamda 32 aktivite sırasında harcadıkları süreyi belirtmeleri istendi. Bu aktiviteler: ev işleri/bakıcılık aktiviteleri (13 aktivite), meslekle ilgili aktiviteler (5 aktivite), spor/egzersiz aktiviteleri (8 aktivite), ulaşım (3 aktivite) ve inaktivite (3 soru) dir. Anketin sonunda açık uçlu bir bölüm eklenerek, gebeden ankette yer almayan bir aktiviteyi yapıyorsa bu bölüme eklemesi istendi. Gebeden bulunduğu trimestere uygun olarak, gerçekleştirdiği her aktivite için günlük

veya haftalık harcanan toplam süreye en uygun kategoriye seçmesi istendi. Süre, günde 0 ila 6 ya da daha fazla saat ve bir hafta boyunca 0 ila 3 ya da daha fazla saat olarak soruldu. GFAA kullanılarak haftalık kullanılan enerji miktarı hesaplandı. Her bir aktiviteye harcanan saat sayısı o aktiviteye özel spesifik metabolik eşitlik (MET) değeri ile çarpılarak haftalık ortalama enerji harcamaları (haftalık MET-saat) hesaplandı. Her bir aktivitenin yoğunluğu sedanter (<1.5 MET), hafif (1.5-3.0 MET), orta (3.0-6.0 MET) ya da şiddetli (>0.6 MET) olarak sınıflandırıldı (227, 228).

3.2.1.4. Pelvik Taban ve Pelvik Taban Kas Eğitimi Farkındalığı, Bilgi ve İnanışlar Anketi

Çalışmamızda literatürde bulunan 3 farklı çalışmaya ait sorulardan oluşan anket kullanıldı (34, 217, 222). Kullandığımız anket; pelvik taban anatomi ve işlevi, PTKE, pelvik taban problemleri ile bu durumların gebelikle ilişkisi ile ilgili soruları içermektedir. Anket formu çalışma amacına uygun olarak seçilen kapalı uçlu, açık uçlu ve çoktan seçmeli 48 sorudan oluşmaktadır. Sorular basit ve anlaşılır şekilde ifade edildi ve karmaşık terminolojiden kaçınıldı. Ayrıca yanıt oranlarını artırmak ve daha sağlıklı değerlendirme yapabilmek için “bilmiyorum” ve “diğer” gibi kararsızlık içeren cevap seçenekleri eklendi. İlk 5 soruda gebelerin pelvik taban farkındalığı, 6-39. sorularda pelvik taban hakkındaki bilgi düzeyi ve 40-48. sorularda pelvik tabanla ilgili inanışları değerlendirildi. Pelvik taban ve PTKE farkındalık, bilgi ve inanışlar anketi EK-4’te sunuldu.

Hill ve ark.’nın gebelerde pelvik taban kasları farkındalık, bilgi ve inanışlarını değerlendirdikleri anket soruları incelendi (34). Bu ankette toplam 47 soru bulunmaktaydı. Ankette bulunan 2. ve 27. sorular gebe eğitim sınıflarıyla ilgili olduğu için dahil edilmedi. 4 ve 25-26. soruların daha kapsamlı versiyonları kullanacağımız diğer ankette bulunduğundan bu sorular dahil edilmedi. 28 ve 32-46. sorular ilk değerlendirme formumuzda sorulduğundan dahil edilmedi. 47 sorudan kendi anketimize pelvik taban, pelvik taban kasları ve pelvik taban ezgersizleri ile ilgili farkındalık, bilgi ve inanışları ölçen toplam 20 soru dahil edildi.

O’Neill ve ark.’nın primipar kadınların PTD’ler hakkında bilgi düzeyini değerlendirmek için kullandıkları anket incelendi (222). Üİ hakkında 9 soru içeren bu anketten 7 soru anketimize dahil edildi. Dahil edilmeyen 6 ve 9. sorular farklı formda anketimizde mevcut olduğundan dahil edilmedi.

Neels ve ark.'nın nullipar kadınlarda pelvik taban bilgi düzeyini ölçmek için hazırladıkları 36 soruluk anket incelendi (217). Anketin 1-5. soruları ilk değerlendirme formumuzda benzer şekilde bulunduğu için dahil edilmedi. 17-21. sorularının da daha basit ve anlaşılır versiyonları anketimizde bulunduğu için dahil edilmedi. 23. sorunun Türkçe çevirisi yapıldığında net karşılığı olmadığı ve Türkiye'de yaşayan gebeler için anlaşılmaz olacağından dahil edilmedi. Çalışma amacımıza yönelik değerlendirme yapan 21 soru anketimize dahil edildi.

Anket soruları Fzt. Betül Bahar ve Doç. Dr. Nuriye Özengin tarafından seçildi ve çevirisi yapıldı. Daha sonra, kadın sağlığı alanında çalışmalar yapan Uzm. Fzt. Hatice Çankaya'dan hem çeviri hem soru seçimi konusunda fikir alarak anketin son hali oluşturuldu.

3.3. Verilerin Analizi

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na son 1 yılda başvuran 4500 gebe popülasyon olarak kabul edilerek bilgi ve farkındalık düzeyinin %50 olması beklendiğinde, %5 yanılma ve %90 güç ile örneklem genişliğinin 250 olduğu bulundu. Bu örneklem büyüklüğü, dahil etme ve hariç tutma kriterlerine uyan ve gönüllü olan kişi sayısı olarak belirlendi.

Gebelerin eğitim seviyesine ve trimesterlerine göre demografik özellikleri, yaşam kalitesi, farkındalık, bilgi ve inanışlarının karşılaştırmasında verilerin tipi ve dağılım şekli dikkate alınarak ki-kare testi, One Way Anova veya Kruskal Wallis testi kullanıldı. Hesaplamalarda SPSS (ver. 18) programı kullanıldı ve istatistik anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ alındı.

4. BULGULAR

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na başvuran 285 gönüllü gebe kadına araştırma değerlendirme formu ve anketi uygulandı. Araştırmaya katılan 4 sağlık profesyoneli ve anket sorularını tamamlamayan 31 katılımcı çalışma dışı bırakıldı. Çalışma, 250 gebe ile tamamlandı.

4.1. Gebelerin Fiziksel ve Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmaya dahil edilen gebelerin fiziksel özellikleri Tablo 4.1'de gösterildi. Gebelerin yaş ortalamasının 28,75 yıl olduğu, boy ortalamasının 162,05 cm olduğu ve VKİ (vücut kütle indeksi) ortalamasının 27,18 kg/m² olduğu bulundu (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Gebelerin fiziksel özellikleri

	n=250 X±SS	Minumum	Maksimum
Yaş (yıl)	28,75±5,62	18	47
Boy uzunluğu (cm)	162,05±6,71	131	185
Vücut ağırlığı (kg)	71,33±14,32	42	120
VKİ (kg/m²)	27,18±05,23	14,88	42,61

X±SS: Ortalama±Standart sapma

VKİ: Vücut kütle indeksi

Araştırmaya dahil edilen gebelerin obstetrik özellikleri ve Üİ şikayet durumları Tablo 4.2'de verildi. Gebelerin ortalama gebelik haftası 22,85 bulundu. Kadınlar gebelik dönemlerine göre gruplandırıldığında %17,2'sinin 1. trimester, %52,4'ünün 2. trimester ve %30,4'ünün ise 3. trimester içinde yer aldığı görüldü. Gebelerin %27,2'sinde Üİ şikayeti olduğu tespit edildi (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Gebelerin obstetrik özellikleri ve Üİ şikayeti

	X±SS	Minumum	Maksimum
Gebelik haftası	22,90±9,53	5,00	40,00
Gravida	1,67±1,02	0,00	5,00
Parite	0,78±0,87	0,00	3,00
Abortus	0,18±0,52	0,00	4,00
Küretaj	0,13±0,41	0,00	3,00
Yaşayan çocuk sayısı	0,76±0,86	0,00	3,00
		n=250	%
Riskli gebelik	Var	41	16,4
	Yok	209	83,6
Gebelik dönemleri	1.Trimester	43	17,2
	2.Trimester	131	52,4
	3.Trimester	76	30,4
Üriner inkontinans şikayeti	Asla	175	70,0
	Haftada 1 defadan az	30	12,0
	Haftada bir	14	5,6
	Haftada birden fazla	19	7,6
	Her gün	5	2,0
	Bilmiyorum	7	2,8

X±SS: Ortalama±Standart sapma

Gravida: Gebelik sayısı

Parite: Canlı doğum sayısı

Abortus: Düşük sayısı

Gebelerin medeni durum, eğitim düzeyi, meslek ve gelir düzeyine ait tanımlayıcı bulguları sayı (n) ve yüzde (%) olarak Tablo 4.3'te gösterildi. Dahil edilen gebelerin %10'unun ilkokul mezunu, %22'sinin ortaokul mezunu, %37'sinin lise mezunu, %6,8'inin önlisans mezunu, %22,8'inin lisans mezunu ve %1,2'sinin yüksek lisans mezunu olduğu bulundu. Gebelerin %35,6'sının gelirinin 2500 TL ya da altı ve %67,2'sinin ev hanımı olduğu bulundu (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Gebelerin medeni durum, meslek, eğitim ve gelir düzeyine göre dağılımları.

		n=250	%
Medeni durum	Evli	248	99,2
	Bekar	1	0,4
	Boşanmış	1	0,4
Eğitim düzeyi	İlkokul	25	10,0
	Ortaokul	55	22,0
	Lise	93	37,2
	Önlisans	17	6,8
	Lisans	57	22,8
	Yüksek lisans	3	1,2
Meslek	Ev hanım	168	67,2
	İşçi	41	16,4
	Memur	4	1,6
	Serbest meslek	21	8,4
	Öğretmen	15	6,0
	Öğrenci	1	0,4
Gelir düzeyi	0-2500	89	35,6
	2500-5000	129	51,6
	5000 ve üzeri	32	12,8

Gebelerin, gebe okuluna katılım durumları sayı (n) ve yüzde (%) olarak Tablo 4.4'te verildi. Gebelerin %91,6'sının gebe okuluna daha önce katılmadığı ve %66'sının gebe okuluna katılmayı düşünmediği bulundu (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Kadınların gebe okuluna katılım durumları.

		n=250	%
Gebe okuluna katılmayı düşünüyor musunuz?	Evet	19	7,6
	Hayır	165	66,0
	Zaten gidiyorum	14	5,6
	Planlıyorum	26	10,4
	Bilmiyorum	19	7,6
Gebe okuluna katıldınız mı?	Katıldım	7	2,8
	Evet	21	8,4
	Hayır	229	91,6

Gebelerin sigara ve alkol alışkanlıkları sayı (n) ve yüzde (%) olarak Tablo 4.5'te gösterildi (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Gebelerin sigara ve alkol alışkanlıklarına ilişkin sayı ve yüzde dağılımı.

		n=250	%
Sigara	Evet	13	5,2
	Hayır	196	78,4
	Nadiren	16	6,4
	Gebe olduğumda bıraktım	25	10,0
	Evet	0	0,0
Alkol	Hayır	245	98,0
	Nadiren	1	0,4
	Gebe olduğumda bıraktım	4	1,6

4.2. Gebelerin Fiziksel Aktivite Düzeyinin ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Gebelerin fiziksel aktivite düzeylerinin ortalamaları Tablo 4.6'da verildi.

Tablo 4.6. Gebelerin fiziksel aktivite düzeylerinin ortalamaları.

GFAA	X±SS	Minimum	Maksimum
Total aktivite	46,96±22,81	4,83	145,55
Sedanter aktivite	8,33±5,73	0,00	28,35
Hafif aktivite	20,05±8,62	0,00	44,53
Orta aktivite	13,39±12,11	0,00	69,18
Şiddetli aktivite	4,82±6,42	0,00	37,25
Ev işi/bakım aktiviteleri	22,97±13,25	0,00	70,18
İş/meslek aktiviteleri	5,52±10,87	0,00	77,00
Spor/egzersiz aktiviteleri	8,65±9,84	0,00	58,63

X±SS: Ortalama±Standart sapma

GFAA: Gebelik fiziksel aktivite anketi

Gebelerin yaşam kalitesi puan ortalamaları Tablo 4.7’de gösterildi.

Tablo 4.7. Gebelerin yaşam kalitesi seviyelerinin ortalamaları.

SF-36	X± SS	Minimum	Maksimum
Fiziksel fonksiyon (0-100)	65,17±21,10	0,00	100,00
Fiziksel rol limitasyonları (0-100)	44,40±40,06	0,00	100,00
Emosyonel rol limitasyonları (0-100)	53,20±35,86	0,00	100,00
Vitalite (Enerji) (0-100)	52,36±18,47	5,00	100,00
Mental sağlık (0-100)	64,74±16,75	0,00	100,00
Sosyal fonksiyon (0-100)	64,95±22,26	0,00	100,00
Ağrı (0-100)	65,64±24,27	0,00	100,00
Genel sağlık (0-100)	61,08±16,33	10,00	95,00

X±SS: Ortalama±Standart sapma

SF-36: Kısa Form-36

4.3. Gebelerin Pelvik Taban ve Pelvik Taban Kas Eğitimi Farkındalık, Bilgi ve İnanışlarının Değerlendirilmesi

Gebelerin pelvik taban kas ve kas eğitimi farkındalığını değerlendirmeye yönelik sorulan ilk beş soruya verdikleri cevaplar sayı (n) ve yüzde (%) olarak Tablo 4.8’de verildi. “Daha önce hiç ‘pelvik taban kası’ ifadesini duydunuz mu?” sorusuna gebelerin %70,4’ü hayır, %13,6’sı ise bilmiyorum cevabını verirken %16’sı evet cevabını verdi. Ayrıca gebelerin %95,2’sinin daha önce pelvik taban kaslarıyla ilgili bilgi almadığı ve %95,6’sının da konuya ilişkin araştırma yapmadığı tespit edildi (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Gebelerin 1-5. sorulara ait cevaplarının dağılımları.

		n=250	%
Daha önce hiç “pelvik taban kası” ifadesini duydunuz mu? (1.soru)	Evet	40	16,0
	Hayır	176	70,4
	Bilmiyorum	34	13,6
Daha önce pelvik taban kaslarıyla ilgili bilgi aldınız mı? (2. soru)	Evet	12	4,8
	Hayır	238	95,2
Daha önce hiç pelvik taban kaslarıyla ilgili araştırma yaptınız mı? (3. soru)	Evet	11	4,4
	Hayır	239	95,6
Daha önce hiç “pelvik taban egzersizi” ifadesini duydunuz mu? (4. soru)	Evet	34	13,6
	Hayır	216	86,4
Daha önce hiç pelvik taban egzersizi yaptınız mı? (5. soru)	Evet	15	6,0
	Hayır	223	89,2
	Bilmiyorum	12	4,8

Gebelerin pelvik taban kas ve kas eğitimi bilgisini değerlendirmek amacıyla sorulan 6-39. sorulara ait cevapları sayı (n) ve yüzde (%) olarak Tablo 4.9’da gösterildi. Gebelerin cevapları incelendiğinde; %75,2’sinin pelvik taban kaslarının görevini ve %90,8’inin de pelvik taban kaslarına neden ihtiyacımız olduğunu bilmediği saptandı. Ayrıca gebelerin %98’i pelvik taban kasları hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünmemektedir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Gebelerin 6-39. sorulara ait cevaplarının dağılımları.

	n=250	%		
Pelvik taban aşağıdakilerden hangisi/hangilerini içermektedir? (6. soru)	Kaslar	60	24,0	
	Cilt ve yağ	0	0,0	
	Kemik ve eklem	3	1,2	
	Tendonlar ve bağlar	1	0,4	
	Damarlar	1	0,4	
	Rahim,mesane,bağırsak	37	14,8	
	Bilmiyorum	97	38,8	
	Kaslar-kemik ve eklem-damarlar- rahim,mesane,bağırsak	1	0,4	
	Kaslar-rahim,mesane,bağırsak	16	6,4	
	Kaslar-kemik ve eklem	10	4,0	
	Kaslar-damarlar	3	1,2	
	Kaslar-kemik ve eklem- rahim,mesane,bağırsak	5	2,0	
	Kaslar-cilt ve yağ-damarlar- rahim,mesane,bağırsak	1	0,4	
	Kas-kemik ve eklem-tendon ve Bağlar	3	1,2	
	Kemik ve eklem-damarlar	1	0,4	
	Kaslar-kemik ve eklem-damarlar	3	1,2	
	Kaslar-tendon ve bağlar- rahim,mesane,bağırsak	2	0,8	
	Kaslar-damarlar- rahim,mesane,bağırsak	2	0,8	
	Kaslar-tendon ve bağlar-damarlar	2	0,8	
	Kaslar-tendon ve bağlar	1	0,4	
	Kaslar-cilt ve yağ-tendon ve bağlar- damarlar-rahim,mesane,bağırsak	1	0,4	
	Kadımların pelvik tabanında kaç tane açıklık (çıkış) bulunmaktadır? (7. soru)	Doğru	3	1,2
		Yanlış	5	2,0
Bilmiyorum		242	96,8	

Tablo 4.9. (Devamı) Gebelerin 6-39. sorulara ait cevaplarının dağılımları.

		n=250	%
Pelvik taban kasları vücudumuzda nerede bulunur? (8.soru)	Doğru	113	45,2
	Yanlış	45	18,0
	Bilmiyorum	92	36,8
Pelvik taban kaslarınız hangi yapıları çevreler? (9. soru)	İdrar kanal çıkışı	13	5,2
	Vajina	26	10,4
	Anüs	0	0,0
	Hiçbiri	1	0,4
	Bilmiyorum	174	69,6
	Hepsi	25	10,0
	İdrar kanal çıkışı-vajina	11	4,4
	İdrar kaçırmayı ve sızıntıyı engeller	41	16,4
Pelvik taban kaslarınızın görevi nedir ? (10. soru)	Büyük dışkıyı durdurur	2	0,8
	İç organları destekler	2	0,8
	Hepsi	10	4,0
	Hiçbiri	0	0,0
	Bilmiyorum	188	75,2
	İdrar kaçırmayı ve sızıntıyı engeller- büyük dışkıyı durdurur	4	1,6
	İdrar kaçırmayı ve sızıntıyı engeller- iç organları destekler	3	1,2
	Sıkma	18	7,2
Kadınlarda pelvik taban kasları hangi hareketleri yapmaktadır? (11. soru)	İçe doğru kaldırma	1	0,4
	Dışa itme	4	1,6
	İstemli olarak hareket ettirilemez	8	3,2
	Bilmiyorum	186	74,4
	Sıkma-içe doğru kaldırma-dışa itme	9	3,6
	Sıkma-dışa itme	17	6,8
	Sıkma-içe doğru kaldırma	7	2,8
	Pelvik taban kaslarına neden ihtiyacımız var? (12. soru)	Doğru	15
Yanlış		8	3,2
Bilmiyorum		227	90,8
Pelvik taban kaslarımız ve alt karın kasınız birlikte çalışır mı? (13. soru)	Evet	38	15,2
	Hayır	4	1,6
	Bazen	6	2,4
	Bilmiyorum	202	80,8

Tablo 4.9. (Devamı) Gebelerin 6-39. sorulara ait cevaplarının dağılımları.

	n=250	%	
Pelvik taban kasları istemli olarak kontrol edilebilir mi? (14. soru)	Evet	43	17,2
	Hayır	7	2,8
	Bazen	6	2,4
	Bilmiyorum	194	77,6
Aşağıdakilerden hangileri pelvik taban fonksiyonlarını olumsuz yönde etkiler? (15. soru)	Bir doğru	12	4,8
	İki doğru	12	4,8
	Üç doğru	118	47,2
	Dört doğru	11	4,4
	Beş doğru	2	0,8
	Altı doğru	1	0,4
	Yedi doğru	1	0,4
	Sekiz doğru	0	0,0
	Dokuz doğru	0	0,0
	Bilmiyorum	93	37,2
Doğumdan sonra pelvik taban kasları eskisi kadar güçlü olur mu? (16. soru)	Evet	17	6,8
	Hayır	15	6,0
	Kısmen	30	12,0
	Bilmiyorum	188	75,2
Gebelik idrar kaçırmaya neden olur mu? (17. soru)	Evet	91	36,4
	Hayır	16	6,4
	Kısmen	81	32,4
	Bilmiyorum	62	24,8
Doğum yapmak idrar kaçırmaya neden olur mu? (18. soru)	Evet	53	21,2
	Hayır	42	16,8
	Kısmen	56	22,4
	Bilmiyorum	99	39,6
Gebelikte veya doğum sonrası idrar kaçırma problemi meydana gelirse, bu problem sizce geçici midir? (19. soru)	Evet	118	47,2
	Hayır	22	8,8
	Bilmiyorum	110	44,0

Tablo 4.9. (Devamı) Gebelerin 6-39. sorulara ait cevaplarının dağılımları.

	n=250	%	
	Gebe oldukları için	12	4,8
	Mesaneleri küçük olduğu için	6	2,4
	Pelvik taban kasları doğru çalışmadığı için	13	5,2
	Bebek mesaneye baskı yaptığı için	142	56,8
	Hepsi	5	2,0
	Hiçbiri	0	0,0
	Bilmiyorum	53	21,2
	Gebe oldukları için-pelvik taban kasları doğru çalışmadığı için-bebek mesaneye baskı yaptığı için	2	0,8
Kadınlar gebelikte neden idrar kaçırıyor olabilir? (20. soru)	Gebe oldukları için-bebek mesaneye baskı yaptığı için	7	2,8
	Gebe oldukları için-pelvik taban kasları doğru çalışmadığı için	1	0,4
	Mesaneleri küçük olduğu için-pelvik taban kasları doğru çalışmadığı için	1	0,4
	Pelvik taban kasları doğru çalışmadığı için-bebek mesaneye baskı yaptığı için	6	2,4
	Gebe oldukları için-mesaneleri küçük olduğu için- mesaneye baskı yaptığı için	1	0,4
	Mesaneleri küçük olduğu için-bebek mesaneye baskı yaptığı için	1	0,4
İdrar kaçırma tedavisi için ped kullanmak dışında bir şey yapılamaz (21. soru).	Katılıyorum	25	10,0
	Katılmıyorum	118	47,2
	Bilmiyorum	107	42,8

Tablo 4.9. (Devamı) Gebelerin 6-39. sorulara ait cevaplarının dağılımları.

	n=250	%
Gebelikte idrar kaçırsam; (22. soru)	Tedavisi olup olmadığını bilmiyorum	67 26,8
	Sorun olacağını düşünmüyorum	38 15,2
	Utandığım için yardım istemeyeceğim	5 2,0
	Doktorum erkek olduğu için yardım istemeyeceğim	2 0,8
	Yardım isteyeceğim	138 55,2
Gebelikte/doğum öncesi fizyoterapinin senin ve bebeğinin sağlığı için faydalı olduğunu düşünüyor musun? (23. soru)	Evet	123 49,2
	Hayır	7 2,8
	Bilmiyorum	120 48,0
Pelvik taban egzersizleri yapma konusunda tavsiyelere uyarsam, pelvik tabanım güçlenecektir (24. soru).	Kesinlikle katılıyorum	56 22,4
	Katılıyorum	99 39,6
	Kararsızım	88 35,2
	Katılmıyorum	6 2,4
	Kesinlikle katılmıyorum	1 0,4
Pelvik taban egzersizlerini ne sıklıkta yapmalısınız? (25. soru)	Her gün	25 10,0
	Haftada 2 veya daha fazla	16 6,4
	Haftada 1 kez	7 2,8
	Asla	2 0,8
	Bilmiyorum	200 80,0
Egzersizlerin doğumdan önce ya da doğumdan sonra yapılması, egzersizin etkisini değiştirir mi? (26. soru)	Evet	68 27,2
	Hayır	19 7,6
	Bilmiyorum	163 65,2
Kadınlar erkeklerden daha fazla idrar kaçırlar (27. soru).	Katılıyorum	74 29,6
	Katılmıyorum	24 9,6
	Bilmiyorum	152 60,8

Tablo 4.9. (Devamı) Gebelerin 6-39. sorulara ait cevaplarının dağılımları.

		n=250	%
İdrar kaçırma yalnızca yaşlılıkta gerçekleşir (28. soru).	Katılıyorum	7	2,8
	Katılmıyorum	190	76,0
	Bilmiyorum	53	21,2
Zayıf kadınlar, kilolu kadınlardan daha fazla idrar kaçırma eğilimi gösterirler (29. soru).	Katılıyorum	3	1,2
	Katılmıyorum	108	43,2
	Bilmiyorum	139	55,6
Sağlıklı kadın istediği zaman pelvik taban kaslarını kontrol (kasma ve gevşeme) edebilir mi? (30. soru)	Evet	69	27,6
	Hayır	6	2,4
	Bilmiyorum	175	70,0
Sağlıklı kadınlar egzersiz veya efor sırasında (şiddetli egzersiz gibi) idrar kaçırmı? (31. soru)	Evet	27	10,8
	Hayır	34	13,6
	Bilmiyorum	189	75,6
Kadınların idrar kaçırma kontrol edebilmek için günlük ped kullanmasını normal buluyor musunuz? (32. soru)	Evet	118	47,2
	Hayır	71	28,4
	Bilmiyorum	61	24,4
Sağlıklı kadınlar idrar kaçırmı? (33. soru)	Evet	47	18,8
	Hayır	102	40,8
	Bilmiyorum	101	40,4
Aşağıdaki doğum yöntemlerinden hangisi pelvik taban kaslarına daha fazla zarar verir? (34. soru)	Sezaryen	21	8,4
	Vajinal doğum	69	27,6
	Bilmiyorum	160	64,0
Pelvik taban kasları cinsel orgazmda rol oynar mı? (35. soru)	Evet	34	13,6
	Hayır	6	2,4
	Bilmiyorum	210	84,0

Tablo 4.9. (Devamı) Gebelerin 6-39. sorulara ait cevaplarının dağılımları.

		n=250	%
Sağlıklı kadınlar cinsel ilişki sırasında sık sık ağrı yaşar mı? (36. soru)	Evet	20	8,0
	Hayır	113	45,2
	Bilmiyorum	117	46,8
Sağlıklı kadınlar cinsel ilişki sırasında çok az idrar kaçırmı? (37. soru)	Evet	9	3,6
	Hayır	92	36,8
	Bilmiyorum	149	59,6
Pelvik tabanla ilgili problemlerde uygulanan tedavileri biliyor musunuz? (38. soru)	Evet	10	4,0
	Hayır	240	96,0
Pelvik taban kasları hakkında daha fazla bilgi almak ister misiniz? (39. soru)	Evet	179	71,6
	Hayır	67	26,8
	Bilmiyorum	4	1,6

Gebelerin pelvik taban ve pelvik taban kas eğitimi hakkındaki inanışlarını belirlemek için sorulan sorulara verdikleri cevaplar Tablo 4.10'da gösterildi. Gebelerin %98'inin pelvik taban kasları hakkında yeterli bilgiye sahip olduğuna inanmadığı bulundu (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Gebelerin 40-47. sorulara ait cevaplarının dağılımları.

		n=250	%
Pelvik taban kasları hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz? (40. soru)	Evet	5	2,0
	Hayır	245	98,0
Pelvik taban kasları hakkında bilgi alırsam, verilen tavsiyelere uymayı düşünüyorum (41. soru).	Kesinlikle katılıyorum	68	27,2
	Katılıyorum	118	47,2
	Kararsızım	49	19,6
	Katılmıyorum	11	4,4
	Kesinlikle katılmıyorum	4	1,6
Pelvik taban egzersizlerinin idrar kaçırmayı tedavi ettiğine ya da önlediğine inanıyorum (42. soru).	Kesinlikle katılıyorum	21	8,4
	Katılıyorum	87	34,8
	Kararsızım	131	52,4
	Katılmıyorum	9	3,6
	Kesinlikle katılmıyorum	2	0,8
Gebelikte idrar kaçırmak normaldir (43. soru).	Kesinlikle katılıyorum	22	8,8
	Katılıyorum	97	38,8
	Kararsızım	92	36,8
	Katılmıyorum	33	13,2
	Kesinlikle katılmıyorum	6	2,4
Gebelik nedeniyle idrar kaçırmaya başlayacağımı ya da idrar kaçırmamın ilerleyeceğini düşünüyorum (44.soru).	Kesinlikle katılıyorum	13	5,2
	Katılıyorum	34	13,6
	Kararsızım	107	42,8
	Katılmıyorum	75	30,0
	Kesinlikle katılmıyorum	21	8,4
Gebelikte idrar kaçırmamın tedavisi olduğunu düşünüyorum (45. soru).	Kesinlikle katılıyorum	23	9,2
	Katılıyorum	75	30,0
	Kararsızım	108	43,2
	Katılmıyorum	39	15,6
	Kesinlikle katılmıyorum	5	2,0
Pelvik tabanım için egzersiz yapmam önerilirse onları yapmaya çalışırım (46. soru).	Kesinlikle katılıyorum	73	29,2
	Katılıyorum	109	43,6
	Kararsızım	59	23,6
	Katılmıyorum	5	2,0
	Kesinlikle katılmıyorum	4	1,6
Pelvik tabanınız hakkında en büyük korku ya da endişeniz nedir? (47. soru)	Var	22	8,8
	Bilmiyorum	191	76,4
	Yok	37	14,8

4.4. Gebelerin Fiziksel ve Obstetrik Özelliklerinin Gebelik Trimesterine Göre Karşılaştırılması

Gebelerin fiziksel ve obstetrik özelliklerinin gebelik trimesterlerine göre karşılaştırması Tablo 4.11’de verildi. Gebeliğin ilk trimesterinde VKİ ortalaması 3. trimesterdeki gebelerde daha düşük bulundu ($p<0.01$). Gruplar arası karşılaştırmada gebelik sayısının 1. trimesterde bulunan gebelerde daha düşük olduğu saptandı ($p=0.005$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Gebelerin fiziksel ve obstetrik özelliklerinin gebelik trimesterine göre karşılaştırılması.

	Gebelik Dönemleri			p
	1.trimester	2.trimester	3.trimester	
	n=43 X±SS	n=131 X±SS	n=76 X±SS	
Yaş (yıl)	28,14 ±6,42	28,57 ±5,22	29,41 ±5,82	0,434
VKI (kg/m ²)	24,89 ^a ±5,19	27,23 ^{ab} ±9,96	29,74 ^b ±4,46	0,005
Gravida	0,67 ^a ±1,02	1,82 ^b ±0,85	1,97 ^b ±0,98	0,000
Parite	0,56 ±0,93	0,79 ±0,83	0,87 ±0,90	0,166
Abortus	0,30 ±0,77	0,13 ±0,38	0,18 ±0,56	0,170
Küretaj	0,09 ±0,29	0,09 ±0,36	0,22 ±0,53	0,068
Yaşayan çocuk sayısı	0,53 ±0,91	0,78 ±0,83	0,84 ±0,90	0,161

X±SS: Ortalama±Standart sapma

VKİ: Vücut kütle indeksi

Üst indiste farklı harf kullanımı istatistiksel farklılığı ifade etmektedir ($p\leq0.05$).

Kadınların gebelik trimesterine göre gebe okuluna katılım durumları sayı (n) ve yüzde (%) olarak Tablo 4.12’de gösterildi. “Gebe okuluna katılmayı düşünüyor musunuz?” sorusuna “Hayır” cevabını verenlerin oranı 1. trimesterde bulunanlarda 3. trimesterde olanlara göre düşük bulundu. “Planlıyorum” ve “Bilmiyorum” cevabını verenlerin oranı ise 1. trimesterde bulunan gebelerde 3. trimesterde olanlara göre daha yüksek bulundu ($p=0.009$). Gruplar arası karşılaştırmada gebe okuluna katılım oranının benzer olduğu saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Bireylerin gebelik trimesterine göre gebe okuluna katılım durumları.

		Gebelik Dönemleri						p
		1.Trimester		2.Trimester		3.Trimester		
		n	%	n	%	n	%	
Gebe okuluna katılmayı düşünüyor musunuz?	Evet	4	9,3	12	9,2	3	3,9	0,009
	Hayır	22	51,2 ^a	85	64,9 ^{ab}	58	76,3 ^b	
	Gidiyorum	1	2,3	7	5,3	6	7,9	
	Planlıyorum	8	18,6 ^a	17	13,0 ^a	1	1,3 ^b	
	Bilmiyorum	7	16,3 ^a	8	6,1 ^b	4	5,3 ^b	
Gebe okuluna katıldınız mı ?	Katıldım	1	2,3	2	1,5	4	5,3	0,181
	Evet	2	4,7	9	6,9	10	13,2	
	Hayır	41	95,3	122	93,1	66	86,8	

Üst indiste farklı harf kullanımı istatistiksel farklılığı ifade etmektedir (p≤0.05).

4.5. Gebelerin Trimesterlere Göre Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Gebelerin trimesterlerine göre fiziksel aktivite puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.13’de verildi. (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Gebelerin trimesterlerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin karşılaştırılması.

GFAA	Gebelik Dönemleri			P
	1.Trimester	2.Trimester	3.Trimester	
	n=43 X± SS	n=131 X± SS	n=76 X± SS	
Total aktivite	43,12 ±23,38	48,30±22,54	46,83±23,00	0,435
Sedanter aktivite	8,09±6,23	8,86±5,60	7,55±5,64	0,273
Hafif aktivite	18,84±8,99	20,38±8,77	20,18±8,18	0,592
Orta aktivite	12,06±13,62	13,46±11,64	14,03±12,13	0,694
Şiddetli aktivite	3,92±4,69	5,11±6,70	4,84±6,81	0,577
Ev işi/bakım aktiviteleri	20,43±12,91	23,42±12,87	23,64±14,07	0,382
İş-Meslek aktiviteleri	6,90±15,14	5,17±9,99	5,33±9,45	0,653
Egzersiz/spor aktiviteleri	6,72±6,61	9,20±10,48	8,81±10,18	0,354

X±SS: Ortalama±Standart sapma

GFAA: Gebelik fiziksel aktivite anketi

Gebelerin trimesterlerine göre SF-36 sonuçlarının karşılaştırması Tablo 4.14 'de gösterildi. SF-36 anketinin alt parametrelerinin gebelik trimesteri arasındaki karşılaştırması incelendiğinde; fiziksel fonksiyon alt skalası ortalamasının ilk trimesterde olanlarda diğer trimesterlere göre daha yüksek olduğu görüldü ($p=0.000$). Fiziksel rol limitasyonları alt skalası ortalaması 1. trimesterde olanlarda 3. trimesterde olanlara göre yüksek bulundu ($p=0.015$). Ağrı alt skalası ortalaması ise 2. trimesterde olanlarda 3. trimesterde olanlara göre daha yüksek bulundu ($p=0.043$). Ankete ait diğer alt parametre değerlerinin gruplar arası karşılaştırmada benzer olduğu görüldü ($p>0.05$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Gebelerin trimesterlerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması.

	Gebelik Dönemleri			p
	1.Trimester n=43 X±SS	2.Trimester n=131 X±SS	3.Trimester n=76 X±SS	
Fiziksel fonksiyon (0-100)	76,40 ^a ±19,22	64,75 ^b ±19,76	59,54 ^b ±22,14	0,000
Fiziksel rol limitasyonları (0-100)	56,98 ^a ±42,72	45,61 ^{ab} ±38,91	35,20 ^b ±38,77	0,015
Emosyonel rol limitasyonları (0-100)	51,16 ±38,04	56,49 ±34,57	48,68 ±36,69	0,296
Vitalite (Enerji) (0-100)	49,77 ±16,97	52,63 ±18,93	53,36 ±18,59	0,580
Mental sağlık (0-100)	60,93 ±16,30	65,40 ±17,09	65,74 ±16,32	0,260
Sosyal fonksiyon (0-100)	62,21 ±24,77	66,51 ±22,27	63,82 ±20,77	0,476
Ağrı (0-100)	62,62 ^{ab} ±25,35	69,27 ^b ±22,56	61,09 ^a ±25,78	0,043
Genel sağlık (0-100)	57,33 ±16,84	62,56 ±15,37	60,66 ±17,46	0,183

X±SS: Ortalama±Standart sapma

SF-36: Kısa Form-36

Üst indiste farklı harf kullanımı istatistiksel farklılığı ifade etmektedir ($p\leq0.05$).

4.6. Gebelerin Trimestere Göre Pelvik Taban Ve Pelvik Taban Kas Eğitimi Farkındalık, Bilgi Ve İnanışlarının Karşılaştırılması

Gebelerin trimestere göre pelvik taban kas ve kas eğitimi farkındalığına ait ilk beş soruya ait cevapları sayı (n) ve yüzde (%) olarak Tablo 4.15'de verildi. Gebelerin

1-5. sorulara ait cevapları gruplar arasında karşılaştırıldığında sonuçların benzer olduğu görüldü ($p>0.05$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Gebelerin trimestere göre 1-5. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.

		Gebelik Dönemleri						P
		1.Trimester		2.Trimester		3.Trimester		
		n	%	n	%	n	%	
Daha önce hiç “pelvik taban kası” ifadesini duydunuz mu? (1.soru)	Evet	7	16,3	22	16,8	11	14,5	0,601
	Hayır	27	62,8	94	71,8	55	72,4	
	Bilmiyorum	9	20,9	15	11,5	10	13,2	
Daha önce pelvik taban kaslarıyla ilgili bilgi aldınız mı? (2. soru)	Evet	3	7,0	5	3,8	4	5,3	0,684
	Hayır	40	93,0	126	96,2	72	94,7	
Daha önce hiç pelvik taban kaslarıyla ilgili araştırma yaptınız mı? (3. soru)	Evet	2	4,7	5	3,8	4	5,3	0,884
	Hayır	41	95,3	126	96,2	72	94,7	
Daha önce hiç “pelvik taban egzersizi” ifadesini duydunuz mu? (4. soru)	Evet	7	16,3	19	14,5	8	10,5	0,617
	Hayır	36	83,7	112	85,5	68	89,5	
Daha önce hiç pelvik taban egzersizi yaptınız mı? (5. soru)	Evet	2	4,7	7	5,3	6	7,9	0,883
	Hayır	40	93,0	117	89,3	66	86,8	
	Bilmiyorum	1	2,3	7	5,3	4	5,3	

Gebelerin trimestere göre pelvik taban ve PTKKE bilgisini değerlendirmeye yönelik sorulara ait cevapları Tablo 4.16’da gösterildi. Soruların cevaplarına ilişkin veriler incelendiğinde; son trimesterde yer alan gebelerin Üİ’nin yalnızca yaşlılıkta gerçekleştiğine daha fazla inandığı ($p=0.001$), 2. trimesterde olanların da 1.

trimesterdekilere göre kadınların erkeklerden daha fazla Üİ yaşadığını düşündüğü bulundu (p=0.003). Kalan sorulara ait cevaplarda gruplar arası benzerlik olduğu görüldü (p>0.05) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Gebelerin trimestere göre 6-39. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.

	Gebelik Dönemleri						p	
	1.Trimester		2.Trimester		3.Trimester			
	n	%	n	%	n	%		
Kaslar	11	25,6	29	22,1	20	26,3	0,661	
Cilt ve yağ	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Kemik ve eklem	1	2,3	2	1,5	0	0,0		
Tendonlar ve bağlar	0	0,0	1	0,8	0	0,0		
Damarlar	0	0,0	1	0,8	0	0,0		
Rahim,mesane,bağırsak	4	9,3	19	14,5	14	18,4		
Bilmiyorum	19	44,2	52	39,7	26	34,2		
Kaslar-kemik eklem-damarlar-rahim,mesane,bağırsak	0	0,0	0	0,0	1	1,3		
Kaslar-rahim,mesane,bağırsak	2	4,7	11	8,4	3	3,9		
Kaslar-kemik,eklem	2	4,7	4	3,1	4	5,3		
Kaslar-damarlar	1	2,3	1	0,8	1	1,3		
Kaslar-kemik,eklem-rahim,mesane,bağırsak	0	0,0	4	3,1	1	1,3		
Kaslar-cilt ve yağ-damarlar-rahim,mesane,bağırsak	0	0,0	1	0,8	0	0,0		
Kas-kemik,eklem-tendon ve bağlar	1	2,3	1	0,8	1	1,3		
Kemik,eklem-damarlar	0	0,0	0	0,0	1	1,3		
Kas-kemik,eklem-damarlar	0	0,0	0	0,0	3	3,9		
Kaslar-tendon ve bağlar-rahim,mesane,bağırsak	0	0,0	2	1,5	0	0,0		
Kaslar-damarlar-rahim,mesane,bağırsak	0	0,0	1	0,8	1	1,3		
Kaslar-tendon ve bağlar-damarlar	1	2,3	1	0,8	0	0,0		
Kaslar-tendon ve bağlar	1	2,3	0	0,0	0	0,0		
Kaslar-cilt ve yağ-tendon ve bağlar-damarlar-rahim,mesane,bağırsak	0	0,0	1	0,8	0	0,0		
Kadınların pelvik tabanında kaç tane açıklık bulunmaktadır? (7.soru)								0,153
Doğru	0	0,0	2	1,5	1	1,3		
Yanlış	0	0,0	1	0,8	4	5,3		
Bilmiyorum	43	100	128	97,7	71	93,4		

Tablo 4.16. (Devamı) Gebelerin trimestere göre 6-39. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.

		Gebelik Dönemleri						p
		1.Trimester		2.Trimester		3.Trimester		
		n	%	n	%	n	%	
Pelvik taban kasları vücudumuzda nerede bulunur? (8.soru)	Doğru	16	37,2	58	44,3	39	51,3	0,103
	Yanlış	7	16,3	20	15,3	18	23,7	
	Bilmiyorum	20	46,5	53	40,5	19	25,0	
Pelvik taban kaslarınız hangi yapıları çevreler? (9.soru)	İdrar kanal çıkışı	1	2,3	7	5,3	5	6,6	0,943
	Vajina	4	9,3	13	9,9	9	11,8	
	Anüs	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Hiçbiri	0	0,0	1	0,8	0	0,0	
	Bilmiyorum	33	76,7	89	67,9	52	68,4	
	Hepsi	3	7,0	16	12,2	6	7,9	
Pelvik taban kaslarınızın görevi nedir? (10.soru)	İdrar kanal çıkışı-vajina	2	4,7	5	3,8	4	5,3	0,472
	İdrar kaçırmayı ve sızıntıyı engeller	5	11,6	23	17,6	13	17,1	
	Büyük dışkıyı durdurur	1	2,3	1	0,8	0	0,0	
	İç organları destekler	0	0,0	0	0,0	2	2,6	
	Hepsi	1	2,3	7	5,3	2	2,6	
	Hiçbiri	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Bilmiyorum	35	81,4	95	72,5	58	76,3	
	İdrar kaçırmayı ve sızıntıyı engeller-büyük dışkıyı durdurur	1	2,3	2	1,5	1	1,3	
Kadınlarda pelvik taban kasları hangi hareketleri yapmaktadır? (11.soru)	İdrar kaçırmayı ve sızıntıyı engeller-iç organları destekler	0	0,0	3	2,3	0	0,0	0,303
	Sıkma	3	7,0	10	7,6	5	6,6	
	İçe doğru kaldırma	0	0,0	0	0,0	1	1,3	
	Dışa itme	1	2,3	3	2,3	0	0,0	
	İstemli olarak hareket ettirilemez	0	0,0	2	1,5	6	7,9	
	Bilmiyorum	33	76,7	97	74,0	56	73,7	
	Sıkma-içe doğru kaldırma-dışa itme	1	2,3	6	4,6	2	2,6	
	Sıkma-dışa itme	5	11,6	8	6,1	4	5,3	
Pelvik taban kaslarına neden ihtiyacımız var? (12.soru)	Sıkma-içe doğru kaldırma	0	0,0	5	3,8	2	2,6	0,874
	Doğru	4	9,3	7	5,3	4	5,3	
	Yanlış	1	2,3	4	3,1	3	3,9	
Pelvik taban kaslarınız ve alt karın kasınız birlikte çalışır mı? (13.soru)	Bilmiyorum	38	88,4	120	91,6	69	90,8	0,957
	Evet	7	16,3	19	14,5	12	15,8	
	Hayır	1	2,3	2	1,5	1	1,3	
	Bazen	1	2,3	2	1,5	3	3,9	
	Bilmiyorum	34	79,1	108	82,4	60	78,9	

Tablo 4.16. (Devamı) Gebelerin trimestere göre 6-39. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.

		Gebelik Dönemleri						p
		1.Trimester		2.Trimester		3.Trimester		
		n	%	n	%	n	%	
Pelvik taban kasları istemli olarak kontrol edilebilir mi? (14.soru)	Evet	9	20,9	21	16,0	13	17,1	0,748
	Hayır	1	2,3	3	2,3	3	3,9	
	Bazen	0	0,0	5	3,8	1	1,3	
	Bilmiyorum	33	76,7	102	77,9	59	77,6	
Aşağıdakilerden hangileri pelvik taban fonksiyonlarını olumsuz yönde etkiler? (15.soru)	Bir doğru	1	2,3	5	3,8	6	7,9	0,378
	İki doğru	2	4,7	9	6,9	1	1,3	
	Üç doğru	19	44,2	57	43,5	42	55,3	
	Dört doğru	1	2,3	6	4,6	4	5,3	
	Beş doğru	0	0,0	2	1,5	0	0,0	
	Altı doğru	0	0,0	1	0,8	0	0,0	
	Yedi doğru	0	0,0	0	0,0	1	1,3	
	Sekiz doğru	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Dokuz doğru	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Bilmiyorum	20	46,5	51	38,9	22	28,9	
Doğumdan sonra pelvik taban kasları eskisi kadar güçlü olur mu? (16.soru)	Evet	3	7,0	8	6,1	6	7,9	0,403
	Hayır	1	2,3	6	4,6	8	10,5	
	Kısmen	3	7,0	18	13,7	9	11,8	
	Bilmiyorum	36	83,7	99	75,6	53	69,7	
Gebelik idrar kaçırmaya neden olur mu? (17.soru)	Evet	9	20,9	48	36,6	34	44,7	0,207
	Hayır	3	7,0	8	6,1	5	6,6	
	Kısmen	15	34,9	43	32,8	23	30,3	
	Bilmiyorum	16	37,2	32	24,4	14	18,4	
Doğum yapmak idrar kaçırmaya neden olur mu? (18.soru)	Evet	6	14,0	30	22,9	17	22,4	0,393
	Hayır	5	11,6	23	17,6	14	18,4	
	Kısmen	8	18,6	32	24,4	16	21,1	
	Bilmiyorum	24	55,8	46	35,1	29	38,2	
Gebelikte veya doğum sonrası idrar kaçırmaya problemi meydana gelirse, bu problem sizce geçici midir? (19.soru)	Evet	25	58,1	54	41,2	38	50,0	0,087
	Hayır	2	4,6	13	9,9	8	10,5	
	Bilmiyorum	16	37,2	64	48,9	30	39,5	

Tablo 4.16. (Devamı) Gebelerin trimestere göre 6-39. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.

	Gebelik Dönemleri						p	
	1.Trimester		2.Trimester		3.Trimester			
	n	%	n	%	n	%		
Kadınlar gebelikte neden idrar kaçırıyor olabilir? (20.soru)	Gebe oldukları için	2	4,7	8	6,1	2	2,6	0,440
	Mesaneleri küçük olduğu için	2	4,7	3	2,3	1	1,3	
	Pelvik taban kasları doğru çalışmadığı için	3	7,0	6	4,6	4	5,3	
	Bebek mesaneye baskı yaptığı için	21	48,8	71	54,2	50	65,8	
	Hepsi	2	4,7	1	0,8	2	2,6	
	Hiçbiri	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Bilmiyorum	11	25,6	30	22,9	12	15,8	
	Gebe oldukları için- pelvik taban kasları doğru çalışmadığı için- bebek mesaneye baskı	0	0,0	1	0,8	1	1,3	
	Gebe oldukları için- bebek mesaneye baskı yaptığı için	0	0,0	5	3,8	2	2,6	
	Gebe oldukları için- pelvik taban kasları doğru çalışmadığı için	0	0,0	1	0,8	0	0,0	
	Mesaneleri küçük olduğu- pelvik taban kasları doğru çalışmadığı	0	0,0	0	0,0	1	1,3	
	Pelvik taban kasları doğru çalışmadığı için- bebek mesaneye baskı	1	2,3	5	3,8	0	0,0	
	Gebe oldukları için- mesaneleri küçük olduğundan- mesaneye baskı yaptığı için	1	2,3	0	0,0	0	0,0	
	Mesaneleri küçük olduğu için- bebek mesaneye baskı yaptığı için	0	0,0	0	0,0	1	1,3	
İdrar kaçırma tedavisi için ped kullanmak dışında bir şey yapılamaz. (21.soru)	Katılıyorum	3	7,0	16	12,2	6	7,9	0,692
	Katılmıyorum	19	44,2	60	45,8	39	51,3	
	Bilmiyorum	21	48,8	55	42,0	31	40,8	
Gebelikte idrar kaçırsam; (22.soru)	Tedavisi olup olmadığını bilmiyorum	11	25,6	35	26,7	21	27,6	0,676
	Sorun olacağını düşünmüyorum	5	11,6	22	16,8	11	14,5	
	Utandığım için yardım istemeyeceğim	1	2,3	3	2,3	1	1,3	
	Doktorum erkek olduğu için yardım istemeyeceğim	0	0,0	0	0,0	2	2,6	
	Yardım isteyeceğim	26	60,5	71	54,2	41	53,9	

Tablo 4.16. (Devamı) Gebelerin trimestere göre 6-39. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.

		Gebelik Dönemleri						p
		1.Trimester		2.Trimester		3.Trimester		
		n	%	n	%	n	%	
Gebelikte/doğum öncesi fizyoterapinin senin ve bebeğinin sağlığı için faydalı olduğunu düşünüyor musun ? (23.soru)	Evet	23	53,5	65	49,6	35	46,1	0,743
	Hayır	1	2,3	5	3,8	1	1,3	
	Bilmiyorum	19	44,2	61	46,6	40	52,6	
Pelvik taban egzersizleri yapma tavsiyelerine uyarsam, pelvik tabanım güçlenecektir. (24.soru)	Kesinlikle katılıyorum	11	25,6	30	22,9	15	19,7	0,346
	Katılıyorum	11	25,6	58	44,3	30	39,5	
	Kararsızım	19	44,2	41	31,3	28	36,8	
	Katılmıyorum	2	4,7	1	0,8	3	3,9	
	Kesinlikle katılmıyorum	0	0,0	1	0,8	0	0,0	
Pelvik taban egzersizlerini ne sıklıkta yapmalısınız? (25.soru)	Her gün	2	4,7	18	13,7	5	6,6	0,066
	Haftada 2 veya daha fazla	3	7,0	7	5,3	6	7,9	
	Haftada 1 kez	1	2,3	3	2,3	3	3,9	
	Asla	2	4,7	0	0,0	0	0,0	
	Bilmiyorum	35	81,4	103	78,6	62	81,6	
Egzersizlerin doğumdan önce ya da doğumdan sonra yapılması, egzersizin etkisini değiştirir mi? (26.soru)	Evet	11	25,6	38	29,0	19	25,0	0,802
	Hayır	3	7,0	8	6,1	8	10,5	
	Bilmiyorum	29	67,4	85	64,9	49	64,5	
Kadınlar erkeklerden daha fazla idrar kaçırmırlar. (27.soru)	Katılıyorum	6	14,0 ^a	49	37,4 ^b	19	25,0 ^{ab}	0,001
	Katılmıyorum	2	4,7 ^a	6	4,6 ^a	16	21,1 ^b	
	Bilmiyorum	35	81,4 ^a	76	58,0 ^b	41	53,9 ^b	
İdrar kaçırma yalnızca yaşlılıkta gerçekleşir. (28.soru)	Katılıyorum	0	0,0 ^a	1	0,8 ^a	6	7,9 ^b	0,003
	Katılmıyorum	28	65,1 ^a	107	81,7 ^c	55	72,4 ^b	
	Bilmiyorum	15	34,9 ^a	23	17,6 ^b	15	19,7 ^b	
Zayıf kadınlar, kilolu kadınlardan daha fazla idrar kaçırma eğilimi gösterirler. (29.soru)	Katılıyorum	0	0,0	1	0,8	2	2,6	0,150
	Katılmıyorum	14	32,6	55	42,0	39	51,3	
	Bilmiyorum	29	67,4	75	57,3	35	46,1	

Tablo 4.16. (Devamı) Gebelerin trimestere göre 6-39. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.

		Gebelik Dönemleri						p
		1.Trimester		2.Trimester		3.Trimester		
		n	%	n	%	n	%	
Sağlıklı kadın istediği zaman pelvik taban kaslarını kontrol (kasma ve gevşeme) edebilir mi? (30.soru)	Evet	10	23,3	36	27,5	23	30,3	0,468
	Hayır	1	2,3	5	3,8	0	0,0	
	Bilmiyorum	32	74,4	90	68,7	53	69,7	
Sağlıklı kadınlar egzersiz veya efor sırasında (şiddetli egzersiz gibi) idrar kaçırmı? (31.soru)	Evet	4	9,3	14	10,7	9	11,8	0,979
	Hayır	6	14,0	19	14,5	9	11,8	
	Bilmiyorum	33	76,7	98	74,8	58	76,3	
Kadınların idrar kaçırmayı kontrol edebilmek için günlük ped kullanmasını normal buluyor musunuz? (32.soru)	Evet	16	37,2	60	45,8	42	55,3	0,341
	Hayır	13	30,2	38	29,0	20	26,3	
	Bilmiyorum	14	32,6	33	25,2	14	18,4	
Sağlıklı kadınlar idrar kaçırmı? (33.soru)	Evet	6	14,0	24	18,3	17	22,4	0,489
	Hayır	16	37,2	52	39,7	34	44,7	
	Bilmiyorum	21	48,8	55	42,0	25	32,9	
Aşağıdaki doğum yöntemlerinden hangisi pelvik taban kaslarına daha fazla zarar verir? (34.soru)	Sezaryen	3	7,0	11	8,4	7	9,2	0,631
	Vajinal doğum	8	18,6	39	29,8	22	28,9	
	Bilmiyorum	32	74,4	81	61,8	47	61,8	
Pelvik taban kasları cinsel orgazmda rol oynar mı? (35.soru)	Evet	3	7,0	18	13,7	13	17,1	0,149
	Hayır	1	2,3	1	0,8	4	5,3	
	Bilmiyorum	39	90,7	112	85,5	59	77,6	
Sağlıklı kadınlar cinsel ilişki sırasında sık sık ağrı yaşar mı? (36.soru)	Evet	4	9,3	12	9,2	4	5,3	0,843
	Hayır	18	41,9	58	44,3	37	48,7	
	Bilmiyorum	21	48,8	61	46,6	35	46,1	
Sağlıklı kadınlar cinsel ilişki sırasında çok az idrar kaçırmı? (37.soru)	Evet	1	2,3	2	1,5	6	7,9	0,199
	Hayır	15	34,9	50	38,2	27	35,5	
	Bilmiyorum	27	62,8	79	60,3	43	56,6	
Pelvik tabanla ilgili problemlerde uygulanan tedavileri biliyor musunuz? (38.soru)	Evet	2	4,7	5	3,8	3	3,9	0,757
	Hayır	41	95,3	126	96,2	73	96,1	
Pelvik taban kasları hakkında daha fazla bilgi almak ister misiniz? (39.soru)	Evet	30	69,8	89	67,9	60	78,9	0,407
	Hayır	13	30,2	39	29,8	15	19,7	
	Bilmiyorum	0	0,0	3	2,3	1	1,3	

Üst indiste farklı harf kullanımı istatistiksel farklılığı ifade etmektedir ($p \leq 0,05$).

Gebelerin pelvik taban kasları, kas eğitimi ve pelvik taban fonksiyon bozukluklarına ilişkin inanışlarını ölçmek amacıyla sorulan sorulara ait cevapları Tablo 4.17’de verildi.

Tablo 4.17. Gebelerin trimesterlere 40-47. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.

		Gebelik Dönemleri						p
		1.Trimester		2.Trimester		3.Trimester		
		n	%	n	%	n	%	
Pelvik taban kasları hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz? (40.soru)	Evet	1	2,3	3	2,3	1	1,3	0,717
	Hayır	42	97,7	126	96,2	75	98,7	
Pelvik taban kasları hakkında bilgi alırsam, verilen tavsiyelere uymayı düşünüyorum. (41.soru)	Kesinlikle katılıyorum	8	18,6	37	28,2	23	30,3	0,915
	Katılıyorum	21	48,8	61	46,6	36	47,4	
	Kararsızım	11	25,6	26	19,8	12	15,8	
	Katılmıyorum	2	4,7	5	3,8	4	5,3	
	Kesinlikle katılmıyorum	1	2,3	2	1,5	1	1,3	
Pelvik taban egzersizlerinin idrar kaçırmayı tedavi ettiğine ya da önlediğine inanıyorum. (42.soru)	Kesinlikle Katılıyorum	3	7,0	14	10,7	4	5,3	0,570
	Katılıyorum	12	27,9	45	34,4	30	39,5	
	Kararsızım	26	60,5	67	51,1	38	50,0	
	Katılmıyorum	2	4,7	3	2,3	4	5,3	
	Kesinlikle katılmıyorum	0	0,0	2	1,5	0	0,0	
Gebelikte idrar kaçırmak normaldir. (43.soru)	Kesinlikle katılıyorum	2	4,7	14	10,7	6	7,9	0,090
	Katılıyorum	15	34,9	47	35,9	35	46,1	
	Kararsızım	18	41,9	52	39,7	22	28,9	
	Katılmıyorum	8	18,6	12	9,2	13	17,1	
	Kesinlikle katılmıyorum	0	0,0	6	4,6	0	0,0	

Tablo 4.17. (Devamı) Gebelerin trimesterlere 40-47. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.

		Gebelik Dönemleri						p
		1.Trimester		2.Trimester		3.Trimester		
		n	%	n	%	n	%	
Gebelik nedeniyle idrar kaçırmaya başlayacağımı ya da idrar kaçırmamın ilerleyeceğini düşünüyorum. (44.soru)	Kesinlikle katılıyorum	2	4,7	7	5,3	4	5,3	0,724
	Katılıyorum	3	7,0	17	13,0	14	18,4	
	Kararsızım	21	48,8	52	39,7	34	44,7	
	Katılmıyorum	13	30,2	42	32,1	20	26,3	
Gebelikte idrar kaçırmamın tedavisi olduğunu düşünüyorum. (45.soru)	Kesinlikle katılıyorum	5	11,6	12	9,2	6	7,9	0,847
	Katılıyorum	11	25,6	38	29,0	26	34,2	
	Kararsızım	19	44,2	55	42,0	34	44,7	
	Katılmıyorum	8	18,6	22	16,8	9	11,8	
Pelvik tabanım için egzersiz yapmam önerilirse onları yapmaya çalışırım. (46.soru)	Kesinlikle katılıyorum	12	27,9	44	33,6	17	22,4	0,170
	Katılıyorum	16	37,2	55	42,0	38	50,0	
	Kararsızım	12	27,9	28	21,4	19	25,0	
	Katılmıyorum	3	7,0	1	0,8	1	1,3	
Pelvik tabanınız hakkında en büyük korku ya da endişeniz nedir? (47.soru)	Var	4	9,3	10	7,6	8	10,5	0,956
	Bilmiyorum	33	76,7	102	77,9	56	73,7	
	Yok	6	14,0	19	14,5	12	15,8	

48. soruya verilen cevaplar sayısal tipte veri olduğu için trimesterlere göre ortalamaları karşılaştırıldı ve Tablo 4.18’de verildi. Gruplar arası karşılaştırmada cevapların ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Tablo 4.18. Gebelerin trimesterlere göre 48. soruya ait cevaplarının karşılaştırılması

Aşağıda sıfır ile on arasında puanlanan bir ölçek yer almaktadır. Lütfen pelvik taban kasları hakkında bilgi düzeyinizi yatay çizgi üzerinde işaretleyin. (0 kesinlikle hiçbir şey bilmiyorum, 10 ise bu alanda uzman bilgisine sahibim demektir)

	n=250	X±SS	P
1.Trimester	43	1,05± 1,88	0,989
2.Trimester	131	1,02± 1,69	
3.Trimester	76	1,05± 1,78	

X±SS: Ortalama±Standart sapma

4.7. Gebelerin Eğitim Düzeylerine Göre Fiziksel ve Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Gebelerin fiziksel ve obstetrik özelliklerinin eğitim düzeylerine göre karşılaştırılması Tablo 4.19’da gösterildi. İlkokul ve lisans mezunlarında yaş ortalamasının diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğu görüldü (p=0.00). Gebelik sayısı, canlı doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısının ilkökul ve ortaokul mezunlarında diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (p=0.001). Küretaj sayısının ilkökul mezunlarında diğer gruplardan daha yüksek olduğu tespit edildi (p=0.016) (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Gebelerin eğitim düzeylerine göre fiziksel ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması.

	İlkokul	Ortaokul	Lise	Önlisans	Lisans	P
	n=25	n=55	n=93	n=17	n=60	
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	
Yaş (yıl)	33,88 ^a ±5,83	26,11 ^b ±3,75	27,85 ^b ±5,26	28,53 ^b ±4,11	30,50 ^a ±6,06	0,001
VKI (kg/m ²)	29,61 ±4,78	29,40 ±14,06	26,07 ±5,18	28,12 ±4,71	27,31 ±5,30	0,098
Gravida	2,52 ^a ±0,96	1,89 ^{ab} ±0,99	1,55 ^b ±1,06	1,29 ^b ±0,77	1,42 ^b ±0,87	0,001
Parite	1,40 ^a ±1,00	1,02 ^{ab} ±0,91	0,69 ^b ±0,85	0,41 ^b ±0,51	0,53 ±0,72 ^b	0,001
Abortus	0,12 ±0,33	0,20 ±0,65	0,13 ±0,49	0,29 ±0,69	0,22 ±0,45	0,670
Küretaj sayısı	0,40 ^a ±0,76	0,13 ^b ±0,34	0,09 ^b ±0,38	0,12 ^b ±0,33	0,10 ^b ±0,30	0,016
Yaşayan çocuk sayısı	1,32 ^a ±0,99	0,98 ^{ab} ±0,91	0,69 ^b ±0,85	0,41 ±0,51 ^b	0,52 ±0,72 ^b	0,001

X±SS: Ortalama±Standart sapma

Üst indiste farklı harf kullanımı istatistiksel farklılığı ifade etmektedir (p≤0.05).

Gebelerin eğitim düzeylerine göre gebe okuluna katılım durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.20’de verildi. Gebe okuluna katılmayı düşünenlerin oranı lisans mezunlarında, ortaokul ve lise mezunlarına kıyasla daha yüksek bulundu. Gebe okuluna katılmayı planlayan ya da gebe okuluna gidenler lisans, önlisans ve lise mezunlarında daha fazla olduğu bulundu. İlkokul ve ortaokul mezunlarında gebe okuluna katılmayı düşünmeyenlerin oranı daha yüksekti ($p=0.001$). Gebe okuluna katılım oranının lisans mezunlarında yüksek olduğu bulundu ($p=0.003$) (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Gebelerin eğitim düzeylerine göre gebe okuluna katılım durumlarının karşılaştırılması.

		İlkokul		Ortaokul		Lise		Önlisans		Lisans		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gebe okuluna katılmayı düşünüyor musunuz?	Evet	2	8,0 ^{ab}	1	1,8 ^b	4	4,3 ^b	1	5,9 ^{ab}	11	18,3 ^a	0,001
	Hayır	23	92,0 ^a	45	81,8 ^a	58	62,4 ^b	9	52,9 ^b	30	50,0 ^b	
	Zaten gidiyorum	0	0,0 ^a	1	1,8 ^a	5	5,4 ^{ab}	3	17,6 ^b	5	8,3 ^{ab}	
	Planlıyorum	0	0,0 ^a	2	3,6 ^a	14	15,1 ^b	1	5,9 ^{ab}	9	15,0 ^b	
	Bilmiyorum	0	0,0 ^a	6	10,9 ^b	11	11,8 ^b	2	11,8 ^b	0	0,0 ^a	
	Katıldım	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a	1	1,1 ^a	1	5,9 ^{ab}	5	8,3 ^b	
Gebe okuluna katıldınız mı?	Evet	0	0,0 ^a	1	1,8 ^a	6	6,5 ^a	4	23,5 ^b	10	16,7 ^b	0,003
	Hayır	25	100,0	54	98,2	87	93,5	13	76,5	50	83,3	

Üst indiste farklı harf kullanımı istatistiksel farklılığı ifade etmektedir ($p \leq 0,05$).

4.8. Gebelerin Eğitim Düzeylerine Göre Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Gebelerin eğitim düzeylerine göre fiziksel aktivite seviyelerinin karşılaştırılması Tablo 4.21’de gösterildi. Lisans mezunu gebelerde sedanter aktivite düzeyi ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre daha yüksek bulundu ($p=0.001$). Hafif yoğunlukta aktivitenin lisans mezunlarında önlisans mezunlarına kıyasla daha yüksek olduğu saptandı. İş-meslek aktiviteleri ise lisans mezunlarında ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre daha yüksek bulundu ($p=0.017$) (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Gebelerin eğitim düzeylerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin karşılaştırılması.

GFAA	İlkokul	Ortaokul	Lise	Önlisans	Lisans	P
	n=25 X±SS	n=55 X±SS	n=93 X±SS	n=17 X±SS	n=60 X±SS	
Total aktivite	41,45±23,13	45,34±21,90	50,74±24,05	40,42±28,82	46,74±19,02	0,223
Sedanter aktivite	5,33 ^a ±3,70	6,56 ^a ±5,30	8,44 ^{ab} ±5,72 ^b	8,08 ^{ab} ±4,58	11,11 ^b ±6,01	0,001
Hafif aktivite	18,92±8,64	20,27 ^a ±8,13	21,89±9,03	15,32 ^b ±8,77	18,8±7,78	0,024
Orta aktivite	13,20±15,04	14,29±13,52	14,07±12,11	12,59±15,42	11,84±7,92	0,800
Şiddetli aktivite	3,99±6,63	3,48±4,27	6,02±7,42	4,24±6,18	4,71±6,24	0,182
Ev işi/bakım aktiviteleri	25,65±17,30	25,07±12,41	24,21±13,84	18,05±12,38	19,42±10,45	0,061
İş-Meslek aktiviteleri	1,35 ^a ±4,11	3,66 ^a ±10,24	5,34 ^{ab} ±11,35	5,87 ^{ab} ±15,20	9,13 ^b ±10,40	0,017
Egzersiz/spor aktiviteleri	6,34±8,49	7,53±10,04	10,57±10,92	7,15±8,41	8,11±8,45	0,185

X±SS: Ortalama ± standart sapma

GFAA: Gebelik fiziksel aktivite anketi

Üst indiste farklı harf kullanımı istatistiksel farklılığı ifade etmektedir (p≤0.05).

Gebelerin eğitim düzeylerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması Tablo 4.22'de verildi. Gruplar arasında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlanmaları, emosyonel rol kısıtlanmaları, vitalite, mental sağlık, sosyal fonksiyon, ağrı ve genel sağlık alt parametleri ortalamalarının benzer olduğu bulundu ($p>0.05$) (Tablo 4.22).



Tablo 4.22. Gebelerin eğitim düzeylerine göre Kısa Form-36 anket sonuçlarının karşılaştırılması.

	İlkokul	Ortaokul	Lise	Önlisans	Lisans	
SF-36	n=25 X±SS	n=55 X±SS	n=93 X±SS	n=17 X±SS	n=60 X±SS	p
Fiziksel fonksiyon (0-100)	59,20±18,52	65,55±20,88	63,25±22,27	65,29±22,18	70,25±19,67	0,180
Fiziksel rol limitasyonları (0-100)	32,00±31,89	48,18±41,07	49,19±40,29	32,35±33,96	42,08±42,56	0,203
Emosyonel rol limitasyonları (0-100)	40,00±30,43	53,33±37,73	58,42±34,98	41,18±40,02	53,89±35,30	0,120
Vitalite (Enerji) (0-100)	53,20±19,73	51,82±16,48	52,53±20,28	48,53±17,12	53,33±17,51	0,911
Mental sağlık (0-100)	68,64±15,52	62,18±16,72	64,39±17,98	62,59±14,62	66,60±15,84	0,451
Sosyal fonksiyon (0-100)	66,00±25,39	64,55±21,75	65,46±22,75	58,09±17,65	66,04±22,09	0,760
Ağrı (0-100)	62,60±23,72	65,55±23,24	66,18±24,65	57,65±27,92	68,42±23,96	0,549
Genel sağlık (0-100)	57,20±17,92	58,91±16,06	62,42±15,91	60,59±14,13	62,75±17,13	0,458

X±SS: Ortalama±Standart sapma

SF-36: Kısa Form-36

4.9. Gebelerin Eğitim Düzeylerine Göre Pelvik Taban Ve Pelvik Taban Kas Eğitimi Farkındalık, Bilgi Ve İnanışlarının Karşılaştırılması

Gebelerin pelvik taban ve pelvik taban kas eğitim farkındalık düzeyini ölçmek amacıyla sorulan ilk beş soruya verdikleri cevaplar Tablo 4.23’de verildi. Gruplar arası karşılaştırmada eğitim düzeyi yüksek olanlarda pelvik taban kası ve pelvik taban kas egzersizi ifadelerini daha önce duyma oranı daha yüksek bulundu ($p=0.001$) (Tablo 4.23).



Tablo 4.23. Gebelerin 1-5. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.

		İlkokul		Ortaokul		Lise		Önlisans		Lisans		P
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Daha önce hiç “pelvik taban kası” ifadesini duydunuz mu? (1.soru)	Evet	1	4,0 ^a	3	5,5 ^a	12	12,9 ^{ab}	5	29,4 ^{bc}	19	31,7 ^c	0,001
	Hayır	17	68,0 ^{ab}	43	78,2 ^b	70	75,3 ^b	10	58,8 ^a	36	60,0 ^{ab}	
	Bilmiyorum	7	28,0 ^a	9	16,4 ^{ab}	11	11,8 ^b	2	11,8 ^b	5	8,3 ^b	
Daha önce pelvik taban kaslarıyla ilgili bilgi aldınız mı? (2.soru)	Evet	0	0,0	1	1,8	3	3,2	1	5,9	7	11,7	0,060
	Hayır	25	100,0	54	98,2	90	96,8	16	94,1	53	88,3	
Daha önce hiç pelvik taban kaslarıyla ilgili araştırma yaptınız mı? (3.soru)	Evet	0	0,0	0	0,0	5	5,4	1	5,9	5	8,3	0,186
	Hayır	25	100,0	55	100,0	88	94,6	16	94,1	55	91,7	
Daha önce hiç “pelvik taban egzersizi” ifadesini duydunuz mu? (4.soru)	Evet	1	4,0 ^a	2	3,6 ^a	9	9,7 ^a	2	11,8 ^a	20	33,3 ^b	0,001
	Hayır	24	96,0	53	96,4	84	90,3	15	88,2	40	66,7	
Daha önce hiç pelvik taban egzersizi yaptınız mı? (5.soru)	Evet	2	8,0	0	0,0	5	5,4	1	5,9	7	11,7	0,112
	Hayır	19	76,0	53	96,4	82	88,2	16	94,1	52	86,7	
	Bilmiyorum	4	16,0	2	3,6	5	5,4	0	0,0	1	1,7	

Üst indiste farklı harf kullanımı istatistiksel farklılığı ifade etmektedir ($p \leq 0.05$).

Gebelerin pelvik taban ve pelvik taban kas eğitim bilgi düzeyini ölçmek amacıyla sorulan sorulara verdikleri cevaplar Tablo 4.24'de gösterildi. Pelvik taban kaslarının vücudumuzdaki yerleşimini bilenlerin oranının eğitim seviyesiyle doğru orantılı olarak arttığı saptandı ($p=0.001$). Pelvik taban kaslarının çevrelediği yapıları doğru bilenlerin oranı lisans, önlisans ve lise mezunlarından anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0.005$). Pelvik taban kaslarımızı istemli olarak çalışabildiğini bilenlerin oranı eğitim seviyesiyle ilişkili olarak artış gösterdi ($p=0.011$). Eğitim seviyesi daha yüksek kadınlarda gebelikte fizyoterapinin bebek ve anne sağlığı için faydalı olduğunu bilme oranının arttığı tespit edildi ($p=0.001$). Sağlıklı kadınların pelvik taban kaslarını istemli olarak kontrol edebildiklerini bilme oranının lisans ve önlisans mezunlarında daha yüksek olduğu bulundu ($p=0.001$) (Tablo 4.24).

Tablo 4.24. Gebelerin eğitim düzeylerine göre 6-39. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.

	İlkokul		Ortaokul		Lise		Önlisans		Lisans		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kaslar	2	8,0	17	30,9	21	22,6	4	23,5	16	26,7	0,218
Cilt ve yağ	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Kemik ve eklem	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	2	3,3	
Tendonlar ve bağlar	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Damarlar	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Rahim,mesane,bağırsak	5	20,0	7	12,7	15	16,1	5	29,4	5	8,3	
Bilmiyorum	15	60,0	24	43,6	38	40,9	5	29,4	15	25,0	
Kaslar-kemik ve eklem-damarlar-rahim,mesane,bağırsak	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Kaslar-rahim,mesane,bağırsak	2	8,0	1	1,8	7	7,5	1	5,9	5	8,3	
Kaslar-kemik ve eklem	0	0,0	1	1,8	5	5,4	1	5,9	3	5,0	
Kas-damarlar	0	0,0	1	1,8	1	1,1	0	0,0	1	1,7	
Kaslar-kemik ve eklem-rahim,mesane,bağırsak	0	0,0	0	0,0	2	2,2	0	0,0	3	5,0	
Kaslar-cilt ve yağ-damarlar-rahim,mesane,bağırsak	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	
Kas-kemik ve eklem-tendonlar ve bağlar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,0	
Kemik ve eklem-damarlar	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Kas-kemik ve eklem-damarlar	0	0,0	0	0,0	2	2,2	0	0,0	1	1,7	
Kaslar-tendonlar ve bağlar-rahim,mesane,bağırsak	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,3	
Kaslar-damarlar-rahim,mesane,bağırsak	0	0,0	1	1,8	0	0,0	1	5,9	0	0,0	
Kaslar-tendonlar ve bağlar-damarlar	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	1	1,7	
Kaslar-tendonlar ve bağlar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	
Kaslar-cilt ve yağ-tendonlar ve bağlar-damarlar-rahim,mesane,bağırsak	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	

Pelvik taban aşağıdakilerden hangisi/hangilerini içermektedir? (6.soru)

Tablo 4.24. (Devamı) Gebelerin eğitim düzeylerine göre 6-39. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.

		İlkokul		Ortaokul		Lise		Önlisans		Lisans		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kadınların pelvik tabanında kaç tane açıklık (çıkış) bulunmaktadır? (7.soru)	Doğru	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1	5,9	1	1,7	0,234
	Yanlış	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1	5,9	3	5,0	
	Bilmiyorum	25	100,0	55	100,0	91	97,8	15	88,2	56	93,3	
Pelvik taban kasları vücudumuzda nerede bulunur? Lütfen işaretleyin. (8.soru)	Doğru	6	24,0 ^a	17	30,9 ^a	38	40,9 ^a	9	52,9 ^{ab}	43	71,7 ^b	0,001
	Yanlış	4	16,0 ^{ab}	14	25,5 ^b	19	20,4 ^b	3	17,6 ^{ab}	5	8,3 ^a	
	Bilmiyorum	15	60,0 ^a	24	43,6 ^a	36	38,7 ^a	5	29,4 ^{ab}	12	20,0 ^b	
Pelvik taban kaslarımız hangi yapıları çevreler? (9.soru)	İdrar kanal çıkışı	1	4,0	2	3,6	3	3,2	1	5,9	6	10,0	0,005
	Vajina	1	4,0 ^{ab}	1	1,8 ^b	12	12,9 ^{ac}	5	29,4 ^c	7	11,7 ^{ac}	
	Anüs	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Hiçbiri	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	
	Bilmiyorum	21	84,0	49	89,1	65	69,9	9	52,9	30	50,0	
	Hepsi	1	4,0 ^{ab}	1	1,8 ^b	11	11,8 ^c	2	11,8 ^c	10	16,7 ^c	
Pelvik taban kaslarımızın görevi nedir ? (10.soru)	İdrar kanal çıkışı-vajina	1	4,0 ^{ab}	2	3,6 ^{ab}	2	2,2 ^a	0	0,0 ^a	6	10,0 ^b	0,007
	İdrar kaçırmayı ve sızıntıyı engeller	2	8,0 ^a	4	7,3 ^a	13	14,0 ^{ab}	5	29,4 ^b	17	28,3 ^b	
	Büyük dışkıyı durdurur	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	1	1,7	
	İç organları destekler	1	4,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Hepsi	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a	8	8,6 ^b	0	0,0 ^a	2	3,3 ^a	
	Hiçbiri	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Bilmiyorum	22	88,0 ^a	50	90,9 ^{ab}	70	75,3 ^c	11	64,7 ^c	35	58,3 ^c	
	İdrar kaçırmayı ve sızıntıyı engeller-büyük dışkıyı durdurur	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a	1	5,9 ^b	3	5,0 ^b	
İdrar kaçırmayı ve sızıntıyı engeller-iç organları destekler	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	2	3,3		
Kadınlarda pelvik taban kasları hangi hareketleri yapmaktadır? (11.soru)	Sıkma	0	0,0 ^a	1	1,8 ^a	5	5,4 ^a	2	11,8 ^b	10	16,7 ^b	0,005
	İçeride doğru kaldırma	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Dışarı itme	0	0,0	0	0,0	2	2,2	0	0,0	2	3,3	
	İstemli olarak hareket ettirilemez	0	0,0	3	5,5	3	3,2	1	5,9	1	1,7	
	Bilmiyorum	24	96,0 ^a	49	89,1 ^{ab}	69	74,2 ^c	12	70,6 ^c	32	53,3 ^d	
	Sıkma-içeride doğru kaldırma-dışarı itme	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a	7	7,5 ^b	0	0,0 ^a	2	3,3 ^{ab}	
	Sıkma-dışarı itme	1	4,0 ^{ab}	0	0,0 ^b	5	5,4 ^{ab}	1	5,9 ^{ab}	10	16,7 ^a	
	Sıkma-İçeride Doğru Kaldırma	0	0,0	1	1,8	2	2,2	1	5,9	3	5,0	

Tablo 4.24. (Devamı) Gebelerin eğitim düzeylerine göre 6-39. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.

		İlkokul		Ortaokul		Lise		Önlisans		Lisans		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Pelvik taban kaslarına neden ihtiyacımız var? (12.soru)	Doğru	0	0,0	0	0,0	5	5,4	2	11,8	8	13,3	0,071
	Yanlış	0	0,0	2	3,6	2	2,2	1	5,9	3	5,0	
	Bilmiyorum	25	100,0	53	96,4	86	92,5	14	82,4	49	81,7	
Pelvik taban kaslarımız ve alt karın kasımız birlikte çalışır mı? (13.soru)	Evet	1	4,0	6	10,9	12	12,9	3	17,6	16	26,7	0,469
	Hayır	0	0,0	1	1,8	2	2,2	0	0,0	1	1,7	
	Bazen	1	4,0	2	3,6	2	2,2	0	0,0	1	1,7	
	Bilmiyorum	23	92,0	46	83,6	77	82,8	14	82,4	42	70,0	
Pelvik taban kasları istemli olarak kontrol edilebilir mi? (14.soru)	Evet	2	8,0 ^a	5	9,1 ^a	15	16,1 ^a	3	17,6 ^a	18	30,0 ^b	0,011
	Hayır	1	4,0	1	1,8	4	4,3	1	5,9	0	0,0	
	Bazen	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a	1	1,1 ^a	2	11,8 ^b	3	5,0 ^{ab}	
	Bilmiyorum	22	88,0 ^a	49	89,1 ^a	73	78,5 ^a	11	64,7 ^b	39	65,0 ^b	
Aşağıdakilerden hangileri pelvik taban fonksiyonlarını olumsuz yönde etkiler? (15.soru)	Bir doğru	1	4,0	0	0,0	5	5,4	2	11,8	4	6,7	0,489
	İki doğru	1	4,0	2	3,6	5	5,4	1	5,9	3	5,0	
	Üç doğru	9	36,0	27	49,1	40	43,0	9	52,9	33	55,0	
	Dört doğru bildi	2	8,0	1	1,8	6	6,5	0	0,0	2	3,3	
	Beş doğru bildi	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	1	1,7	
	Altı doğru	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	
	Yedi doğru	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Sekiz doğru	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Dokuz doğru	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Bilmiyorum	11	44,0	25	45,5	36	38,7	5	29,4	16	26,7	
Doğumdan sonra pelvik taban kasları eskisi kadar güçlü olur mu? (16.soru)	Evet	0	0,0	2	3,6	6	6,5	1	5,9	8	13,3	0,033
	Hayır	2	8,0	4	7,3	5	5,4	0	0,0 ^b	4	6,7 ^{ab}	
	Kısmen	0	0,0 ^a	4	7,3 ^a	9	9,7 ^a	4	23,5 ^b	13	21,7 ^b	
	Bilmiyorum	23	92,0 ^a	45	81,8 ^a	73	78,5 ^a	12	70,6 ^{ab}	35	58,3 ^b	
Gebelik idrar kaçırmaya neden olur mu? (17.soru)	Evet	9	36,0	17	30,9	28	30,1	7	41,2	30	50,0	0,060
	Hayır	0	0,0	5	9,1	6	6,5	2	11,8	3	5,0	
	Kısmen	4	16,0	19	34,5	34	36,6	4	23,5	20	33,3	
	Bilmiyorum	12	48,0	14	25,5	25	26,9	4	23,5	7	11,7	
Doğum yapmak idrar kaçırmaya neden olur mu? (18.soru)	Evet	4	16,0 ^a	9	16,4 ^a	17	18,3 ^a	8	47,1 ^b	15	25,0 ^{ab}	0,020
	Hayır	1	4,0 ^a	14	25,5 ^b	18	19,4 ^b	0	0,0 ^a	9	15,0 ^{ab}	
	Kısmen	3	12,0	12	21,8	23	24,7	2	11,8	16	26,7	
	Bilmiyorum	17	68,0 ^a	20	36,4 ^b	35	37,6 ^b	7	41,2 ^{ab}	20	33,3 ^b	

Tablo 4.24. (Devamı) Gebelerin eğitim düzeylerine göre 6-39. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.

	İlkokul		Ortaokul		Lise		Önlisans		Lisans		p	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Gebelikte veya doğum sonrası idrar kaçırma problemi meydana gelirse, bu problem sizce geçici midir? (19.soru)	Evet	5	20,0 ^a	19	34,5 ^{ab}	45	48,4 ^b	7	41,2 ^{ab}	42	70,0 ^c	0,003
	Hayır	4	16,0 ^a	5	9,1 ^a	10	10,8 ^a	2	11,8 ^a	1	1,7 ^b	
	Bilmiyorum	16	64,0 ^a	31	56,4 ^a	38	40,9 ^{ab}	8	47,1 ^{ab}	17	28,3 ^{bc}	
	Gebe oldukları için	0	0,0	6	10,9	4	4,3	0	0,0	2	3,3	
	Mesaneleri küçük olduğu için	1	4,0	0	0,0	3	3,2	0	0,0	2	3,3	
	Pelvik kasları doğru çalışmadığı için	0	0,0	4	7,3	3	3,2	1	5,9	5	8,3	
	Bebek mesaneye baskı yaptığı için	12	48,0	27	49,1	56	60,2	8	47,1	39	65,0	
	Hepsi	0	0,0	1	1,8	2	2,2	1	5,9	1	1,7	
	Hiçbiri	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Bilmiyorum	12	48,0 ^a	16	29,1 ^{ab}	18	19,4 ^b	4	23,5 ^{ab}	3	5,0 ^c	
Kadınlar gebelikte neden idrar kaçırıyor olabilir? (20.soru)	Gebe oldukları için-pelvik taban kasları doğru çalışmadığı için-bebek mesaneye baskı	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	1	1,7	0,005
	Gebe oldukları için-bebek mesaneye baskı yaptığı için	0	0,0	1	1,8	3	3,2	0	0,0	3	5,0	
	Gebe oldukları için-pelvik taban kasları doğru çalışmadığı için	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	
	Mesaneleri küçük olduğu için-pelvik taban kasları doğru çalışmadığı için	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a	1	5,9 ^b	0	0,0 ^a	
	Pelvik taban kasları doğru çalışmadığı-bebek mesaneye baskı	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1	5,9	4	6,7	
	Gebe oldukları için-mesaneleri küçük olduğundan- mesaneye baskı yaptığı için	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a	1	5,9 ^b	0	0,0 ^a	
	Mesaneleri küçük olduğu için-bebek mesaneye baskı yaptığı için	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	
İdrar kaçırma tedavisi için ped kullanmak dışında bir şey yapılamaz. (21.soru)	Katılıyorum	2	8,0	5	9,1	12	12,9	2	11,8	4	6,7	0,143
	Katılmıyorum	5	20,0	27	49,1	44	47,3	9	52,9	33	55,0	
	Bilmiyorum	18	72,0	23	41,8	37	39,8	6	35,3	23	38,3	
Gebelikte idrar kaçırsam; (22.soru)	Tedavisi olup olmadığını bilmiyorum	8	32,0	18	32,7	29	31,2	2	11,8	10	16,7	0,143
	Sorun olacağını düşünmüyorum	3	12,0	8	14,5	12	12,9	4	23,5	11	18,3	
	Utandığım için yardım istemeyeceğim	2	8,0	2	3,6	1	1,1	0	0,0	0	0,0	
	Doktorum erkek olduğu için yardım istemeyeceğim	1	4,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Yardım isteyeceğim	11	44,0	26	47,3	51	54,8	11	64,7	39	65,0	

Tablo 4.24. (Devamı) Gebelerin eğitim düzeylerine göre 6-39. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.

		İlkokul		Ortaokul		Lise		Önlisans		Lisans		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gebelikte/doğum öncesi fizyoterapinin senin ve bebeğinin sağlığı için faydalı olduğunu düşünüyor musun ? (23.soru)	Evet	5	20,0 ^a	16	29,1 ^a	44	47,3 ^b	10	58,8 ^b	48	80,0 ^c	0,001
	Hayır	3	12,0 ^a	3	5,5 ^{ab}	1	1,1 ^b	0	0,0 ^b	0	0,0 ^b	
	Bilmiyorum	17	68,0 ^a	36	65,5 ^a	48	51,6 ^a	7	41,2 ^{ab}	12	20,0 ^b	
Pelvik taban egzersizleri yapma konusunda tavsiyelere uyarsam, pelvik tabanım güçlenecektir. (24.soru)	Kesinlikle katılıyorum	1	4,0 ^a	6	10,9 ^{ab}	20	21,5 ^{bc}	7	41,2 ^d	22	36,7 ^{cd}	0,001
	Katılıyorum	7	28,0 ^a	16	29,1 ^a	41	44,1 ^b	6	35,3 ^{ab}	29	48,3 ^b	
	Kararsızım	15	60,0 ^a	29	52,7 ^a	31	33,3 ^b	4	23,5 ^b	9	15,0 ^c	
	Katılmıyorum	2	8,0 ^a	3	5,5 ^{ab}	1	1,1 ^b	0	0,0 ^b	0	0,0 ^b	
	Kesinlikle katılmıyorum	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Pelvik taban egzersizlerini ne sıklıkta yapmalısınız? (25.soru)	Hergün	2	8,0	2	3,6	7	7,5	1	5,9	13	21,7	0,071
	Haftada 2 veya daha fazla	1	4,0	1	1,8	5	5,4	3	17,6	6	10,0	
	Haftada 1 kez	0	0,0	3	5,5	2	2,2	0	0,0	2	3,3	
	Asla	0	0,0	1	1,8	1	1,1	0	0,0	0	0,0	
	Bilmiyorum	22	88,0	48	87,3	78	83,9	13	76,5	39	65,0	
Egzersizlerin doğumdan önce ya da doğumdan sonra yapılması, egzersizin etkisini değiştirir mi? (26.soru)	Evet	2	8,0 ^a	14	25,5 ^{ab}	20	21,5 ^{ab}	7	41,2 ^b	25	41,7 ^b	0,015
	Hayır	1	4,0	7	12,7	5	5,4	1	5,9	5	8,3	
	Bilmiyorum	22	88,0 ^a	34	61,8 ^{ab}	68	73,1 ^a	9	52,9 ^b	30	50,0 ^b	
Kadınlar erkeklerden daha fazla idrar kaçırmırlar. (27.soru)	Katılıyorum	4	16,0	14	25,5	27	29,0	6	35,3	23	38,3	0,648
	Katılmıyorum	3	12,0	7	12,7	9	9,7	1	5,9	4	6,7	
	Bilmiyorum	18	72,0	34	61,8	57	61,3	10	58,8	33	55,0	
İdrar kaçırma yalnızca yaşlılıkta gerçekleşir. (28.soru)	Katılıyorum	0	0,0	3	5,5	3	3,2	0	0,0	1	1,7	0,508
	Katılmıyorum	17	68,0	39	70,9	70	75,3	13	76,5	51	85,0	
	Bilmiyorum	8	32,0	13	23,6	20	21,5	4	23,5	8	13,3	
Zayıf kadınlar, kilolu kadınlardan daha fazla idrar kaçırma eğilimi gösterirler. (29.soru)	Katılıyorum	0	0,0	2	3,6	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0,080
	Katılmıyorum	5	20,0	23	41,8	39	41,9	8	47,1	33	55,0	
	Bilmiyorum	20	80,0	30	54,5	54	58,1	9	52,9	26	43,3	
Sağlıklı kadın istediği zaman pelvik taban kaslarını kontrol (kasma ve gevşeme) edebilir mi? (30.soru)	Evet	2	8,0 ^a	10	18,2 ^{ab}	17	18,3 ^{ab}	7	41,2 ^b	33	55,0 ^c	0,001
	Hayır	0	0,0	1	1,8	3	3,2	0	0,0	2	3,3	
	Bilmiyorum	23	92,0 ^a	44	80,0 ^{ab}	73	78,5 ^{ab}	10	58,8 ^{bc}	25	41,7 ^c	
Sağlıklı kadınlar egzersiz veya efor sırasında (şiddetli egzersiz gibi) idrar kaçırmı mı? (31.soru)	Evet	1	4,0	5	9,1	11	11,8	2	11,8	8	13,3	0,939
	Hayır	3	12,0	8	14,5	11	11,8	2	11,8	10	16,7	
	Bilmiyorum	21	84,0	42	76,4	71	76,3	13	76,5	42	70,0	

Tablo 4.24. (Devamı) Gebelerin eğitim düzeylerine göre 6-39. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.

		İlkokul		Ortaokul		Lise		Önlisans		Lisans		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sağlıklı kadınlar egzersiz veya efor sırasında (şiddetli egzersiz gibi) idrar kaçırmı? (32.soru)	Evet	7	28,0	25	45,5	47	50,5	9	52,9	30	50,0	0,342
	Hayır	8	32,0	16	29,1	26	28,0	2	11,8	19	31,7	
	Bilmiyorum	10	40,0	14	25,5	20	21,5	6	35,3	11	18,3	
Sağlıklı kadınlar idrar kaçırmı? (33.soru)	Evet	1	4,0 ^a	15	27,3 ^b	14	15,1 ^{ab}	2	11,8 ^{ab}	15	25,0 ^b	0,016
	Hayır	11	44,0 ^{ab}	15	27,3 ^a	36	38,7 ^{ab}	9	52,9 ^b	31	51,7 ^b	
	Bilmiyorum	13	52,0 ^a	25	45,5 ^a	43	46,2 ^a	6	35,3 ^b	14	23,3 ^b	
Aşağıdaki doğum yöntemlerinden hangisi pelvik taban kaslarına daha fazla zarar verir? (34.soru)	Sezeryan	2	8,0	4	7,3	5	5,4	2	11,8	8	13,3	0,010
	Vajinal doğum	3	12,0 ^a	9	16,4 ^a	26	28,0 ^{ab}	9	52,9 ^c	22	36,7 ^{bc}	
	Bilmiyorum	20	80,0 ^a	42	76,4 ^a	62	66,7 ^a	6	35,3 ^b	30	50,0 ^b	
Pelvik taban kasları cinsel orgazmda rol oynar mı? (35.soru)	Evet	1	4,0	6	10,9	11	11,8	3	17,6	13	21,7	0,519
	Hayır	1	4,0	1	1,8	2	2,2	0	0,0	2	3,3	
	Bilmiyorum	23	92,0	48	87,3	80	86,0	14	82,4	45	75,0	
Sağlıklı kadınlar cinsel ilişki sırasında sık sık ağrı yaşar mı? (36.soru)	Evet	2	8,0	8	14,5	8	8,6	0	0,0	2	3,3	0,071
	Hayır	11	44,0	18	32,7	40	43,0	7	41,2	37	61,7	
	Bilmiyorum	12	48,0	29	52,7	45	48,4	10	58,8	21	35,0	
Sağlıklı kadınlar cinsel ilişki sırasında çok az idrar kaçırmı? (37.soru)	Evet	0	0,0	3	5,5	2	2,2	0	0,0	4	6,7	0,440
	Hayır	9	36,0	15	27,3	36	38,7	6	35,3	26	43,3	
	Bilmiyorum	16	64,0	37	67,3	55	59,1	11	64,7	30	50,0	
Pelvik tabanla ilgili problemlerde uygulanan tedavileri biliyor musunuz? (38.soru)	Evet	0	0,0	0	0,0	2	2,2	1	5,9	7	11,7	0,058
	Hayır	25	100,0	55	100,0	91	97,9	16	94,1	52	86,7	
Pelvik taban kasları hakkında daha fazla bilgi almak ister misiniz? (39.soru)	Evet	19	76,0	34	61,8	65	69,9	15	88,2	46	76,7	0,433
	Hayır	6	24,0	19	34,5	26	28,0	2	11,8	14	23,3	
	Bilmiyorum	0	0,0	2	3,6	2	2,2	0	0,0	0	0,0	

Üst indiste farklı harf kullanımı istatistiksel farklılığı ifade etmektedir ($p \leq 0,05$).

Gebelerin pelvik taban, pelvik taban kasları ve egzersizlerine ilişkin inanışlarını ölçen 43-47. sorulara verilen cevaplar Tablo 4.25’de gösterildi. Gebelerin eğitim düzeyi arttıkça pelvik taban egzersizlerinin idrar kaçırmayı tedavi ettiğine ya da önlediğine inanma oranı da arttı ($p=0.001$). Gruplar arası karşılaştırmada pelvik taban hakkında herhangi bir korku ya da endişeye sahip olma oranı eğitim seviyesiyle doğru orantılı olarak yükseldi. Daha yüksek eğitim düzeyine sahip gebelerde “Pelvik tabanım için egzersiz yapmam önerilirse onları yapmaya çalışırım” sorusuna “Kesinlikle katılıyorum” ve “Katılıyorum” cevaplarının tercih edilme oranı daha yüksekti ($p=0.001$) (Tablo 4.25).



Tablo 4.25. Gebelerin eğitim düzeylerine göre 40-47. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.

		İlkokul		Ortaokul		Lise		Önlisans		Lisans		p
		n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
Pelvik taban kasları hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz? (40.soru)	Evet	0	0,0	0	0,0	2	2,2	1	5,9	2	3,3	0,761
	Hayır	25	100,0	55	100,0	91	97,9	16	94,1	57	95,0	
Pelvik taban kasları hakkında bilgi alırsam, verilen tavsiyelere uymayı düşünüyorum. (41.soru)	Kesinlikle katılıyorum	7	28,0	14	25,5	27	29,0	6	35,3	14	23,3	0,095
	Katılıyorum	6	24,0	20	36,4	46	49,5	10	58,8	36	60,0	
	Kararsızım	8	32,0	16	29,1	16	17,2	1	5,9	8	13,3	
	Katılmıyorum	3	12,0	3	5,5	3	3,2	0	0,0	2	3,3	
	Kesinlikle katılmıyorum	1	4,0	2	3,6	1	1,1	0	0,0	0	0,0	
Pelvik taban egzersizlerinin idrar kaçırma tedavi ettiğine ya da önlediğine inanıyorum. (42.soru)	Kesinlikle katılıyorum	0	0,0 ^a	2	3,6 ^a	4	4,3 ^a	2	11,8 ^{ab}	13	21,7 ^b	0,001
	Katılıyorum	6	24,0 ^a	14	25,5 ^a	30	32,3 ^a	7	41,2 ^{ab}	30	50,0 ^b	
	Kararsızım	15	60,0 ^a	34	61,8 ^a	57	61,3 ^a	8	47,1 ^b	17	28,3 ^c	
	Katılmıyorum	3	12,0 ^a	4	7,3 ^a	2	2,2 ^b	0	0,0 ^b	0	0,0 ^b	
	Kesinlikle katılmıyorum	1	4,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Gebelikte idrar kaçırmak normaldir. (43.soru)	Kesinlikle katılıyorum	1	4,0	5	9,1	8	8,6	1	5,9	7	11,7	0,543
	Katılıyorum	6	24,0	25	45,5	33	35,5	7	41,2	26	43,3	
	Kararsızım	10	40,0	18	32,7	38	40,9	9	52,9	17	28,3	
	Katılmıyorum	7	28,0	6	10,9	12	12,9	0	0,0	8	13,3	
	Kesinlikle katılmıyorum	1	4,0	1	1,8	2	2,2	0	0,0	2	3,3	

Tablo 4.25. (Devamı) Gebelerin eğitim düzeylerine göre 40-47. sorulara ait cevaplarının karşılaştırılması.

		İlkokul		Ortaokul		Lise		Önlisans		Lisans		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gebelik nedeniyle idrar kaçırmaya başlayacağımı ya da idrar kaçırmamın ilerleyeceğini düşünüyorum. (44.soru)	Kesinlikle katılıyorum	2	8,0	0	0,0	7	7,5	2	11,8	2	3,3	0,100
	Katılıyorum	3	12,0	6	10,9	13	14,0	3	17,6	9	15,0	
	Kararsızım	14	56,0	33	60,0	31	33,3	8	47,1	21	35,0	
	Katılmıyorum	4	16,0	13	23,6	30	32,3	4	23,5	24	40,0	
	Kesinlikle katılmıyorum	2	8,0	3	5,5	12	12,9	0	0,0	4	6,7	
Gebelikte idrar kaçırmamın tedavisi olduğunu düşünüyorum (45.soru).	Kesinlikle katılıyorum	1	4,0	3	5,5	7	7,5	2	11,8	10	16,7	0,348
	Katılıyorum	6	24,0	12	21,8	29	31,2	7	41,2	21	35,0	
	Kararsızım	11	44,0	27	49,1	45	48,4	7	41,2	18	30,0	
	Katılmıyorum	6	24,0	11	20,0	11	11,8	1	5,9	10	16,7	
	Kesinlikle katılmıyorum	1	4,0	2	3,6	1	1,1	0	0,0	1	1,7	
Pelvik tabanım için egzersiz yapmam önerilirse onları yapmaya çalışırım (46.soru).	Kesinlikle katılıyorum	1	4,0 ^a	9	16,4 ^{ab}	28	30,1 ^{bc}	7	41,2 ^c	28	46,7 ^c	0,001
	Katılıyorum	12	48,0	21	38,2	42	45,2	8	47,1	26	43,3	
	Kararsızım	11	44,0 ^a	23	41,8 ^a	17	18,3 ^b	2	11,8 ^b	6	10,0 ^b	
	Katılmıyorum	0	0,0	1	1,8	4	4,3	0	0,0	0	0,0	
	Kesinlikle katılmıyorum	1	4,0	1	1,8	2	2,2	0	0,0	0	0,0	
Pelvik tabanınız hakkında en büyük korku ya da endişeniz nedir? (47.soru)	Var	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a	4	4,3 ^a	2	11,8 ^b	16	26,7 ^c	0,001
	Bilmiyorum	21	84,0 ^a	46	83,6 ^a	77	82,8 ^a	13	76,5 ^{ab}	34	56,7 ^b	
	Yok	4	16,0	9	16,4	12	12,9	2	11,8	10	16,7	

Üst indiste farklı harf kullanımı istatistiksel farklılığı ifade etmektedir ($p \leq 0.05$).

48. sorunun cevapları sayısal veri olduğu için, verilen cevap ortalamaları gebelerin eğitim düzeylerine göre karşılaştırıldı. Lisans mezunu gebelerin puanı ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olanlardan daha yüksek bulundu ($p=0.001$) (Tablo 4.26).

Tablo 4.26. Gebelerin eğitim düzeylerine göre 48. soruya ait yanıtlarının karşılaştırılması.

	n	X±SS
İlkokul	25	0,3880 ^a ±1,36025
Ortaokul	55	0,4164 ^a ±1,05247
Lise	93	0,9559 ^a ±1,58960
Önlisans	17	1,4529 ^{ab} ±2,41664
Lisans	60	1,8883 ^b ±2,08360

X±SS: Ortalama±Standart sapma

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı gebelerde pelvik taban ve PTKE farkındalığı, bilgi ve inanışlarının incelemesiydi. Gebelerin pelvik taban ve PTKE farkındalık düzeyinin düşük olduğu saptandı. Ayrıca gebelerin pelvik taban, PTKE, PTD'ler ve mevcut tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıkları bulundu. Gebelerin pelvik taban ve pelvik taban problemleriyle ilgili maladaptif inanışlara sahip olduğu belirlendi. Ancak pelvik tabana ilişkin endişe duyma oranının düşük olduğu saptandı, bu durumun da bilgi eksikliğinden kaynaklanabileceği düşünüldü. Çalışmaya katılan gebelerin %71,6'sının pelvik taban hakkında daha fazla bilgi almak istediği fakat %95,6'sının daha önce bu konu hakkında araştırma yapmadığı ve %95,2'sinin herhangi bir sağlık çalışanı tarafından bilgilendirilmediği saptandı. Bununla birlikte, gebelerin %74,4'ü bilgi aldıkları takdirde verilecek tavsiyelere uymayı düşündüğünü bildirdi.

5.1. Gebelerin pelvik taban ve pelvik taban kas eğitimi farkındalık düzeyinin değerlendirilmesi

Çalışmamızda gebelerin pelvik taban ve PTKE farkındalığı ile bu konular hakkında bilgi edinme yöntemleri değerlendirildi. Araştırmaya katılan gebelerin yalnızca %16'sının pelvik taban kası ifadesini daha önce duyduğu, %84'ünün ise hiç duymadığı ya da duyup duymadığını bilmediği bulundu. Bulgularımızdan farklı olarak, Hill ve ark.'nın (34) Avustralya'da yaşayan 633 gebede gerçekleştirdikleri kesitsel araştırmada gebelerin %82,6'sının pelvik taban kaslarını duyduğu bildirilmiştir. Hill ve ark.'nın (34) çalışmasında gebelerin doğum öncesi eğitime katılma oranı (%28.2) bizim çalışmamızdan (%8.4) fazlaydı ve bu durumun aradaki farkın sebebi olabileceği düşünüldü.

Birçok çalışmada gebelik ve sonrasında düzenli olarak yapılan PTKE'nin çeşitli pelvik taban problemlerinde koruyucu ve tedavi edici etkisi gösterilmiştir (32). Buna rağmen, çalışmamıza dahil olan gebelerin %86,4'ünün PTKE'yi daha önce duymadığı ve %89,2'sinin de daha önce PTKE'yi uygulamadığı bulundu. Bu

çalışmada, yalnızca gebelerin %6'sının yaşamlarının herhangi bir döneminde PTKE'yi tecrübe ettiği saptandı. Süt ve ark. (229) Türkiye'de yaşayan 559 kadında PTKE bilgi ve uygulama durumu hakkında kesitsel bir çalışma gerçekleştirmişler. Gebelerdeki çalışmamızın sonucuyla uyumlu olarak, PTKE'nin kadınların büyük bir kısmı (%83,5) tarafından bilinmediği ve kadınların yalnızca %7,1'inin yaşamlarının herhangi bir döneminde PTKE'yi deneyimlediğini saptamışlardır (229). Literatür incelendiğinde ise farklı ülkelerde yaşayan gebelerde yapılan benzer araştırmalar PTKE'yi bilme ve PTKE'ye katılım durumları açısından bizim sonuçlarımızdan daha yüksek oranlar bildirmişlerdir. Whitford ve ark. (223) gebelik haftası 30 ve üzeri olan 289 kadının PTKE hakkında bilgi düzeylerini ve katılım durumlarını incelemişler. İskoçya'daki çalışmalarında gebelerin %90'ının PTKE hakkında bilgi sahibi olduğunu ve gebelerin yarısından çoğunun (%54) geçtiğimiz ay içinde PTKE yaptığını tespit etmişlerdir. Hill ve ark.'nın (34) Avustralya'da gerçekleştirdikleri çalışmada ise gebelerin %57'sinin herhangi bir dönemde PTKE deneyimlediği ve %11'inin mevcut gebeliklerinde PTKE yaptığı bulunmuştur. Whitford ve ark. (223) çalışmasında gebelerin %60.6'sının, Hill ve ark. (34) çalışmasında ise %28.2'sinin doğum öncesi eğitime katıldığı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise gebelerin yalnızca %8.4'ünün gebe okuluna katıldığı tespit edildi. Doğum öncesi herhangi bir eğitime katılmanın getirdiği motivasyon ve bilginin PTKE uygulamaya olumlu katkısı yapılan çalışmalarda doğrulanmıştır (223, 230). Dolayısıyla çalışmalar arasındaki farklı sonuçların, doğum öncesi eğitime katılma oranları arasındaki fark ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde kadınların gebelik ve gebelikle ilişkili durumlar hakkında daha fazla araştırma yapacağı ya da eğitimlere katılacağı düşünüldü. Bu sebeple, çalışmamıza dahil edilen gebelerin pelvik taban ve PTKE farkındalık düzeyleri trimesterlerine göre gruplandırılarak araştırıldı. Bunun sonucunda, gebelik trimesterinin pelvik taban ve PTKE farkındalık düzeyi üzerinde etkili bir faktör olmadığı belirlendi. Bu durumun genel olarak gebelerde pelvik taban ve PTKE farkındalığının çok düşük olmasından kaynaklı olabileceği düşünüldü. Bildiğimiz kadarıyla gebelerde yapılan benzer çalışmalar bilgi ve farkındalık düzeyi üzerinde gebelik trimesterinin etkisini araştırmamışlardır (34, 223).

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde eğitim düzeyinin pelvik taban ve PTKE farkındalığı ve bilgisi üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Bu sebeple, çalışma bulgularımız gebeleri eğitim düzeylerine göre gruplandırılarak tekrar değerlendirmeye alındı. Buna göre, eğitim düzeyi arttıkça gebelerin pelvik taban kası ve PTKE ifadesini duymuş olma ihtimalinin arttığı bulundu. Buna karşın, PTKE'ye katılım oranının eğitim düzeyleri arasında farklılık göstermediği saptandı. Whitford ve ark. (223) ise bizden farklı olarak eğitim düzeyi yüksek olanların egzersiz yapma ihtimalinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmalarımız arasındaki farkın ülkemizde egzersiz yapma oranının çok düşük olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda, gebelerin pelvik taban hakkında en sık ebe (%41,6) ve fizyoterapistler (%33,3) tarafından bilgilendirildikleri görülmektedir. Bireysel olarak pelvik tabanla ilgili araştırma yapan gebelerin %81,8'inin interneti kaynak olarak kullandığı görülmüştür. Türkiye'de gerçekleştirilen farklı bir çalışmada kadınların PTKE hakkında bilgi edinme kaynağı olarak en sık (%33,7) interneti kullandığı bulunmuştur (229). Nitekim, teknolojideki gelişmeler göz önüne alındığında internetin sıklıkla tercih edilmesi beklenen bir sonuçtur. İki çalışma arasında yüzdeler fark ise çalışmamızda yalnızca 11 gebenin (%4,4) pelvik taban hakkında araştırma yapmış olması ve bu örneklem büyüklüğünün güvenilir bir değerlendirme açısından yetersiz olmasıyla ilgili olabilir. Hill ve ark. (34) gebelerin pelvik tabanla ilişkili bilgi edinme kaynağını en çok (%49,4) hemşireler, daha sonra ise kitap, internet ve fizyoterapistler olarak sıraladıklarını bildirmişlerdir. Whitford ve ark. (223) çalışmasında ise gebeler tarafından en çok bahsedilen bilgi kaynağının kitaplar (%70,7) olduğunu ve anne adaylarına rutin olarak gebelik kitabının verildiğini bildirmişlerdir. Çalışma sonuçlarımız karşılaştırıldığında gebelerin farkındalık düzeyleri arasında çıkan farkın sebeplerinden birinin de ülkemizde benzer bir uygulamanın olmamasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz (223).

Daly ve ark. (230) gebe ya da yakın zamanda doğum yapmış olan 567 kadını dahil ettikleri çalışmada gebe katılımcıların %50'sinin rutin hastane kontrolleri esnasında PTKE ile ilgili bilgi aldığını bulmuşlardır. Yeni doğum yapmış kadınlardaki başka bir çalışmada da gebelikte yapılan PTKE'nin önemi hakkında bilgi alma oranının %81,7 olduğu bulunmuştur (231). Çalışma bulgularımıza en

yakın sonuç Neels ve ark. (217) çalışmasında görülmüştür; nullipar kadınlardaki araştırmalarında kadınların %81'inin pelvik taban hakkında bilgi almadığını bildirmişlerdir. Mevcut çalışma bulgularımız gebelerin pelvik taban ve PTKE ile ilgili farkındalık düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, benzer çalışmalar gebelerin pelvik taban ve PTKE farkındalıklarının eksik olduğunu belirtirler de çalışma bulgularımızla kıyaslandığında nispeten daha iyi düzeyde farkındalık düzeyi bildirmişlerdi (34, 223, 231). Bu durum çalışmamıza dahil olan gebelerin %95,2'sinin daha önce pelvik taban kaslarına ilişkin bilgi almaması ve %95,6'sının da pelvik taban kasları hakkında hiç araştırma yapmaması ile açıklanabilir.

Araştırmamızda ortaya çıkan bulgular, gebelerin pelvik taban ve PTKE hakkında sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilmediğine ve çoğu kadının gebelik döneminde yapabilecekleri PTKE için teşvik edilmediğine kanıt sunmaktadır.

5.2. Gebelerin Pelvik Taban ve Pelvik Taban Kas Eğitimi Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi

Araştırmamızda gebelere pelvik tabanın içeriği ve konumu ile ilgili iki soru yöneltildi. Buna göre, gebelerin %44'ünün pelvik tabanın kas içerdiğini ve %45'inin de pelvik taban kaslarının vücudumuzdaki yerleşimini doğru bildiği bulundu. Eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin pelvik taban kaslarının vücuttaki konumunu doğru bilme olasılığının daha yüksek olduğu tespit edildi. Literatürde yer alan benzer çalışmalar bu konuda çalışmamızdan daha yüksek oranlar ortaya koymuştur. Bulgularımızın aksine, Neels ve ark. (217) çalışmalarında nullipar kadınların %93'ünün pelvik tabanın kas içerdiğini ve %92'sinin pelvik tabanın vücuttaki konumunu doğru bildiğini bildirmişlerdir. Neels ve ark.'nın 212 genç nullipar kadını dahil ettikleri çalışmada bireylerin neredeyse yarısı (%49) lisans ve üzeri eğitim derecesine sahipti. Çalışmalarımız arasındaki farkın bundan kaynaklı olabileceği düşünüldü. Sawant ve ark. (220) ise gebelerin %97'sinin pelvik tabanın vücudumuzdaki konumunu doğru bildiğini saptamışlardır. Sawant ve ark.'nın (220) çalışma popülasyonunun büyük bir kısmı iyi eğitilmiş gebelerden oluşmaktadır ve bu faktör bildirilen daha yüksek bilgi oranının sebeplerinden biri olabilir.

Araştırmaya katılan gebelerin %24,8'i pelvik tabanda yer alan kasların en az bir, %6,8'i ise birden fazla görevini tanımlayabilmiştir. Bireylerin %23,2'si pelvik taban kas fonksiyonunun Üİ'yi önlediğini, %6,4'ü ise fekal inkontinansı önlediğini ve %6'sı da iç organların pelvik taban kasları tarafından desteklendiğini bilmiştir. Bu sonuçlar gebelerin büyük bir kısmının vücudumuzda birçok önemli görevde yer alan pelvik taban kaslarına neden ihtiyacımız olduğunu bilmediğini ortaya çıkardı. Benzer çalışmalarda da kadınların pelvik taban kaslarının fonksiyonu hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı gösterilmiştir. Buna karşın bu çalışmalar mevcut bulgularımıza kıyasla daha yüksek bilgi oranı bildirmişlerdir. Hill ve ark. (34) gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada katılımcıların % 76'sının pelvik taban kas fonksiyonunun Üİ'yi önlediğini, %27,3'ünün fekal inkontinansı önlediğini bildiğini ve %20,7'sinin pelvik taban kaslarının hiçbir işlevini tanımlayamadığını bulmuşlardır. Neels ve ark. (217) ise nullipar kadınlarda yaptıkları çalışmada katılımcıların yaklaşık % 73'ünün pelvik tabanın en az bir işlevini ve %43'ünün birden fazla işlevi tanımlayabildiğini tespit etmişlerdir. Pelvik tabanın kapama (% 56) ve destek (% 44) fonksiyonlarının en yaygın bilinen fonksiyonlar olduğunu bulmuşlardır (217). Sawant ve ark. (220) yaptıkları çalışmada gebelerin %60'ının pelvik tabanın herhangi bir görevini bildiğini saptamışlardır.

Çalışma bulgularımıza göre, gebelerin küçük bir kısmı (%19,6) pelvik taban kaslarının istemli kontrol edilebildiğini bilmektedir. Bu oranın eğitim seviyesi ile korele bir şekilde artmakta olduğu bulundu. Bununla birlikte, sıkma hareketi en çok bilinen (% 20,4) kas hareketi olmuştur. İçe doğru kaldırma hareketini ise gebelerin yalnızca %6,8'i bilmektedir. Neels ve ark.'nın (217) nullipar kadınlardaki çalışmalarında ise bizim çalışmamızdan farklı olarak kadınların tamamına yakını (%90) pelvik taban kaslarının bilinçli olarak kontrol edilebileceğinin farkındaydı. Pelvik taban kaslarının içe doğru kaldırma ve/veya sıkma hareketi yaptığını bilenlerin oranını ise %57 bulmuşlardır (217).

Yaşamımız boyunca ortaya çıkan birçok faktör pelvik taban yapılarını etkileyebilmektedir. Pelvik tabanı olumsuz etkilediği bilinen risk faktörleriyle ilgili soruya gebelerin %37,2'si bilmiyorum cevabını verdi. Toplamda 9 doğru seçenek içeren soruda katılımcılar tarafından en fazla 7 doğru cevap verildi. Sadece 4 kişi (%1,4) pelvik tabanı olumsuz etkileyen 5 ve üzeri durumu tanımlayabilmiştir. Aynı

zamanda, gebelerin daha büyük bir kısmı vajinal doğumun pelvik taban kaslarına sezaryen doğumdan daha çok zarar verdiğini düşünmektedir (sırasıyla %27.6 ve %8.4). Bununla birlikte, lise ve üzeri eğitim derecesine sahip olanların vajinal doğumun pelvik tabana daha fazla zarar verdiğini düşünme olasılığı daha yüksekti. Dunbar ve ark. (232) postpartum dönemdeki kadınların doğumun pelvik taban sağlığına etkisi hakkındaki fikirlerini öğrenmek için yürüttükleri çalışmada büyük çoğunluğun (%71) vajinal doğumun gelecekteki pelvik taban bozuklukları riskini artıracığının farkında olmadığını bulmuşlardır. Melville ve ark. (233) çalışmalarında Üİ'li kadınlara yaşadıkları problemin neden kaynaklandığını düşündüklerini sormuşlar. Kadınların en sık verdiği beş cevap arasında gebelik ve doğumun (\geq %10) yer aldığını bildirmişlerdir. Bununla birlikte, çalışmamıza dahil olan bireylerin %68,8'i gebeliğin, %43,6'sı ise doğumun Üİ'ye neden olabileceğini düşünmektedir. Katılımcıların %47,2'si ise gebelik ya da doğumdan sonra oluşan Üİ'nin geçici olacağına inanmaktadır. Fakat bir çalışmada gebelik ve doğumun Üİ üzerindeki etkisinin sadece kısa dönemli olmadığı, ilk doğumun 5 yıl sonraki Üİ gelişiminde dahi etkili olduğu bulunmuştur (130). Çalışmamızda, eğitim düzeyi yüksek olanlarda beklenmeyen bir şekilde Üİ'nin geçici olduğunu düşünme olasılığının daha fazla olduğu görüldü.

Çalışmamıza dahil olan gebelerin yarısından çoğu (%55.2) Üİ yaşamaları durumunda profesyonel sağlık hizmetine başvuracaklarını belirtmiştir. Buna karşın literatürde yayımlanan farklı çalışmalar Üİ'li kadınların çoğunluğunun sağlık hizmeti alma konusunda çekimser olduğu ve profesyonel yardım almadığını göstermiştir (122). Melville ve ark. (233) kadınların Üİ etyolojisine ilişkin algılarını değerlendirdikleri çalışmada bilgi ve davranış arasında bir ilişki olabileceğini bulmuşlar. Üİ'nin kadın olma ya da yaşlanma gibi kontrol dışı faktörlerden kaynaklandığını düşünenlerde yardım arama davranışının zayıf olabileceğini bildirmişlerdir. Dolayısıyla pelvik taban, PTK ve PTD'ler hakkındaki yeterli ve doğru bilginin koruyucu bakım ve tedavi arama davranışını olumlu yönde etkileyebileceği düşünülebilir.

Çalışma bulgularımız gebelerin %10'unun Üİ için ped kullanmak dışında herhangi bir şey yapılamayacağını düşündüğünü ve %96'sının da pelvik tabanla ilgili problemlerde uygulanan tedavileri bilmediğini gösterdi. Bununla birlikte gebelerin

%62'si PTKE hakkında verilen tavsiyelere uyduğu takdirde pelvik tabanın güçleneceğini düşünmektedir. Fakat, gebelerin %80'i PTKE'nin hangi sıklıkta yapılması gerektiğine dair bilgi sahibi değildi. Eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin verilen tavsiyelere uydukları takdirde pelvik tabanlarının güçleneceğini bilme oranı daha yüksekti fakat egzersizlerin yapılma sıklığı hakkında bilgi sahibi olma oranı eğitim grupları arasında benzerdi.

Minassian ve ark. (122) tarafından yapılan bir derlemede Üİ prevalansının erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek olduğunu bildirilmiştir. Çalışmamıza katılan gebelerin %29.6'sı kadınların erkeklerden daha fazla Üİ problemi yaşadığını bilmektedir. Ayrıca gebelerin çoğunluğu (%76) Üİ'nin yalnızca yaşlılıkta gerçekleşmediğini bilmesine karşın yaklaşık her beş gebeden biri sağlıklı kadınların Üİ şikayeti yaşayabileceğini düşünmektedir.

Gebelerin çoğunluğunun PTD hakkında bilgi eksikliğine sahip olduğu, PTKE gibi tedavi seçeneklerini bilmediği ve pelvik taban problemleri için var olan risk faktörlerini tanımlayamadığı da ortaya çıkmıştır. Buna karşın gebelerin %26,8'i pelvik taban hakkında bilgi almak istemediğini belirtti. Bu sonuç pelvik taban farkındalığı ve bilincinin geliştirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Birçok çalışma iyi eğitim düzeyi ile bilgi seviyesi arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmiştir (35, 217, 234). Anketimizde yer alan soruların herhangi bir puanlama sistemi olmadığı için, net olarak iyi eğitim düzeyi daha iyi bilgi seviyesiyle ilişkilidir diyememekteyiz. Çalışma sonucumuz, gebelerin eğitim düzeyine ya da buldukları gebelik dönemine bakılmaksızın ciddi bir bilgi eksikliğine sahip olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bununla birlikte, eğitim düzeyi daha yüksek olan gebelerin pelvik tabanın anatomi ve işlevi hakkında daha fazla soruya doğru cevap verdiği görülmektedir. Ayrıca, fizyoterapi ve PTKE'nin olumlu etkilerine inananların da bu grupta daha fazla olduğu bulundu. Bununla birlikte, sağlıklı kadınlarda inkontinans olabileceğini ve gebelik döneminde Üİ'nin geçici olacağını düşünme ihtimali de iyi eğitim seviyesine sahip gebelerde daha fazla bulundu. Anket soruları geniş bir açıda değerlendirildiğinde düşük eğitim seviyesine sahip kadınların "bilmiyorum" cevabını işaretleme olasılıklarının daha yüksek olduğu görüldü. Eğitim düzeyi yüksek olan gebelerde ise cevap verme olasılığı daha yüksekti. Bu durum, eğitim düzeyi daha yüksek olan gebelerin gebe okuluna daha fazla katılmış olması ya

da aynı konu üzerinde sorulan sorulardan çıkarımlar yaparak herhangi bir seçenek işaretlemeye daha eğilimli olmalarıyla açıklanabilir. Açık uçlu sorularda eğitim düzeyleri arasında fark bulunmaması da bu fikrimizi desteklemektedir.

Literatür incelendiğinde kadınların pelvik taban bilgisinin düşük olması ve PTD prevalansı arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar olduğu görülmektedir (219, 235). Cardoso ve ark. (218) kadın sporcularda gerçekleştirdikleri çalışmada pelvik taban hakkında yeterli bilgiye sahip olanlarda Üİ gelişme riskinin %57 daha az olduğunu bulmuşlardır. PTD'nin önlenmesi ve tedavisinde iyi bir pelvik taban bilgisinin son derece önemli olduğu görülmektedir (217). Berzuk ve ark. (219) gelişmiş pelvik taban ve PTKE bilgisinin kadınların egzersiz uygulamalarına teşvik sağlayacağını, herhangi bir pelvik taban problemi yaşadıklarında da uygun stratejileri geliştirebilmelerine yardımcı olacağını bildirmişlerdir. Ek olarak, yapılan çalışmalar pelvik taban farkındalığının ve bilgisinin artırılmasının yaşam kalitesi açısından büyük ölçüde fayda sağlayacağını bildirmişlerdir (219, 235).

5.3. Gebelerin Pelvik Taban ve Pelvik Taban Kas Eğitimi İle İlgili İnanışlarının Değerlendirilmesi

Çalışma bulgularımız her beş gebeden birinin gebelik sebebiyle Üİ yaşayacağına ya da var olan durumun kötüleşeceğine inandığını gösterdi. Fakat, gebelerin yarısına yakın bir kısmı (%47,6) gebelik döneminde Üİ'nin normal bir durum olduğunu düşünmektedir. Önceki çalışmalar incelendiğinde sonuçların benzer oldukları görülmektedir. Hill ve ark. (34) gebelerin % 41,4'ünün, Neels ve ark. (217) ise nullipar kadınların yaklaşık üçte birinin gebelik döneminde Üİ'nin normal olduğunu düşündüğünü bulmuşlardır.

Araştırma sonuçlarımız gebelerin %60,8'inin gebelikte meydana gelen Üİ'nin herhangi bir tedavisi olduğuna inanmadığını ya da bu konuda kararsız olduğunu göstermiştir. Hill ve ark. (34) çalışmalarında bizden daha düşük bir oran (%32) bulmalarına rağmen bu durumun son derece endişe verici olduğunu düşünmüşlerdir.

Literatürde yer alan sistematik derlemeler ve randomize kontrollü çalışmalarda PTKE'nin gebelik ve doğum sonrasında Üİ'yi önleme konusunda etkin bir yöntem olduğu bildirilmiştir (28, 31). Üİ'li kadınlarda yapılan randomize kontrollü çalışmaları içeren Cochrane derlemesinde ise PTKE'nin etkili bir tedavi

yöntemi olduğu sonucuna varılmıştır (22). Buna karşın, McLennan ve ark. (221) çalışmalarında yeni doğum yapmış kadınların %53'ünün PTKE'nin Üİ riskini azalttığına farkında olmadığını bulmuştur. Benzer şekilde, çalışmamıza katılan gebelerin %43,2'sinin PTKE'nin Üİ'yi tedavi ettiğine ya da önlediğine inandığı tespit edildi. Buna karşın, çalışmamıza katılan gebelerin çoğunluğu (%72,8) PTKE tavsiye edilirse egzersiz yapacağını bildirmiştir. Bu sonuçlar, diğer çalışmalarda da önerildiği gibi sağlık profesyonellerinin tüm gebelere PTKE hakkında bilgilendirme yapması ve uygulama takibini sağlaması gerektiğini göstermiştir (34, 217, 223).

Neels ve ark. (217) çalışmasında nullipar kadınların %50'sinin Üİ ve %14'ünün fekal inkontinans ile ilişkili endişelerinin olduğunu bildirmişlerdir. Buna karşın, çalışmamıza dahil olan gebelerin yalnızca %8'inin pelvik tabanla ilgili endişe duydukları bulundu. Bu farklılık, çalışmamıza dahil olan gebelerin PTD'ler hakkında düşük bilgi seviyesine sahip olmasıyla ilgili olabilir.

Çalışma sonucu elde ettiğimiz verilere uygun olarak, gebelerin tamamına yakınının (%98) pelvik taban konusunda bilgilerinin yetersiz olduğuna inandığı tespit edildi. Gebelerden sıfır ile on arasında puanlanan bir ölçekte işaretleme yaparak pelvik taban hakkında bilgi düzeylerini değerlendirmeleri istendiğinde bir çoğunun 1 ile 2 puan arasında işaretleme yaptığı görüldü. İyi eğitim düzeyine sahip 208 gebede yapılan bir çalışmada ise kadınların büyük kısmı pelvik taban bilgisini 0-5 puan arasında işaretlemiştir (220). Neels ve ark. (217) çalışmasında ise nullipar kadınlar pelvik taban hakkındaki genel bilgilerini ortalama 2.4 olarak bildirmişlerdir.

Bizim çalışmamız ve literatürde yayımlanan diğer çalışmalar (217, 220) çoğu kadının, pelvik taban hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıklarına inandığı sonucuna varmaktadır. Çalışmamızda, gebelerin tamamına yakını pelvik taban hakkında yetersiz bilgi sahibi olduğunu düşünse de yalnızca %71'i daha fazla bilgi edinmek istedi. Bu durumun sebeplerinden biri, gebelik döneminde yaygın olarak Üİ'nin normal olduğunu düşünmek gibi maladaptif inanışların varlığı olabilir.

Çalışmamızda gebeler trimesterlerine göre gruplandırılarak pelvik taban ve PTKE hakkındaki inanışları araştırıldı. Sonuç olarak, gebelik trimesterinin pelvik taban ve PTKE hakkındaki inanışlar üzerinde etkili bir faktör olmadığı bulundu.

Çalışmamıza dahil olan gebeler eğitim düzeylerine göre gruplandırılarak pelvik taban ve PTKE hakkındaki inanışları incelendi. Bunun sonucunda, daha

yüksek eğitim seviyesine sahip olan gebelerde PTKE'nin Üİ'yi tedavi ettiğine ya da önlediğine inanma yüzdesi daha yüksek bulundu. Bu sonuçla uyumlu olarak, pelvik taban için egzersiz yapmaları önerildiğinde yapmaya çalışacağını söyleyenlerin oranının da yüksek eğitim derecesine sahip olanlarda daha fazla olduğu tespit edildi. Lisans ve üzeri eğitim derecesine sahip olan gebelerin pelvik taban hakkında korku ya da endişe duyma ihtimali daha fazla bulundu.

Çalışmamız, gebelerin PTKE'ye ve pelvik taban problemlerine yönelik tedavi yöntemlerinin etkinliğine yeterince inanmadığını gösterdi. Ayrıca, birçok gebe kadınlarda yaygın olarak görülen Üİ'ye dair maladaptif inanışlara sahipti. Bu sonuçların bilgi eksikliğinden kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

5.4. Gebelerin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Karşılaştırılması

Gebelikte düzenli fiziksel aktivite anne ve bebek sağlığı açısından birçok fayda içermektedir. Fiziksel uygunluğun sürdürülmesinin yanı sıra gebelikte ilişkili ağrı, ruhsal bozukluklar gibi semptomlarda hafifleme ve gestasyonel kilo kontrolünün sağlanması açısından önemlidir (236). Farklı ülkelerde gebeler için yayınlanmış kılavuzlarda herhangi bir kontraendikasyonu olmayan gebelere orta şiddette, 150 dakika/hafta düzenli fiziksel aktivite tavsiye edilmektedir (237).

Fiziksel aktivite düzeyinin değerlendirilmesi için çeşitli yöntemler mevcuttur (238). Büyük popülasyonlarda çalışma imkanı, katılımcılar için daha kolay olması ve fiziksel aktivite çeşidinin tanımlanması gibi avantajlara sahip olması nedeniyle çalışmamızda anket kullanımı tercih edildi. Bireylerin fiziksel aktivite düzeyini ölçmek için gebeliğe özgü bir değerlendirme aracı olan GFAA kullanıldı (239).

Çalışma bulgularımız gebelerin fiziksel aktivite düzeylerinin önerilenden daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Total aktivite skoruna en az katkının şiddetli yoğunlukta aktiviteler, meslek aktiviteleri ve spor/egzersiz aktiviteleri tarafından verildiği bulundu. Gebelerin enerji harcamasının en çok olduğu aktiviteler; hafif yoğunlukta aktiviteler ve ev/bakım aktiviteleri olarak saptandı. Çalışmamızdaki gebelerin yarısından çoğunun ev hanımı olduğu göz önüne alındığında bu beklenen bir sonuçtur. Çalışmamızda gebelik trimesteri ile fiziksel aktivite düzeyi arasında bir ilişki bulunamadı. Buna karşın, bazı aktivite türleri ve farklı yoğunlukta aktivitelerde anlamlı olmayan değişiklikler görüldü. Örneğin, ev işi/bakım aktiviteleri gebeliğin

ilk trimesterinde daha düşükken, 2. ve 3. trimesterde yükselmiştir. Bu durum, meslek aktivitelerinin gebeliğin ilerleyen dönemlerinde azalması ve anne adayının ev içinde geçirdiği sürenin artması ile ilişkili olabilir. Ayrıca, gebelerin 2. trimesterde fiziksel aktiviteyi arttırdıkları görülmektedir. Gebeliğin ilk üç aylık döneminde düşük riski olması nedeniyle kadınlar aktivite kısıtlaması yapmış olabilir. Sedarer aktivite, hafif yoğunlukta aktivite ve meslek aktiviteleri arasında ise eğitim düzeylerine göre farklılıklar saptandı. Beklediğimiz gibi eğitim düzeyi yüksek olanların meslek aktivitelerine enerji harcamaları daha fazla bulundu.

Literatür, gebeliğin farklı dönemlerindeki fiziksel aktivite düzeyinin değişimini inceleyen çalışmalar içermektedir. Bununla birlikte, fiziksel aktivite tipini ve yoğunluğunu değerlendirmeye alan sınırlı sayıda çalışmaya rastlandı. Çalışmamız, literatür ile benzer sonuçlar içerdiği gibi bazı farklılıklar da ortaya koymaktadır. Kostanoğlu ve ark. (240) da çalışmamızla benzer olarak trimesterler arasında total fiziksel aktivite seviyesinin değişmediğini tespit etmişlerdir. Bununla birlikte, gebelerin fiziksel aktivite düzeylerini bizden daha yüksek bulmuşlardır. Fiziksel aktivite alt parametre değerlendirmelerinde de bizden farklı olarak sedarer aktivite ve mesleki aktivitelerde ilk trimestere kıyasla 3. trimesterde anlamlı düzeyde azalma bulmuşlardır. Tosun ve ark. (241) fiziksel aktivite için herhangi bir kontraendikasyonu olmayan 336 gebede kesitsel bir araştırma gerçekleştirmişler. Bizimle benzer şekilde, gebelerin total aktivite düzeyini düşük bulmuşlardır. Çalışmamızdan farklı olarak, gebelik trimesteri ile GFAA total aktivite skoru ve alt parametrelerde anlamlı değişiklikler olduğunu bulmuşlardır. Buna karşın, çalışmamız istatistiksel olarak anlamlı fiziksel aktivite değişiklikleri içermese de iki çalışmada da benzer olarak gebelerin 2. trimesterde fiziksel aktivite düzeyini arttırdıkları, kadınların gebelik boyunca en çok hafif ve orta yoğunlukta aktiviteleri tercih ettikleri bulunmuştur. Schmidt ve ark. (242) ise 250 gebede gerçekleştirdikleri kesitsel çalışmada gebelik trimesterleri arasında fiziksel aktivite düzeylerinin anlamlı farklılıklar içerdiğini bulmuşlardır. Bizim sonuçlarımız anlamlı farklılıklar içermese de; yapılan çalışmada da benzer olarak kadınların meslek aktiviteleri ilk trimesterde, ev işi/bakım aktiviteleri ise son trimesterde daha yüksek çıkmıştır. Aynı şekilde mevcut araştırmamızdaki eğitim düzeyinin fiziksel aktivite ile olumlu ilişkisi de benzerdir. (242).

Çoğunlukla, literatürdeki çalışmaların asıl amacı gebelerde fiziksel aktivite değişimini ölçmeye yöneliktir. Bu sebeple, çalışmalarda fiziksel aktivite için herhangi bir kontraendikasyonu olan gebeler çalışma dışı bırakılmıştır. Bizim çalışmamızda ise gebelerin %16.4'ü riskli gebeliğe sahiptir. Bu durum, fiziksel aktivitede kısıtlamaya sebep olduğu için literatür ile çalışmamız arasındaki farklılıkların sebebi olabilir. Ayrıca, çalışmamıza dahil olan gebelerin genellikle ev hanımı olması ve düşük/orta gelir düzeyine sahip olması da bu farklılıkların kaynağı olabilir.

5.5. Gebelerin Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması

Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde kendi yaşamını algılama şekli olarak tanımlanır (243). Gebelik döneminde bel ağrısı, mide bulantısı, Üİ gibi birçok semptom ortaya çıkabilir (17, 79, 88). Tüm bunlar kadınların gebelik döneminde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Çalışmamızda gebelerin yaşam kalitesini belirlemek ve gebelik dönemi ile eğitim düzeyinin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek için SF-36 kullanıldı. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendiren bu anket, Ware ve ark. (224) tarafından geliştirilmesinden sonra; gebelik dahil çeşitli popülasyonda yaygın olarak kullanılan, geçerli ve güvenilirliği olan bir ankettir. Çalışma sonucu elde ettiğimiz bulgulara göre, ilk trimesterde en yüksek değerinde olan fiziksel fonksiyonda 2. ve 3. trimestere gelindiğinde anlamlı bir azalma tespit edildi. Benzer şekilde, fiziksel rol ortalaması da ilk trimesterde, 3. trimestere göre daha yüksek bulundu. Ağrı alt başlığında ise 3. trimesterdeki gebelerin 2. trimesterdekilerden daha fazla etkilendiği bulundu. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin diğer alt başlıklarında farklılık bulunmadı fakat genel sağlık, emosyonel rol ve sosyal fonksiyonda en iyi değerlerin 2. trimesterde olduğu saptandı. Bu durumun gebeliğin erken dönemlerinde bebek sağlığıyla ilgili endişeler ve geç dönemde doğumla ilgili korkulardan kaynaklanabileceği düşünüldü.

Literatür incelendiğinde gebelerin yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik birçok çalışma olduğu görülmektedir. Chang ve ark. (244) 358 gebeyi dahil ettikleri kohort çalışmasında sağlıkla ilgili yaşam kalitesini SF-36 kullanarak

değerlendirmişler. Çalışmamızla benzer olarak; gebeliğin geç dönemlerinde fiziksel rol, ağrı ve fiziksel fonksiyon alt başlıklarında düşme gözlemlenmişler. Buna karşın, gebelik döneminin genel sağlık ve mental sağlık üzerine olumlu etkisini tespit etmişlerdir. Kostanoğlu ve ark. (240) çalışmalarında yaşam kalitesini değerlendirmek için genel bir sağlık ölçeği olan EQ-5D-3L kullanmışlar ve yaşam kalitesinin gebelik dönemiyle negatif ilişki içinde olduğunu bildirmişlerdir. Mazúchová ve ark. (245) gebelerin yaşam kalitelerini ve bu durumu etkileyen faktörleri araştırmışlar. Toplam 304 gebenin dahil edildiği çalışmada, yaşam kalitesi QOL-GRAV anketi ile değerlendirilmiş. Gebelik dönemleri arasında yaşam kalitesinde anlamlı bir fark olmadığını bildirmişlerdir. Bununla birlikte, çalışmaya katılanların büyük çoğunluğunun yaşam kalitelerinin çok iyi ya da mükemmel seviyede olduğunu bulmuşlardır. Benzer şekilde, İngiltere’de yapılan kesitsel bir araştırmada da vitalite alt başlığı dışındaki tüm değerler bizim çalışmamızdan daha yüksek çıkmıştır (246). Literatür ile çalışma sonuçlarımız arasındaki farklılıkların yaşam kalitesini etkileyebilecek bağımsız faktörlerden kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

5.6. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Gebelikte tüm vücut sistemleri birçok anatomik ve fizyolojik değişikliğe maruz kalır (1, 2). PTD’ye neden olan önemli risk faktörleri arasında gebelik yer almaktadır (114). Bu süreçte kadınlar yaygın bir şekilde Üİ problemi ile karşı karşıya kalırlar (137). Literatürde yer alan prevalans çalışmaları gebeler arasında %32 ile %64 arasında değişiklik gösteren geniş bir aralıktan bahsetmiştir (124, 125, 131-136). Ülkemizdeki epidemiyolojik çalışmalar ise birbirlerine benzer sonuçlar ortaya koymuştur; Dinç ve ark. (137) %40, Pirinççi ve ark. (138) %41.7, Demircan ve ark. (247) %42.4. Literatürden farklı olarak bu çalışmada Üİ prevalansı gebelerde %27.2 olarak tespit edildi. Artmış gebelik haftası ile Üİ gelişimi arasındaki ilişki birçok çalışmaya konu olmuştur (6, 126, 137). Örneğin, Dinç ve ark. (137) Üİ prevalansını ilk trimesterdeki gebelerde %29.7, 2. trimesterde %32.2 ve son trimesterde ise %52.1 bulmuşlardır. Çalışmamıza dahil olan gebelerin ortalama gebelik haftası 22,87 olarak saptandı ve ilk iki trimesterde yer alan gebeler popülasyonumuzun çoğunluğunu (%69.6) oluşturmakta idi. Buna karşın Üİ oranını bizden daha yüksek bildiren Demircan ve ark.’nın (247) çalışma grubu 3.

trimesterdeki gebelerden oluşmuştur ve ortalama gebelik haftası da 38 olarak bildirilmiştir. Literatürden farklı bir sonuç ortaya koymamız çalışmamıza katılan gebelerin çoğunluğunun düşük gebelik haftasında olmasından kaynaklanmış olabilir. Bazı çalışmalarda ise eğitim seviyesi düşük olanlarda inkontinans şikayetinin daha sık rastlandığını bildirilmiştir (139). Fakat çalışmamızda Üİ prevalansı, trimesterler ve eğitim düzeyleri arası karşılaştırmada benzer bulundu.

Literatürde PTD gelişimi ile ilişkili önemli risk faktörlerinden biri de yaş olarak bildirilmiştir (114, 117). Bununla birlikte, yaş ve bilgi seviyesi arasında korelasyon olduğunu bildiren çalışmalar vardır (35). Fakat anne yaşı ile pelvik taban bilgi puanı arasında ilişki olmadığını bulan çalışmalar da mevcuttur (217, 248). Tüm bunlar göz önüne alındığında, gebelerin yaş faktörü değerlendirmeye değer bir bilgi olarak kabul edildi. Çalışmamızda gebelerin yaş aralığı 18-47 yıl, yaş ortalaması ise 28,75 yıl olarak bulundu. Literatürde yer alan çalışmalar da benzer sonuçlar bildirmiştir; Dinç ve ark. (137) 26.18, Demircan ve ark. (247) 27.5, Hill ve ark. (34) 29.2, Whitford ve ark. (223) 27.44 bulmuşlardır. New York'ta akademik çalışmaların yürütüldüğü bir tıp merkezindeki çalışmada ise ortalama yaş 34 bulunmuştur (248).

Kilo alımı gebelikte beklenen bir durumdur ve bu süreçte ortalama 11 kg ağırlık artışı meydana gelir. Literatürde yer alan birçok çalışma kilo artışının pelvik taban hastalıkları için değiştirilebilir bir risk faktörü olduğunu bildirmiştir. Çalışmamıza dahil olan gebelerin ortalama VKİ'si 27,18 bulundu. Beklenen sonuca uygun olarak, ilk trimesterde ortalama VKİ'nin en düşük , 3. trimesterde ise en yüksek olduğu tespit edildi. Hill ve ark. (34) gebelerin yarısından çoğunun (%52.1) VKİ'sinin 25'ten az, %16,9'unun 25-29 arasında ve %14.7'sinin 30 ve üzerinde olduğunu saptadılar. Demircan ve ark. (247) tamamı 3. trimesterde olan gebelerin VKİ'sinin 29.1 olduğunu bulmuşlardır ve çalışmamızda son trimesterde yer alan gebelerin ortalamasıyla uyumludur.

Sigara ve alkol, Üİ için önlenemez bir risk faktörüdür. Gebelerin %5,2'si gebelik öncesiyle benzer bir sıklıkta ve %6,4'ü de nadiren de olsa sigara kullanmaya devam etmektedir. Alkol ise yalnızca 1 gebe (%0,4) tarafından nadiren kullanılmaktadır.

Parite, literatürdeki farklı görüşlere rağmen pelvik taban bilgisiyle ilişkilendirilen bir faktör olmuştur. Hill ve ark. (34) doğum sayısının pelvik taban

farkındalık ve bilgisi ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Tüm gebelerde farkındalık ve bilgi düzeyi yetersiz olsa da primipar kadınlarda eksiklik daha fazla bulunmuştur (34). Buna karşın, Liu ve ark. (35) nullipar kadınların bilgi seviyelerini multiparlardan daha iyi bulmuştur. Parite ve pelvik taban bilgi düzeyi arasındaki ilişki belirsiz olsa da, çalışma bulgularımız en çok nullipar kadınlarla yapılan bir çalışmayla uyumlu bulundu (217). Çalışmamıza dahil olan gebelerin doğum sayısı ortalama 0.78'dir. Bu sonuç çalışmamıza katılanların çoğunluğunun nullipar olduğunu düşündürdü. Liu ve ark. (35) 3. trimesterindeki gebelerde yürüttükleri çalışmada parite ortalamasını 0.9 bulmuşlar. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise bizden farklı olarak parite ortalaması 2 bulunmuştur (247).

Birçok çalışma gebelerin pelvik taban, PTKE ve PTD bilgisi ile eğitim düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Özellikle çalışmalar üniversite ve üzeri eğitime sahip gebelerin bilgi skorlarının daha iyi olduğunu bulmuşlardır (35, 217, 234). Bununla birlikte, doğum öncesi eğitimlere katılma durumu da eğitim düzeyinden etkilenmektedir (34). Çalışmamızda yer alan gebelerin %24'ü lisans ve üzeri, %6.8'i ise önlisans mezuniyet derecesi sahiptir. Bulgularımızla benzer olarak, Demircan ve ark.'nın (247) ülkemizde gerçekleştirdiği çalışmasında da lisans mezuniyet oranı %22.7 bulunmuştur. Dünya genelinde benzer çalışmaların gebelerin eğitim düzeylerine ilişkin verileri incelendiğinde eğitim sistemi farkları net bir karşılaştırma yapmayı zorlaştırmıştır. Gebelerin eğitim düzeylerini bildiren çalışmalar incelendiğinde; Liu ve ark. (35) 104 gebede yaptıkları çalışmada bireylerin %34.62'sinin üniversite ve üzeri eğitim derecesine sahip olduğunu bildirdi. Hill ve ark. (34) çalışmasında da benzer şekilde %29.3 bulunmuştur. Literatürde yer alan çalışmaların aksine Whitford ve ark. (223) çalışmasında gebelerin yalnızca %13.8'i üniversite derecesine sahiptir. Bu durumun İskoçya'nın eğitim sistemindeki farklılıktan kaynaklı olduğunu düşünüyoruz zira gebelerin %37.7'si zorunlu eğitimden sonra yükseköğrenim olarak sayılabilen çeşitli mesleki ve teknik eğitimler almıştır.

Liu ve ark. (35) herhangi bir işte çalışan kadınların pelvik taban bozuklukları hakkında bilgi skorlarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Araştırmamıza katılan gebelerin %32.4'ü herhangi bir işte çalışmaktadır ve çalışanların %50'den fazlası işçi grubunda yer almaktadır. Bu bulgu ülkemizde genel kadın

popülasyonunda yapılan başka bir çalışmayla uyumludur (229). Benzer çalışmaların yer aldığı literatür incelendiğinde, çalışmamıza dahil olan gebelerin çalışma durumları ile önemli farklar görülmektedir. Whitford ve ark. (223) çalışmasında çoğunluk (%67) gebelik ya da öncesinde çalışıyordu ve meslekleri ülkenin en yüksek üç sosyal sınıfına dahil olanlardı. Benzer şekilde, Liu ve ark. (35) da yaptıkları çalışmada çalışan gebe oranını %65.4 bulmuşlardır.

Pelvik taban bilgi düzeyini etkilediği düşünülen diğer bir unsur da gelir seviyesi ve bununla ilişkili bireyin sosyo-ekonomik durumudur. Çalışmamızda gelir seviyesi düşük, orta ve yüksek olmak üzere üç seviyeye ayrıldı. Katılımcıların %12,8'i yüksek, yarısından çoğu (%51,6) orta, %35,6'sı ise düşük seviyede yer almaktadır. Bizden farklı olarak, Hill ve ark. (34) büyük kısmı yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olan gebelerde çalışma yapmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da bir çalışmada pelvik taban bozukluklarında sosyoekonomik düzeyi iyi olanların bilgi skoru daha iyi bulunmuştur (35). Ülkemizde gerçekleştiren başka bir çalışmada gebelerin %75'i aylık gelir ve giderlerinin birbirine eşit olduğunu bildirilmiştir (229).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından çeşitli hastane ve sağlık kurumları "Gebe Okulu" ismiyle ücretsiz bir şekilde doğum öncesi eğitim verilmektedir. Gebe kadınlar gebe okulu ya da doğum öncesi eğitimler aracılığıyla pelvik taban kasları, PTKE ve PTD gibi konularda bilgi sahibi olabilirler. Hill ve ark. (34) pelvik taban fonksiyonu hakkında doğum öncesi eğitime katılan kadınlar daha bilgili olduğunu bulmuşlardır. Fakat kadınların tamamı bilgilendirici bir eğitim almayı tercih etmez ya da aramaz (34, 217, 223). Bu sebeple, kadınların gebe okuluna katılıp katılmadıklarına göre bilgi farklılıkları olabilir. Çalışmamızda yalnızca gebelerin %8.4'ünün gebe okuluna katıldığı, %10.4'ünün de eğitime katılmayı planladığı tespit edildi. Fakat gebelerin %66 gibi büyük bir yüzdesi gebe okuluna katılmayı düşünmediğini belirtti. Diğer ülkelerde yapılan çalışmalar katılım oranları için bizden çok daha yüksek yüzdeler bildirmişlerdir. İskoçya'daki bir çalışmada gebelerin yarısından fazlası (%60.6) ebeveyn eğitim sınıfı ya da doğum öncesi eğitime katıldığı saptanmıştır. Mevcut gebeliklerinde doğum öncesi eğitime katılanlar ise %38.4 bulunmuştur. Bununla birlikte çalışma sadece 30 ve üzeri haftalık gebelerde gerçekleştirilmiştir ve bu durum araştırmamızdaki katılım

durumları arasındaki farkın nedenlerinden biri olarak düşünöldü (223). Çünkü, çalışmamızda gebe okuluna katılmayı planlayanlar ilk trimesterde son trimestere kıyasla daha fazlaydı ve gebeliğin başındaki kadınlar ilerleyen süreçte eğitime katılabilirler. Hill ve ark. (34) çalışmasında ise doğum öncesi eğitime katılma oranı %28.2 ve planlama oranı %36.2 olarak bulunmuştur.

5.7. Çalışmanın Limitasyonları

Gebelerin pelvik taban ve PKTE hakkında farkındalık, bilgi ve inanışlarını değerlendirdiğimiz bu çalışmanın bazı limitasyonları bulunmaktadır. Bu limitasyonlardan ilki, pelvik taban ve PTKE hakkında farkındalık, bilgi ve inanışları değerlendiren geçerli ve güvenilir bir anket kullanmamış olmamızdır. Bunun sebebi ise Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış bir anket bulunmamasıdır. Pelvik taban ve PTKE hakkında farkındalık, bilgi ya da inanışları değerlendiren benzer çalışmalardan uygun olduğunu düşündüğümüz soruları alarak kendi anketimiz oluşturuldu.

Çalışmamızın tek merkezde yürütölmesi de sonuçların gebe popölasyonuna genellenebilirliğini etkileyebileceği için bir diğer limitasyonumuz olarak görölabilir.

Kesitsel araştırmalar ile ilişki düzeyi basit anlamda irdelenmekte, temporal ve nedensel ilişki bu araştırmalar ile belirlenememektir. Bu nedenle, çalışmamızın kesitsel bir araştırma olması da bir limitasyon olarak değerlendirilebilir.

5.8. Çalışmanın Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bilimine Katkıları

Çalışmamızda, gebelerin büyük çoğunluğunun pelvik taban anatomisi ile fonksiyonu, PTKE, potansiyel pelvik taban problemleri ve tedavi yöntemleri hakkında bilgilerinin sınırlı olduğu bulundu. Ayrıca gebelerin nerdeyse tamamının bu konular hakkında yeterince bilgilendirilmedikleri ortaya çıktı. Literatürde gebelerin pelvik taban kasları, PTKE ya da PTD'ye ilişkin bilgi seviyesini değerlendiren sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Literatürdeki çalışmaların birçoğu PTKE ya da PTD hakkında bilgi düzeyi şeklinde tek bir yönden inceleme yapmıştır. Çalışmamızda, pelvik taban, PTKE ve PTD hakkında farkındalık, bilgi ya da inanışları bütün olarak değerlendirildi. Ülkemizde yaşayan gebelerin pelvik taban ve PTKE hakkındaki farkındalık, bilgi ve inanışları bildiğimiz kadarıyla ilk kez araştırmamız ile değerlendirildi. Bu yönüyle, araştırmamız Türk literatürüne katkıda

bulunmaktadır. Ayrıca, farklı gruplarda yapılacak ileriki araştırmalar için öncü niteliği taşımaktadır.

Bu çalışma gebelerin PTD ile ilgili maladaptif inanışlarının düzeltilmesi ve PTKE gibi koruyucu programlara katılımlarının sağlanması için izlenecek stratejiler adına önemli bulgular ortaya koydu. Çalışmamız, ihmal edilen bu alandaki eksikliklerin ortaya çıkması açısından oldukça önemli sonuçlar içermektedir.

Ayrıca, ülkemizde gebeler için ulaşılabilir bir hizmet olan gebe okulu projesine katılım durumuna ilişkin bulgular sağlandı ve verilen hizmetin gözden geçirilmesi gerektiği gösterildi.

Gebelerin ve kadınların, kadın sağlığı alanında çalışan fizyoterapistler tarafından pelvik taban ve PTKE farkındalık, bilgi ve inanışları konusunda daha fazla bilgilendirilmesi gerektiği görüldü.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

1. Gebelerin pelvik taban ve PTKE hakkında farkındalık düzeylerinin düşük olduğu bulundu.
2. Gebelerin pelvik taban kasları, pelvik taban anatomisi ve işlevi hakkında düşük bilgi seviyesine sahip olduğu bulundu.
3. Gebelerin PTKE hakkında yetersiz bilgi düzeyine sahip olduğu bulundu.
4. Gebeler bu dönemde yüksek risk altında olmalarına rağmen pelvik taban problemleri hakkında sınırlı bilgiye sahip oldukları ve tedavi yöntemlerini bilmedikleri bulundu.
5. Gebelerin büyük çoğunluğunun pelvik taban hakkında daha önce bilgilendirilmedikleri bulundu.
6. Gebelerin çoğunluğunun pelvik taban hakkında bilgi almak istediği bulundu.
7. Gebelerin neredeyse yarısının gebelik döneminde yaygın olarak görülen Üİ'ye ilişkin maladaptif inanışlara sahip olduğu bulundu.
8. Gebelerin çok büyük bir kısmının daha önce PTKE uygulamadığı bulundu.
9. Gebelik döneminde farklı şiddetlerdeki Üİ prevalansı %27.2 olarak bulundu.
10. Gebelerin, gebe okuluna katılım oranının çok düşük olduğu ve ilk trimesterde yer alanların gebe okuluna katılmayı planlama ihtimalinin daha yüksek olduğu bulundu. Bununla birlikte, gebe okuluna katılım ya da katılmayı planlama oranının eğitim seviyesi yüksek olanlarda daha fazla olduğu bulundu.
11. Kadınların gebelik döneminde yetersiz fiziksel aktivite düzeyinde olduğu ve gebelik trimesteri ya da eğitim düzeyine göre gruplandırma yapıldığında fiziksel aktivite düzeylerinin benzer olduğu bulundu.
12. Gebelerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olduğu bulundu ve eğitim düzeyi farklı gruplarda yaşam kalitesi benzer bulundu.

13. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi alt başlıklarından fiziksel rol, fiziksel fonksiyon ve ağrı alt parametrelerinin gebelik trimesterinden etkilendiği bulundu.

14. Eğitim düzeyine göre karşılaştırma yapıldığında; gravida, para ve yaşayan çocuk sayısının mezuniyet derecesi yüksek olanlarda daha az olduğu bulundu.

6.2. Öneriler

1. Gebelerin pelvik taban ve PTKE'ye ilişkin bilgi seviyelerini objektif olarak değerlendirebilen anketlere ihtiyaç olduğu düşüncesindeyiz.

2. Tüm kadınların, gebelik döneminde fizyoterapistler tarafından verilecek eğitimler ile potansiyel pelvik taban problemleri ve PTKE hakkında bilgilendirilmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

3. Kadınların gebe okuluna katılım durumlarının iyileştirilebilmesi için, bu durumun önündeki engellerin araştırılması ve mevcut durumda verilen hizmetlerin gözden geçirilmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

4. Pelvik taban ve PTKE bilgi düzeyinin gebe okuluna katılan ve katılmayan gebe grupları arasında karşılaştıracak araştırmalar yapılmasını önermekteyiz.

5. Gebeleri pelvik taban hakkında bilgilendirme için en etkili eğitim yöntemlerini tespit etmeyi amaçlayan araştırmalar yapılmasını önermekteyiz.

6. İnternet, kitap, dergi gibi mecralarda pelvik tabanla ilgili içeriğin arttırmasını tavsiye ediyoruz.

7. Gebelerin pelvik taban ve PTKE hakkında bilgi ediniminin önündeki engellerin yeni çalışmalarda araştırılmasını önermekteyiz.

8. Gebelerin PTKE'ye katılımı için sosyal fırsatlar geliştirilmesini ve sağlık profesyonelleri tarafından kadınların teşvik edilmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

7. KAYNAKLAR

1. **Tan EK, Tan EL.** Alterations in physiology and anatomy during pregnancy. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, **2013**;27(6):791-802.
2. **Pacheco LD, Costantine MM, Hankins GDV.** 2-Physiologic Changes During Pregnancy. In: Mattison DR, editor. *Clinical Pharmacology During Pregnancy*: Academic Press; **2013**: p.:5-16.
3. **Kafkash A.** Annenin Gebeliğe Uyumu. Cicek MN, Mungan MT, editör. *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; **2006**: p.:79-89.
4. **Genadry R.** A urogynecologist's view of the pelvic floor effects of vaginal delivery/cesarean section for the urologist. *Current Urology Reports*, **2006**;7(5):376-83.
5. **Bhat C, Khan M, Ballala K, Kamath A, Pandey D.** Reduced Pelvic Floor Muscle Tone Predisposes to Persistence of Lower Urinary Tract Symptoms after Puerperium. *Scientifica*, **2016**:5705186.
6. **Wijma J, Weis Potters AE, de Wolf BT, Tinga DJ, Aarnoudse JG.** Anatomical and functional changes in the lower urinary tract during pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, **2001**;108(7):726-32.
7. **Caroci Ade S, Riesco ML, Rocha BM, Ventura Lde J, Oliveira SG.** Evaluation of perineal muscle strength in the first trimester of pregnancy. *Revista latino-americana de enfermagem*, **2014**;22(6):893-901.
8. **Reimers C, Staer-Jensen J, Siafarikas F, Saltyte-Benth J, Bo K, Ellstrom Engh M.** Change in pelvic organ support during pregnancy and the first year postpartum: a longitudinal study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, **2016**;123(5):821-9.
9. **Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN.** Pudendal nerve damage during labour: prospective study before and after childbirth. *British journal of obstetrics and gynaecology*, **1994**;101(1):22-8.
10. **Allen RE, Hosker GL, Smith ARB, Warrell DW.** Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, **1990**;97(9):770-9.
11. **Snooks SJ, Setchell M, Swash M, Henry MM.** Injury to innervation of pelvic floor sphincter musculature in childbirth. *Lancet (London, England)*, **1984**;2(8402):546-50.
12. **Messelink B, Benson T, Berghmans B, Bo K, Corcos J, Fowler C, et al.** Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourology and urodynamics*, **2005**;24(4):374-80.
13. **Barber M.** Contemporary views on female pelvic anatomy. *Cleveland Clinic journal of medicine*, **2006**.
14. **Haslam J.** Physiotherapy in Obstetrics and Gynaecology (Second Edition) In: Mantle J, Haslam J, Barton S, Cardozo L, editors. Oxford: Butterworth-Heinemann; **2004**: p.:1-25.

15. **Vasavada SP AR, Sand PK, Raz S.** Female urology, urogynecology, and voiding dysfunction.: Taylor & Francis; **2005**.
16. **Friedman S, Blomquist JL, Nugent JM, McDermott KC, Muñoz A, Handa VL.** Pelvic muscle strength after childbirth. *Obstetrics and gynecology*, **2012**;120(5):1021-8.
17. **Kondo A, Narushima M, Yoshikawa Y, Hayashi H.** Pelvic fascia strength in women with stress urinary incontinence in comparison with those who are continent. *Neurourology and urodynamics*, **1994**;13(5):507-13.
18. **Coyne KS, Wein A, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Milsom I.** Economic burden of urgency urinary incontinence in the United States: a systematic review. *Journal of managed care pharmacy : JMCP*, **2014**;20(2):130-40.
19. **Reeves P, Irwin D, Kelleher C, Milsom I, Kopp Z, Calvert N, et al.** The current and future burden and cost of overactive bladder in five European countries. *Eur Urol*, **2006**;50(5):1050-7.
20. **Subak LL, Brown JS, Kraus SR, Brubaker L, Lin F, Richter HE, et al.** The "costs" of urinary incontinence for women. *Obstetrics and gynecology*, **2006**;107(4):908-16.
21. **Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, et al.** Prevalence of Symptomatic Pelvic Floor Disorders in US Women. *JAMA*, **2008**;300(11):1311-6.
22. **Hay-Smith EJ, Bo K, Berghmans LC, Hendriks HJ, de Bie RA, van Waalwijk van Doorn ES.** WITHDRAWN: Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *The Cochrane database of systematic reviews*, **2007**;18(1):Cd001407.
23. **Lamin E, Parrillo LM, Newman DK, Smith AL.** Pelvic Floor Muscle Training: Underutilization in the USA. *Curr Urol Rep*, **2016**;17(2):10.
24. **Salvesen KA, Morkved S.** Randomised controlled trial of pelvic floor muscle training during pregnancy. *BMJ (Clinical research ed)*, **2004**;329(7462):378-80.
25. **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.
26. **Wesnes SL, Lose G.** Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. *International urogynecology journal*, **2013**;24(6):889-99.
27. **Li C, Gong Y, Wang B.** The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *International urogynecology journal*, **2016**;27(7):981-92.
28. **Morkved S, Bo K, Schei B, Salvesen KA.** Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstetrics and gynecology*, **2003**;101(2):313-9.

29. **Morkved S, Bo K.** The effect of post-natal exercises to strengthen the pelvic floor muscles. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, **1996**;75(4):382-5.
30. **Bo K, Talseth T, Holme I.** Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ (Clinical research ed)*, **1999**;318(7182):487-93.
31. **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.
32. **Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, Morkved S, Hay-Smith EJC.** Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *The Cochrane database of systematic reviews*, **2017**;12:Cd007471.
33. **Hay-Smith J, Morkved S, Fairbrother KA, Herbison GP.** Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *The Cochrane database of systematic reviews*, **2008**(4):Cd007471.
34. **Hill AM, McPhail SM, Wilson JM, Berlach RG.** Pregnant women's awareness, knowledge and beliefs about pelvic floor muscles: a cross-sectional survey. *International urogynecology journal*, **2017**;28(10):1557-65.
35. **Liu J, Tan SQ, Han HC.** Knowledge of pelvic floor disorder in pregnancy. *International urogynecology journal*, **2019**;30(6):991-1001.
36. **Eickmeyer SM.** Anatomy and Physiology of the Pelvic Floor. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, **2017**;28(3):455-60.
37. **Strohbehn K.** Normal pelvic floor anatomy. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, **1998**;25(4):683-705.
38. **Petros P.** The Anatomy and Dynamics of Pelvic Floor Function and Dysfunction. *The Female Pelvic Floor*: Springer, Berlin, Heidelberg; **2007**: p.:17-76.
39. **Herschorn S.** Female pelvic floor anatomy: the pelvic floor, supporting structures, and pelvic organs. *Reviews in urology*, **2004**.
40. **Moore KL, Agur AMR, Arthur F, Dalley IIP, Tank PW, Gest TR.** Essential Clinical Anatomy / Atlas of Anatomy: Lippincott Williams & Wilkins; **2011**.
41. **Friedrich Paulsen JW.** Sobotta Atlas of Human Anatomy-Internal Organs. 15th ed **2011**.
42. **Bowen V, Cassidy JD.** Macroscopic and Microscopic Anatomy of the Sacroiliac Joint from Embryonic Life Until the Eighth Decade. *Spine*, **1981**;6(6):620-8.
43. **Lee D.** Chapter 4- Anatomy. In: Lee D, editor. *The Pelvic Girdle (Third Edition)*. Edinburgh: Churchill Livingstone; **2004**: p.:15-39.

44. **Forst SL, Wheeler MT, Fortin JD, Vilensky JA.** The sacroiliac joint: anatomy, physiology and clinical significance. *Pain physician*, **2006**;9(1):61-7.
45. **Gamble JG, Simmons SC, Freedman M.** The symphysis pubis. Anatomic and pathologic considerations. *Clinical orthopaedics and related research*, **1986**(203):261-72.
46. **Berek JS.** Berek and Novak's Gynecology. 15 ed. Philadelphia, United States: Wolters Kluwer; **2011**.
47. **Norton PA.** Pelvic floor disorders: the role of fascia and ligaments. *Clinical obstetrics and gynecology*, **1993**;36(4):926-38.
48. **Unger CA, Weinstein MM, Pretorius DH.** Pelvic floor imaging. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, **2011**;38(1):23-43.
49. **Drake R, Vogl AW, Mitchell AW.** Gray's Anatomy for Students E-Book 2th ed, Elsevier Health Sciences, **2009**.
50. **Handa VL, Harris TA, Ostergard DR.** Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstetrics and gynecology*, **1996**;88(3):470-8.
51. **Bharucha AE.** Pelvic floor: anatomy and function. *Neurogastroenterology and motility : the official journal of the European Gastrointestinal Motility Society*, **2006**;18(7):507-19.
52. **Hoyte L, Schierlitz L, Zou K, Flesh G, Fielding JR.** Two- and 3-dimensional MRI comparison of levator ani structure, volume, and integrity in women with stress incontinence and prolapse. *American journal of obstetrics and gynecology*, **2001**;185(1):11-9.
53. **DeLancey JO, Kearney R, Chou Q, Speights S, Binno S.** The appearance of levator ani muscle abnormalities in magnetic resonance images after vaginal delivery. *Obstetrics and gynecology*, **2003**;101(1):46-53.
54. **Hodges PW, Sapsford R, Pengel LH.** Postural and respiratory functions of the pelvic floor muscles. *Neurourology and urodynamics*, **2007**;26(3):362-71.
55. **Arifoglu Y.** Gross Anatomi. 8. baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi, **2017**.
56. **Gosling JA, Dixon JS, Critchley HO, Thompson SA.** A comparative study of the human external sphincter and periurethral levator ani muscles. *British journal of urology*, **1981**;53(1):35-41.
57. **O'Boyle AL, O'Boyle JD, Calhoun B, Davis GD.** Pelvic organ support in pregnancy and postpartum. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*, **2005**;16(1):69-72.
58. **Robson SC, Hunter S, Boys RJ, Dunlop W.** Serial study of factors influencing changes in cardiac output during human pregnancy. *The American journal of physiology*, **1989**;256(4 Pt 2):H1060-5.
59. **Clark SL, Cotton DB, Lee W, Bishop C, Hill T, Southwick J, et al.** Central hemodynamic assessment of normal term pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*, **1989**;161(6 Pt 1):1439-42.

60. **Lees MM, Taylor SH, Scott DB, Kerr MG.** A study of cardiac output at rest throughout pregnancy. *The Journal of obstetrics and gynaecology of the British Common wealth*, **1967**;74(3):319-28.
61. **Gabbe SG, Niebyly JR, Simpson JL, al. e.** Obstetrics: Normal and problem pregnancies. 6th ed, **2012**.
62. **Rubler S, Damani PM, Pinto ER.** Cardiac size and performance during pregnancy estimated with echocardiography. *The American journal of cardiology*, **1977**;40(4):534-40.
63. **Adams JQ.** Cardiovascular physiology in normal pregnancy: studies with the dye dilution technique. *American journal of obstetrics and gynecology*, **1954**;67(4):741-59.
64. **Turan OM, De Paco C, Kametas N, Khaw A, Nicolaides KH.** Effect of parity on maternal cardiac function during the first trimester of pregnancy. *Ultrasound in obstetrics & gynecology*, **2008**;32(7):849-54.
65. **Brian JK, Calvin JH.** Maternal Physiologic and Immunologic Adaptation to Pregnancy. Hacker NF, Gambone JC, Hobel CJ, editors. Hacker & Moore's Essentials of Obstetrics and Gynecology, 6th ed **2015**.
66. **Reese ME, Casey E.** Hormonal Influence on the Neuromusculoskeletal System in Pregnancy. Segal CMFNA, editor. Switzerland: Springer, Cham; **2015**. 19-39 p.
67. **Albrecht ED, Aberdeen GW, Pepe GJ.** The role of estrogen in the maintenance of primate pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*, **2000**;182(2):432-8.
68. **Brook G, Brooks T, Coldron Y, Hawkes R, Lee J, Lewis M, et al.** Chapter 27-Physiotherapy in women's health. In: Porter SB, editor. Tidy's Physiotherapy (Fifteenth Edition): Churchill Livingstone; **2013**: p.:605-35.
69. **MacLennan AH.** Relaxin--a review. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, **1981**;21(4):195-202.
70. **Kristiansson P, Svardsudd K, von Schoultz B.** Reproductive hormones and aminoterminal propeptide of type III procollagen in serum as early markers of pelvic pain during late pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*, **1999**;180(1):128-34.
71. **Wreje U, Kristiansson P, Aberg H, Bystrom B, von Schoultz B.** Serum levels of relaxin during the menstrual cycle and oral contraceptive use. *Gynecologic and obstetric investigation*, **1995**;39(3):197-200.
72. **Harvey MA, Johnston SL, Davies GA.** Mid-trimester serum relaxin concentrations and post-partum pelvic floor dysfunction. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, **2008**;87(12):1315-21.
73. **Pritchard MD.** Williams Doğum Bilgisi 17.baskı. Yılmaz I, Aydemir V, editors. Ankara: Güneş Kitapevi; **1989**.

74. **Contreras G, Gutierrez M, Beroiza T, Fantin A, Oddo H, Villarroel L, et al.** Ventilatory drive and respiratory muscle function in pregnancy. *The American review of respiratory disease*, **1991**;144(4):837-41.
75. **Baldwin GR, Moorthi DS, Whelton JA, MacDonnell KF.** New lung functions and pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*, **1977**;127(3):235-9.
76. **Rees GB, Broughton Pipkin F, Symonds EM, Patrick JM.** A longitudinal study of respiratory changes in normal human pregnancy with cross-sectional data on subjects with pregnancy-induced hypertension. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, **1990**;162(3):826-30.
77. **Kolarzyk E, Szot WM, Lyszczarz J.** Lung function and breathing regulation parameters during pregnancy. *Archives of gynecology and obstetrics*, **2005**;272(1):53-8.
78. **Parry E, Shields R, Turnbull AC.** Transit time in the small intestine in pregnancy. *The Journal of obstetrics and gynaecology of the British Commonwealth*, **1970**;77(10):900-1.
79. **Lee NM, Saha S.** Nausea and vomiting of pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am*, **2011**;40(2):309.
80. **Cietak KA, Newton JR.** Serial qualitative maternal nephrosonography in pregnancy. *The British journal of radiology*, **1985**;58(689):399-404.
81. **Herbert J.** Pregnancy and childbirth: the effects on pelvic floor muscles. *Nursing times*, **2009**;105(7):38-41.
82. **Muellner SR.** Physiological Bladder Changes during Pregnancy and the Puerperium. *The Journal of urology*, **1939**;41(5):691-5.
83. **Betschart C, Wisser J.** The Effect of Pregnancy on the Pelvic Floor. In: Doumouchtsis SK, editor. *Childbirth Trauma*, **2017**: p.:43-56.
84. **Stanton SL, Kerr-Wilson R, Harris VG.** The incidence of urological symptoms in normal pregnancy. *British journal of obstetrics and gynaecology*, **1980**;87(10):897-900.
85. **Fries EC, Hellebrandt FA.** The influence of pregnancy on the location of the center of gravity, postural stability, and body alignment. *American journal of obstetrics and gynecology*, **1943**;46(3):374-80.
86. **Franklin ME, Conner-Kerr T.** An analysis of posture and back pain in the first and third trimesters of pregnancy. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, **1998**;28(3):133-8.
87. **Bullock-Saxton JE.** Changes in posture associated with pregnancy and the early post-natal period measured in standing. *Physiotherapy Theory and Practice*, **1991**;7(2):103-9.
88. **Ritchie JR.** Orthopedic considerations during pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology*, **2003**;46(2):456-66.

89. **Marnach ML, Ramin KD, Ramsey PS, Song SW, Stensland JJ, An KN.** Characterization of the relationship between joint laxity and maternal hormones in pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, **2003**;101(2):331-5.
90. **Gilleard WL, Brown JM.** Structure and function of the abdominal muscles in primigravid subjects during pregnancy and the immediate postbirth period. *Physical therapy*, **1996**;76(7):750-62.
91. **Coldron Y, Stokes MJ, Newham DJ, Cook K.** Postpartum characteristics of rectus abdominis on ultrasound imaging. *Manual therapy*, **2008**;13(2):112-21.
92. **Fast A, Weiss L, Ducommun EJ, Medina E, Butler JG.** Low-back pain in pregnancy. Abdominal muscles, sit-up performance, and back pain. *Spine*, **1990**;15(1):28-30.
93. **Boissonnault JS, Blaschak MJ.** Incidence of diastasis recti abdominis during the childbearing year. *Physical therapy*, **1988**;68(7):1082-6.
94. **Rath AM, Attali P, Dumas JL, Goldlust D, Zhang J, Chevrel JP.** The abdominal linea alba: an anatomic-radiologic and biomechanical study. *Surgical and radiologic anatomy : SRA*, **1996**;18(4):281-8.
95. **Sapsford RR, Hodges PW, Richardson CA, Cooper DH, Markwell SJ, Jull GA.** Co-activation of the abdominal and pelvic floor muscles during voluntary exercises. *Neurourology and urodynamics*, **2001**;20(1):31-42.
96. **Spitznagle TM, Leong FC, Van Dillen LR.** Prevalence of diastasis recti abdominis in a urogynecological patient population. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*, **2007**;18(3):321-8.
97. Exercise and Physical Activity During Pregnancy. <https://goo.gl/UMeK2k> (Erişim tarihi 10.10.2019).
98. **Calguneri M, Bird HA, Wright V.** Changes in joint laxity occurring during pregnancy. *Annals of the rheumatic diseases*, **1982**;41(2):126-8.
99. **Peschers U, Schaer G, Anthuber C, Delancey JO, Schuessler B.** Changes in vesical neck mobility following vaginal delivery. *Obstetrics and gynecology*, **1996**;88(6):1001-6.
100. **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.
101. **Morkved S, Salvesen KA, Bo K, Eik-Nes S.** Pelvic floor muscle strength and thickness in continent and incontinent nulliparous pregnant women. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*, **2004**;15(6):384-9.
102. **Schauberger CW, Rooney BL, Goldsmith L, Shenton D, Silva PD, Schaper A.** Peripheral joint laxity increases in pregnancy but does not correlate with serum relaxin levels. *American journal of obstetrics and gynecology*, **1996**;174(2):667-71.
103. **Charlton WP, Coslett-Charlton LM, Ciccotti MG.** Correlation of estradiol in pregnancy and anterior cruciate ligament laxity. *Clinical orthopaedics and related research*, **2001**(387):165-70.

104. **Cherni Y, Desseauve D, Decatoire A, Veit-Rubinc N, Begon M, Pierre F, et al.** Evaluation of ligament laxity during pregnancy. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction*, **2019**;48(5):351-7.
105. **Lindgren A, Kristiansson P.** Finger joint laxity, number of previous pregnancies and pregnancy induced back pain in a cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*, **2014**;14(6):61.
106. **MacLennan AH, Nicolson R, Green RC, Bath M.** Serum relaxin and pelvic pain of pregnancy. *Lancet (London, England)*, **1986**;2(8501):243-5.
107. **Kristiansson P, Svardsudd K, von Schoultz B.** Serum relaxin, symphyseal pain, and back pain during pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*, **1996**;175(5):1342-7.
108. **Bjorklund K, Bergstrom S, Nordstrom ML, Ulmsten U.** Symphyseal distention in relation to serum relaxin levels and pelvic pain in pregnancy. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, **2000**;79(4):269-75.
109. **Aldabe D, Ribeiro DC, Milosavljevic S, Dawn Bussey M.** Pregnancy-related pelvic girdle pain and its relationship with relaxin levels during pregnancy: a systematic review. *European spine journal*, **2012**;21(9):1769-76.
110. **Mens JM, Vleeming A, Stoeckart R, Stam HJ, Snijders CJ.** Understanding peripartum pelvic pain. Implications of a patient survey. *Spine*, **1996**;21(11):1363-9.
111. **Snooks SJ, Swash M, Mathers SE, Henry MM.** Effect of vaginal delivery on the pelvic floor: a 5-year follow-up. *The British journal of surgery*, **1990**;77(12):1358-60.
112. **Rasmussen KM, Yaktine AL.** Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington (DC): National Academies Press (US) National Academy of Sciences.; **2009**.
113. **Bump RC, Norton PA.** Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, **1998**;25(4):723-46.
114. **MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D.** The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, **2000**;107(12):1460-70.
115. **Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, Nager CW, Luber KM.** Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstetrics and gynecology*, **2006**;107(6):1253-60.
116. **Rortveit G, Subak LL, Thom DH, Creasman JM, Vittinghoff E, Van Den Eeden SK, et al.** Urinary incontinence, fecal incontinence and pelvic organ prolapse in a population-based, racially diverse cohort: prevalence and risk factors. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*, **2010**;16(5):278-83.
117. **Kepekenki I, Keskinilic B, Akinsu F, Cakir P, Elhan AH, Erkek AB, et al.** Prevalence of pelvic floor disorders in the female population and the impact of age, mode of delivery, and parity. *Diseases of the colon and rectum*, **2011**;54(1):85-94.

118. **Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL.** Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstetrics & Gynecology*, **1997**;89(4):501-6.
119. **Wu JM, Matthews CA, Conover MM, Pate V, Jonsson Funk M.** Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery. *Obstetrics and gynecology*, **2014**;123(6):1201-6.
120. **Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al.** An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *International urogynecology journal*, **2010**;21(1):5-26.
121. **Kocak I, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beser E.** Female Urinary Incontinence in the West of Turkey: Prevalence, Risk Factors and Impact on Quality of Life. *European Urology*, **2005**;48(4):634-41.
122. **Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A.** Urinary incontinence as a worldwide problem. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, **2003**;82(3):327-38.
123. **Scarpa KP, Herrmann V, Palma PC, Riccetto CL, Morais SS.** Prevalence and correlates of stress urinary incontinence during pregnancy: a survey at UNICAMP Medical School, Sao Paulo, Brazil. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*, **2006**;17(3):219-23.
124. **Hunskar S, Burgio K, Clark A, Lapitan MC, Nelson R, Sillen U, et al.** Epidemiology of urinary incontinence (UI) and fecal incontinence (FI) and pelvic organ prolapsed (POP). *3rd International Consultation on Incontinence Basics and evaluation*, **2005**;1:255-312.
125. **Marshall K, Thompson KA, Walsh DM, Baxter GD.** Incidence of urinary incontinence and constipation during pregnancy and postpartum: survey of current findings at the Rotunda Lying-In Hospital. *British journal of obstetrics and gynaecology*, **1998**;105(4):400-2.
126. **Thorp JM, Norton PA, Wall LL, Kuller JA, Eucker B, Wells E.** Urinary incontinence in pregnancy and the puerperium: a prospective study. *American journal of obstetrics and gynecology*, **1999**;181(2):266-73.
127. **Viktrup L.** The risk of lower urinary tract symptoms five years after the first delivery. *Neurourology and urodynamics*, **2002**;21(1):2-29.
128. **Rahmi O, Bayrak Ö.** Üriner İnkontinas Tanı ve Tedavi. İstanbul: Nobel Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti.; **2015**.
129. **Wesnes SL, Rortveit G, Bo K, Hunskar S.** Urinary incontinence during pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, **2007**;109(4):922-8.
130. **Viktrup L, Lose G.** The risk of stress incontinence 5 years after first delivery. *American journal of obstetrics and gynecology*, **2001**;185(1):82-7.

131. **Chiarelli P, Campbell E.** Incontinence during pregnancy. Prevalence and opportunities for continence promotion. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, **1997**;37(1):66-73.
132. **Viktrup L, Lose G, Rolff M, Barfoed K.** The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. *Obstetrics and gynecology*, **1992**;79(6):945-9.
133. **Sleep J, Grant A.** Pelvic floor exercises in postnatal care. *Midwifery*, **1987**;3(4):158-64.
134. **Kirkman S.** The midwife and pelvic floor dysfunction. *The practising midwife*, **2000**;3(8):20-2.
135. **Solans-Domenech M, Sanchez E, Espuna-Pons M.** Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity, and risk factors. *Obstetrics and gynecology*, **2010**;115(3):618-28.
136. **Chaliha C, Kalia V, Stanton SL, Monga A, Sultan AH.** Antenatal prediction of postpartum urinary and fecal incontinence. *Obstetrics and gynecology*, **1999**;94(5 Pt 1):689-94.
137. **Dinc A.** Prevalence of Urinary Incontinence During Pregnancy and Associated Risk Factors. *Lower urinary tract symptoms*, **2018**;10(3):303-7.
138. **Pirincci S, Atakul T, Kocak I, Yuksel H, Beser E, Okyay P.** Urinary incontinence in pre/postpartum period and effectiveness of pelvic floor muscle training. *European Journal of Public Health*, **2017**;27(3).
139. **Özkan ZS, Sapmaz E.** Prevalence and risk factors of female urinary incontinence during reproductive stage. *SCIE*, **2014**;25(2):101-6.
140. **Small KA, Wynne JM.** Evaluating the pelvic floor in obstetric patients. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, **1990**;30(1):41-5.
141. **Madoff RD, Williams JG, Caushaj PF.** Fecal Incontinence. *New England Journal of Medicine*, **1992**;326(15):1002-7.
142. **Committee on Practice Bulletins--Gynecology.** ACOG Practice Bulletin No. 210: Fecal Incontinence. *Obstetrics & Gynecology*, **2019**;133(4):260-73.
143. **Lunniss P, Gladman M, Hetzer F, Williams N, Scott M.** Risk Factors in Acquired Faecal Incontinence. *Journal of the Royal Society of Medicine*, **2004**;97:111-6.
144. **Schiller LR, Santa Ana CA, Schmulen AC, Hendler RS, Harford WV, Fordtran JS.** Pathogenesis of fecal incontinence in diabetes mellitus: evidence for internal-anal-sphincter dysfunction. *The New England journal of medicine*, **1982**;307(27):1666-71.
145. **van Brummen HJ, Bruinse HW, van de Pol G, Heintz AP, van der Vaart CH.** Defecatory symptoms during and after the first pregnancy: prevalences and associated factors. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*, **2006**;17(3):224-30.

146. **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.
147. **Committee on Practice Bulletins--Gynecology.** Practice Bulletin No. 185: Pelvic Organ Prolapse. *Obstetrics and gynecology*, **2017**;130(5):234-50.
148. **Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, et al.** An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *International urogynecology journal*, **2016**;27(2):165-94.
149. **Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, Nihira MA, Leffler K, Bent AE.** Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *American journal of obstetrics and gynecology*, **2001**;185(6):1332-7.
150. **Baykus Y, Deniz R, Çelik Kavak E.** Symptomatology in Cases with Pelvic Organ Prolapse. *Kafkas J Med Sci*, **2017**;7(2):107-10.
151. **Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al.** The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *American journal of obstetrics and gynecology*, **1996**;175(1):10-7.
152. **Hall AF, Theofrastous JP, Cundiff GW, Harris RL, Hamilton LF, Swift SE, et al.** Interobserver and intraobserver reliability of the proposed International Continence Society, Society of Gynecologic Surgeons, and American Urogynecologic Society pelvic organ prolapse classification system. *American journal of obstetrics and gynecology*, **1996**;175(6):1467-70.
153. **Schaffer JI, Wai CY, Boreham MK.** Etiology of pelvic organ prolapse. *Clinical obstetrics and gynecology*, **2005**;48(3):639-47.
154. **Slieker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME.** Symptomatic pelvic organ prolapse and possible risk factors in a general population. *American journal of obstetrics and gynecology*, **2009**;200(2):184.
155. **Leijonhufvud A, Lundholm C, Cnattingius S, Granath F, Andolf E, Altman D.** Risks of stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse surgery in relation to mode of childbirth. *American journal of obstetrics and gynecology*, **2011**;204(1):70.e1-7.
156. **Elenskaia K, Thakar R, Sultan AH, Scheer I, Onwude J.** Effect of childbirth on pelvic organ support and quality of life: a longitudinal cohort study. *International urogynecology journal*, **2013**;24(6):927-37.
157. **Rortveit G, Brown JS, Thom DH, Van Den Eeden SK, Creasman JM, Subak LL.** Symptomatic pelvic organ prolapse: prevalence and risk factors in a population-based, racially diverse cohort. *Obstetrics and gynecology*, **2007**;109(6):1396-403.
158. **Fritel X, Varnoux N, Zins M, Breart G, Ringa V.** Symptomatic pelvic organ prolapse at midlife, quality of life, and risk factors. *Obstetrics and gynecology*, **2009**;113(3):609-16.

159. **Quiroz LH, Munoz A, Shippey SH, Gutman RE, Handa VL.** Vaginal parity and pelvic organ prolapse. *The Journal of reproductive medicine*, **2010**;55(3-4):93-8.
160. **Sze EH, Sherard GB, Dolezal JM.** Pregnancy, labor, delivery, and pelvic organ prolapse. *Obstetrics and gynecology*, **2002**;100(5 Pt 1):981-6.
161. **Mant J, Painter R, Vessey M.** Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association Study. *British journal of obstetrics and gynaecology*, **1997**;104(5):579-85.
162. **Harris RL, Cundiff GW, Coates KW, Bump RC.** Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in nulliparous women. *Obstetrics and gynecology*, **1998**;92(6):951-4.
163. **Swift SE.** The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care. *American journal of obstetrics and gynecology*, **2000**;183(2):277-85.
164. **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.
165. **Gachon B, Desseauve D, Fradet L, Decatoire A, Lacouture P, Pierre F, et al.** 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.
166. **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.
167. **Reubens JR.** The physiology of normal sexual response in females. *Journal of psychoactive drugs*, **1982**;14(1-2):45-6.
168. **Hicks TL, Goodall SF, Quattrone EM, Lydon-Rochelle MT.** Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *Journal of midwifery & women's health*, **2004**;49(5):430-6.
169. **Clayton AH.** Epidemiology and neurobiology of female sexual dysfunction. *J Sex Med*, **2007**;4 Suppl 4:260-8.
170. **Goldstein I, Kim NN, Clayton AH, DeRogatis LR, Giraldi A, Parish SJ, et al.** Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clinic proceedings*, **2017**;92(1):114-28.
171. **Committee on Practice Bulletins--Gynecology.** Female Sexual Dysfunction: ACOG Practice Bulletin Summary, NUMBER 213. *Obstetrics & Gynecology*, **2019**;134(1):203-5.
172. **Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al.** Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications. *The Journal of urology*, **2000**;163:888-93.
173. **Incesu C.** Cinsel işlevler ve Cinsel işlev Bozuklukları. *J Clin Psy*, **2004**;7(70):3-13.

174. **Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I.** Women's sexual health after childbirth. *BJOG:an international journal of obstetrics and gynaecology*, **2000**;107(2):186-95.
175. **Aydin M, Cayonu N, Kadihasanoglu M, Irkilata L, Atilla MK, Kendirci M.** Comparison of Sexual Functions in Pregnant and Non-Pregnant Women. *Urology journal*, **2015**;12(5):2339-44.
176. **Abdool Z, Thakar R, Sultan AH.** Postpartum female sexual function. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, **2009**;145(2):133-7.
177. **Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A.** A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *J Sex Med*, **2007**;4(5):1381-7.
178. **Glazener CM.** Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *British journal of obstetrics and gynaecology*, **1997**;104(3):330-5.
179. **Shojaa M, Jouybari L, Sanagoo A.** The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. *Archives of gynecology and obstetrics*, **2009**;279(3):353-6.
180. **Aslan G, Aslan D, Kızılyar A, İspahi Ç, Esen A.** A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *International Journal of Impotence Research*, **2005**;17(2):154-7.
181. **Fok WY, Chan LY, Yuen PM.** Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, **2005**;84(10):934-8.
182. **Yenieli AO, Petri E.** Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *International urogynecology journal*, **2014**;25(1):5-14.
183. **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. *International urogynecology journal*, **2017**;28(11):1701-7.
184. **Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT.** Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *American journal of obstetrics and gynecology*, **2001**;184(5):881-8.
185. **McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ.** Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG:an international journal of obstetrics and gynaecology*, **2015**;122(5):672-9.
186. **McDonald E, Woolhouse H, Brown SJ.** Consultation about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study. *Birth (Berkeley, Calif)*, **2015**;42(4):354-61.
187. **Ahmed MR, Madny EH, Sayed Ahmed WA.** Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among Egyptian women. *The journal of obstetrics and gynaecology research*, **2014**;40(4):1023-9.
188. **Daud S, Zahid AZM, Mohamad M, Abdullah B, Mohamad NAN.** Prevalence of sexual dysfunction in pregnancy. *Archives of gynecology and obstetrics*, **2019**.

189. **Naldoni LM, Pazmino MA, Pezzan PA, Pereira SB, Duarte G, Ferreira CH.** Evaluation of sexual function in Brazilian pregnant women. *Journal of sex & marital therapy*, **2011**;37(2):116-29.
190. **Wallwiener S, Muller M, Doster A, Kuon RJ, Plewniok K, Feller S, et al.** Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. *Archives of gynecology and obstetrics*, **2017**;295(4):873-83.
191. **Jamali S, Mosalanejad L.** Sexual dysfunction in Iranian pregnant women. *Iranian journal of reproductive medicine*, **2013**;11(6):479-86.
192. **Küçükdurmaz F, Efe E, Malkoç Ö, Kolus E, Amasyalı AS, Resim S.** Prevalence and correlates of female sexual dysfunction among Turkish pregnant women. *Turk J Urol*, **2016**;42(3):178-83.
193. **Eryilmaz G, Ege E, Zincir H.** Factors affecting sexual life during pregnancy in eastern Turkey. *Gynecologic and obstetric investigation*, **2004**;57(2):103-8.
194. **Tosun Guleroglu F, Gordeles Beser N.** Evaluation of sexual functions of the pregnant women. *J Sex Med*, **2014**;11(1):146-53.
195. **Oniz A, Keskinoglu P, Bezircioglu I.** The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. *J Sex Med*, **2007**;4(6):1575-81.
196. **DeJudicibus MA, McCabe MP.** Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *Journal of sex research*, **2002**;39(2):94-103.
197. **Haslam J.** Historical Perspective of Pelvic Floor Muscle Training. Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain **2007**; p.:85-8.
198. **Kegel AH.** Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American journal of obstetrics and gynecology*, **1948**;56(2):238-48.
199. **Zubieta M, Carr RL, Drake MJ, Bo K.** Influence of voluntary pelvic floor muscle contraction and pelvic floor muscle training on urethral closure pressures: a systematic literature review. *International urogynecology journal*, **2016**;27(5):687-96.
200. **Bump RC, Hurt WG, Fantl JA, Wyman JF.** Assessment of Kegel pelvic muscle exercise performance after brief verbal instruction. *American journal of obstetrics and gynecology*, **1991**;165(2):322-7.
201. **Akbayrak T, Kaya S.** Kadın Sağlığında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon. Ankara: Pelikan Yayınevi; **2016**.
202. **Latthe P.** Review: some evidence shows that pelvic floor muscle training reduces urinary incontinence in pregnant and postpartum women at ≤ 12 months. *Evidence-based medicine*, **2009**;14(2):53.

203. **Pelaez M, Gonzalez-Cerron S, Montejo R, Barakat R.** Pelvic floor muscle training included in a pregnancy exercise program is effective in primary prevention of urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Neurourology and urodynamics*, **2014**;33(1):67-71.
204. **Stupp L, Resende AP, Oliveira E, Castro RA, Girao MJ, Sartori MG.** Pelvic floor muscle training for treatment of pelvic organ prolapse: an assessor-blinded randomized controlled trial. *International urogynecology journal*, **2011**;22(10):1233-9.
205. **Hagen S, Stark D, Glazener C, Sinclair L, Ramsay I.** A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organ prolapse. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*, **2009**;20(1):45-51.
206. **Braekken IH, Majida M, Engh ME, Bo K.** Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? An assessor-blinded, randomized, controlled trial. *American journal of obstetrics and gynecology*, **2010**;203(2):170.e1-7.
207. **Hagen S, Glazener C, McClurg D, Macarthur C, Elders A, Herbison P, et al.** Pelvic floor muscle training for secondary prevention of pelvic organ prolapse (PREVPROL): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, **2017**;389(10067):393-402.
208. **Taylor N.** Pelvic floor muscle training can reduce prolapse symptoms in women with pelvic organ prolapse. *Journal of Physiotherapy*, **2014**;60(3):164.
209. **Hagen S, Stark D, Glazener C, Dickson S, Barry S, Elders A, et al.** Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet*, **2014**;383(9919):796-806.
210. **Brubaker L, Maher C, Jacquetin B, Rajamaheswari N, von Theobald P, Norton P.** Surgery for pelvic organ prolapse. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*, **2010**;16(1):9-19.
211. **Brækken IH, Majida M, Ellström Engh M, Bø K.** Can Pelvic Floor Muscle Training Improve Sexual Function in Women with Pelvic Organ Prolapse? A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Sexual Medicine*, **2015**;12(2):470-80.
212. **Bo K, Talseth T, Vinsnes A.** Randomized controlled trial on the effect of pelvic floor muscle training on quality of life and sexual problems in genuine stress incontinent women. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, **2000**;79(7):598-603.
213. **Ptak M, Ciecwiez S, Brodowska A, Starczewski A, Nawrocka-Rutkowska J, Diaz-Mohedo E, et al.** The Effect of Pelvic Floor Muscles Exercise on Quality of Life in Women with Stress Urinary Incontinence and Its Relationship with Vaginal Deliveries: A Randomized Trial. *BioMed research international*, **2019**;2019:5321864.
214. **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.
215. **Johnson VY.** How the principles of exercise physiology influence pelvic floor muscle training. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, **2001**;28(3):150-5.

216. Merriam-webster's website. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/knowledge> (Erişim tarihi: 04.01.2020).
217. **Neels H, Wyndaele JJ, Tjalma WA, De Wachter S, Wyndaele M, Vermandel A.** Knowledge of the pelvic floor in nulliparous women. *Journal of physical therapy science*, **2016**;28(5):1524-33.
218. **Cardoso AMB, Lima C, Ferreira CWS.** Prevalence of urinary incontinence in high-impact sports athletes and their association with knowledge, attitude and practice about this dysfunction. *European journal of sport science*, **2018**;18(10):1405-12.
219. **Berzuk K, Shay B.** Effect of increasing awareness of pelvic floor muscle function on pelvic floor dysfunction: a randomized controlled trial. *International urogynecology journal*, **2015**;26(6):837-44.
220. **Sawant SP, Sutar DA.** Survey on knowledge about pelvic floor muscles and pelvic floor muscle exercises in primiparous pregnant women. *JMSCR*, **2019**;07(04):591-6.
221. **McLennan MT, Melick CF, Alten B, Young J, Hoehn MR.** Patients' knowledge of potential pelvic floor changes associated with pregnancy and delivery. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*, **2006**;17(1):22-6.
222. **O'Neill AT, Hockey J, O'Brien P, Williams A, Morris TP, Khan T, et al.** Knowledge of pelvic floor problems: a study of third trimester, primiparous women. *International urogynecology journal*, **2017**;28(1):125-9.
223. **Whitford HM, Alder B, Jones M.** A 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(2):204-17.
224. **Ware JE, Sherbourne CD.** The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, **1992**;30(6):473-83.
225. **Koçyigit H, Aydemir O, Olmez N, Memis A.** SF-36'nin Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. *Ege Fiz Ted Reh Derg*, **1999**;12:102-6.
226. **Ware JE, Jr., Gandek B.** Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of clinical epidemiology*, **1998**;51(11):903-12.
227. **Chasan-Taber L, Schmidt MD, Roberts DE, Hosmer D, Markenson G, Freedson PS.** Development and validation of a Pregnancy Physical Activity Questionnaire. *Medicine and science in sports and exercise*, **2004**;36(10):1750-60.
228. **Tosun OC, Solmaz U, Ekin A, Tosun G, Mutlu EK, Okyay E, et al.** The Turkish version of the pregnancy physical activity questionnaire: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. *Journal of physical therapy science*, **2015**;27(10):3215-21.
229. **Kahyaoğlu Süt H, Küçükaya B.** Kadınların Pelvik Taban Kas Egzersizleri Bilgi ve Uygulama Durumları. *Sdü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* **2018**;9(3):15-20.

230. **Daly D, Cusack C, Begley C.** Learning about pelvic floor muscle exercises before and during pregnancy: a cross-sectional study. *International urogynecology journal*, **2019**.
231. **Moossdorff-Steinhauser HF, Albers-Heitner P, Weemhoff M, Spaanderman ME, Nieman FH, Berghmans B.** Factors influencing postpartum women's willingness to participate in a preventive pelvic floor muscle training program: a web-based survey. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, **2015**;195:182-7.
232. **Dunbar A, Ernst A, Matthews C, Ramakrishnan V.** Understanding Vaginal Childbirth: What Do Women Know About the Consequences of Vaginal Childbirth on Pelvic Floor Health? *Journal of Women's Health Physical Therapy*, **2011**;35(2):51-6.
233. **Melville JL, Wagner LE, Fan M-Y, Katon WJ, Newton KM.** Women's perceptions about the etiology of urinary incontinence. *J Womens Health (Larchmt)*, **2008**;17(7):1093-8.
234. **Mandimika CL, Murk W, Muhlhauser McPencow A, Lake A, Wedderburn T, Collier CH, et al.** Knowledge of pelvic floor disorders in a population of community-dwelling women. *American journal of obstetrics and gynecology*, **2014**;210(2):165.e1-9.
235. **Geoffrion R, Robert M, Ross S, van Heerden D, Neustaedter G, Tang S, et al.** Evaluating patient learning after an educational program for women with incontinence and pelvic organ prolapse. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*, **2009**;20(10):1243-52.
236. **Chan CWH, Au Yeung E, Law BMH.** Effectiveness of Physical Activity Interventions on Pregnancy-Related Outcomes among Pregnant Women: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, **2019**;16(10):1840.
237. **Evenson KR, Barakat R, Brown WJ, Dargent-Molina P, Haruna M, Mikkelsen EM, et al.** Guidelines for Physical Activity during Pregnancy: Comparisons From Around the World. *American journal of lifestyle medicine*, **2014**;8(2):102-21.
238. **Ndahimana D, Kim E-K.** Measurement Methods for Physical Activity and Energy Expenditure: a Review. *Clin Nutr Res*, **2017**;6(2):68-80.
239. **Cirak Y, Yilmaz GD, Demir YP, Dalkilinc M, Yaman S.** Pregnancy physical activity questionnaire (PPAQ): reliability and validity of Turkish version. *Journal of physical therapy science*, **2015**;27(12):3703-9.
240. **Kostanoğlu A, Manzak A, Şahin A.** The Effect of Physical Activity Level and Sleep Quality on Quality of Life in Pregnant Women. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, **2019**;6:80-7.
241. **Tosun ÖÇ, Okyay RE.** Gebelik Sürecinde Fiziksel Aktivite Değişimlerinin İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, **2018**.
242. **Schmidt MD, Pekow P, Freedson PS, Markenson G, Chasan-Taber L.** Physical activity patterns during pregnancy in a diverse population of women. *J Womens Health (Larchmt)*, **2006**;15(8):909-18.
243. **WHO Quality of Life Assessment Group.** What quality of life? / The WHOQOL Group. *World Health Forum*, **1996**;17(4):354-6.

244. **Chang SR, Chen KH, Lin MI, Lin HH, Huang LH, Lin WA.** A repeated measures study of changes in health-related quality of life during pregnancy and the relationship with obstetric factors. *Journal of advanced nursing*, **2014**;70(10):2245-56.
245. **Mazúchová L, Kelčíková S, Dubovická Z.** Measuring women's quality of life during pregnancy. *Kontakt*, **2018**;20(1):e31-e6.
246. **Jomeen J, Martin CR.** The factor structure of the SF-36 in early pregnancy. *Journal of psychosomatic research*, **2005**;59(3):131-8.
247. **Demircan N, Ozmen U, Kokturk F, Kucuk H, Ata S, Harma M, et al.** What are the probable predictors of urinary incontinence during pregnancy? *PeerJ*, **2016**.
248. **Geynisman-Tan JM, Taubel D, Asfaw TS.** Is Something Missing From Antenatal Education? A Survey of Pregnant Women's Knowledge of Pelvic Floor Disorders. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*, **2018**;24(6):440-3.

8. EKLER

EK 1. Etik Kurul Onayı

ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI
ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY CLINICAL RESEARCHES ETHICS COMMITTEE APPROVAL

Sayı : 183

04.6./2018

Konu: Kararlar

BAŞVURU BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Gebelerde pelvik taban ve pelvik taban kas eğitimi farkındalığı, bilgi ve inanışlarının incelenmesi
	SORUMLU ARAŞTIRMACI (PRINCIPAL INVESTIGATER)	Dr. Öğr. Üyesi Nuriye ÖZENGİN
	DİĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER INVESTIGATERS)	Fizyoterapist Betül BAHAR, Prof. Dr. Handan ANKARALI, Prof. Dr. Yeşim BAKAR, Prof. Dr. M. Ata TOPÇUOĞLU
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	Abant İzzet Baysal Üniversitesi Kemal Demir Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu

KARAR (DECISION)	Karar no (Decision No): 2018/85	Tarih (Date): 10.05.2018
	Dr. Öğr. Üyesi Nuriye ÖZENGİN'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası ve ilgili belgelerin incelenmesi sonucunda araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevcudun oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir	

Üyeler	Uzmanlık alanı	Kurumu	İmzası
Prof. Dr. Nebil YILDIZ (Başkan)	Nöroloji AD	Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Safiye GÜREL (Başkan Yrd.)	Radyoloji AD	Tıp Fakültesi	İzinli
Prof. Dr. Özge UZUN (Üye)	Farmakoloji AD	Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Hüsamettin ÇAKICI (Üye)	Ortopedi ve Travmatoloji AD	Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. İsa YILDIZ (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	Tıp Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Erkan KILINÇ (Bildirimlerden sorumlu üye)	Fizyoloji AD	Tıp Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Oya KALAYCIOĞLU (Üye)	Biyoistatistik	AİBÜ	
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Hayati ATALA (üye)	Protetik Diş Tedavisi	AİBÜ Diş Hekimliği	
Dr. Öğr. Üyesi Tamer ÇANKAYA (üye)	Fizik Tedavi	AİBÜ	
Dr. Öğr. Üyesi Makbule TOKUR KESGİN (üye)	Hemşirelik	AİBÜ Bolu Sağlık Yüksek Okulu	
Dr. Öğr. Üyesi Kutlu AYDIN (üye)	Antrenörlük	AİBÜ BESYO	
Hatice Selen SÖYLEMEZ (Üye)	Eczacı	Özel	
Av. Huri Hülya GÜNEŞ COŞKUN (Üye)	Hukukçu	Özel Hukuk Bürosu	
Ramazan KAYNARPINAR (Sivil-Üye)	Esnaf	Serbest Meslek (BOLU)	

EK 2. Bilgilendirilmiş Olur Formu İzni

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığımız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Gebelerde pelvik taban ve pelvik taban kas eğitimi farkındalığı, bilgi ve inanışlarının incelenmesi”dir. Bu araştırmanın amacı, Bolu ilinde yaşayan gebelerin pelvik taban farkındalık ve bilinç düzeyinin araştırılmasıdır. Bu çalışmada size pelvik taban farkındalık, bilgi ve inanışınızı değerlendiren çeşitli anketler bir defa uygulanacaktır. Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre 30 dakika olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı 250’dir.

Bu araştırma ile ilgili olarak size yöneltilen soruları en doğru şekilde cevaplamak sizin sorumluluğunuzdadır. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar ise pelvik taban farkındalık, bilgi ve inanışlarınızın seviyesinin tespit edilmesi ve bu konuda bilgilendirilmenizdir.

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar Dr. Öğr. Üyesi Nuriye Özengin tarafından karşılanacaktır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0555 478 98 52 no.lu telefondan Dr. Öğr. Üyesi Nuriye Özengin’e başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi çalışmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve çalışmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu çalışmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasisinin, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:

EK 3. Değerlendirme Formu

DEĞERLENDİRME FORMU

Ad-Soyadı:

Tarih:

Boy/Kilo:

Doğum tarihi/Yaş:

Fizyoterapist:

Medeni Durum:

Doktor:

Eğitim Düzeyi:

Tel:

Meslek:

Adres:

Gelir Düzeyi:

- 0-2.500
 2.500-5.000
 5.000 ve üzeri

Kullandığı İlaçlar:

Riskli Gebelik:

Gebelik haftası:

Özgeçmiş:

Soygeçmiş:

Sigara kullanıyor musunuz?

Alkol kullanıyor musunuz?

- Evet
 Hayır
 Nadiren
 Gebe olduğumda bıraktım

- Evet
 Hayır
 Nadiren
 Gebe olduğumda bıraktım

Gebe okuluna katılmayı düşünüyor musunuz?

- Evet
 Hayır
 Zaten gidiyorum
 İlerleyen aylarda gitmeyi planlıyorum
 Bilmiyorum

G:

P:

A:

DC:

Y:

Tarih

Doğum tipi

1)

2)

EK 4. Pelvik Taban ve PTKE Farkındalık, Bilgi ve İnanışlar Anketi

Pelvik Taban ve PTKE Farkındalık, Bilgi ve İnanışlar Anketi

1. Daha önce hiç “pelvik taban kası” ifadesini duydunuz mu?
 Evet Hayır Bilmiyorum

2. Daha önce pelvik taban kaslarıyla ilgili bilgi aldınız mı?
 Evet Hayır

Aldıysanız: Ne zaman?.....

Hangi sebeple?.....

Kimden/Nerden (Birden çok işaretleme yapabilirsiniz)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fizyoterapist | <input type="checkbox"/> Arkadaş/Aile |
| <input type="checkbox"/> Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı | <input type="checkbox"/> Okul |
| <input type="checkbox"/> Hemşire | <input type="checkbox"/> Pratisyen hekim |
| <input type="checkbox"/> Ebe | <input type="checkbox"/> Diğer..... |

3. Daha önce hiç pelvik taban kaslarıyla ilgili araştırma yaptınız mı?
 Evet Hayır

Cevabız evet ise : Hangi kaynaktan araştırma yaptınız? (Bir veya birden çok işaretleme yapabilirsiniz)

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı | <input type="checkbox"/> İnternet | <input type="checkbox"/> Diğer..... |
| <input type="checkbox"/> Fizyoterapist | <input type="checkbox"/> Arkadaş/Aile | |
| <input type="checkbox"/> Kitaplar | <input type="checkbox"/> Pratisyen hekim | |

4. Daha önce hiç “pelvik taban egzersizi” ifadesini duydunuz mu?
 Evet Hayır

5. Daha önce hiç pelvik taban egzersizi yaptınız mı?
 Evet Hayır Bilmiyorum

6. Pelvik taban aşağıdakilerden hangisi/hangilerini içermektedir? Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz.
 Kaslar Damarlar
 Cilt ve yağ Rahim, mesane, bağırsak
 Kemik ve eklem Diğer.....
 Tendonlar ve bağlar

7. Kadınların pelvik tabanında kaç tane açıklık (çıkış) bulunmaktadır?

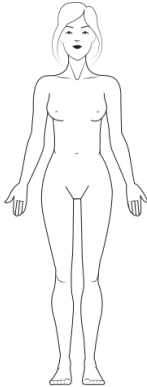
.....

Bunlar nelerdir?

.....

Bilmiyorum

8. Pelvik taban kasları vücudumuzda nerede bulunur? Lütfen işaretleyin.



9. Pelvik taban kaslarınız hangi yapıları çevreler?
- İdrar kanal çıkışı
 - Vajina
 - Anüs
 - Yukarıdakilerin hiçbiri
 - Bilmiyorum
 - Hepsi
10. Pelvik taban kaslarınızın görevi nedir ?
- İdrar kaçırmayı veya sızıntıyı engeller
 - Büyük dışkıyı durdurur
 - İç organları destekler
 - Yukarıdakilerin hepsi
 - Yukarıdakilerin hiçbiri
 - Bilmiyorum
11. Kadınlarda pelvik taban kasları hangi hareketleri yapmaktadır? (Birden çok işaretleme yapabilirsiniz)
- Sıkma
 - İstemli olarak hareket ettirilemez
 - İçeride doğru kaldırma
 - Bilmiyorum
 - Dışarı itme
12. Pelvik taban kaslarına neden ihtiyacımız var?
-
- Bilmiyorum
13. Pelvik taban kaslarınız ve alt karın kasınız birlikte çalışır mı?
- Evet
 - Hayır
 - Bazen
 - Bilmiyorum
14. Pelvik taban kasları istemli olarak kontrol edilebilir mi?
- Evet
 - Hayır
 - Bazen
 - Bilmiyorum
15. Aşağıdakilerden hangileri pelvik taban fonksiyonlarını olumsuz yönde etkiler? Lütfen en az 3 seçenek işaretleyiniz.
- Gebelik
 - İdrar yolu, rahim veya karın cerrahisi
 - Kabızlık
 - Normal Doğum
 - Kilo (Obezite)
 - Diğer.....
 - Sezaryen doğum
 - Alkol kullanımı
 - İdrar yaparken zorlanma
 - Sigara
16. Doğumdan sonra pelvik taban kasları eskisi kadar güçlü olur mu?
- Evet
 - Kısmen
 - Hayır
 - Bilmiyorum
17. Gebelik idrar kaçırmaya neden olur mu?
- Evet
 - Kısmen
 - Hayır
 - Bilmiyorum
18. Doğum yapmak idrar kaçırmaya neden olur mu?
- Evet
 - Kısmen
 - Hayır
 - Bilmiyorum
19. Gebelikte veya doğum sonrası idrar kaçırma problemi meydana gelirse, bu problem sizce geçici midir?
- Evet
 - Hayır
 - Bilmiyorum
20. Kadınlar gebelikte neden idrar kaçırıyor olabilir?
- Gebe oldukları için
 - Hepsi
 - Mesaneleri normalden küçük olduğu için
 - Hiçbiri
 - Pelvik taban kasları doğru çalışmadığı için
 - Bilmiyorum
 - Bebek mesaneye baskı yaptığı için
21. İdrar kaçırma tedavisi için ped kullanmak dışında bir şey yapılamaz.
- Katılıyorum
 - Katılmıyorum
 - Bilmiyorum

22. Gebelikte idrar kaçırsam;
 Tedavisi olup olmadığını bilmiyorum
 Bunun bir sorun olacağını düşünmüyorum
 Utandığım için yardım istemeyeceğim
 Doktorum erkek olduğu için yardım istemeyeceğim
 Yardım isteyeceğim
23. Gebelikte/doğum öncesi fizyoterapinin senin ve bebeğinin sağlığı için faydalı olduğunu düşünüyor musun ?
 Evet Hayır Bilmiyorum
24. Pelvik taban egzersizleri yapma konusunda tavsiyelere uyarsam, pelvik tabanım güçlenecektir.
 Kesinlikle Katılıyorum
 Katılıyorum
 Kararsızım
 Katılmıyorum
 Kesinlikle katılmıyorum
25. Pelvik taban egzersizlerini ne sıklıkta yapmalısınız?
 Hergün
 Haftada 2 veya daha fazla
 Haftada bir kez
 Asla
 Bilmiyorum
26. Egzersizlerin doğumdan önce ya da doğumdan sonra yapılması, egzersizin etkisini değiştirir mi?
 Evet Hayır Bilmiyorum
27. Kadınlar erkeklerden daha fazla idrar kaçırlar.
 Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum
28. İdrar kaçırma yalnızca yaşlılıkta gerçekleşir.
 Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum
29. Zayıf kadınlar, kilolu kadınlardan daha fazla idrar kaçırma eğilimi gösterirler.
 Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum
30. Sağlıklı kadın istediği zaman pelvik taban kaslarını kontrol (kasma ve gevşeme) edebilir mi?
 Evet Hayır Bilmiyorum
31. Sağlıklı kadınlar egzersiz veya efor sırasında (şiddetli egzersiz gibi) idrar kaçırmı?
 Evet Hayır Bilmiyorum
32. Kadınların idrar kaçırmayı kontrol edebilmek için günlük ped kullanmasını normal buluyor musunuz?
 Evet Hayır Bilmiyorum
33. Sağlıklı kadınlar idrar kaçırmı?
 Evet Hayır Bilmiyorum
34. Aşağıdaki doğum yöntemlerinden hangisi pelvik taban kaslarına daha fazla zarar verir?
 Sezaryen
 Vajinal doğum
 Bilmiyorum
35. Pelvik taban kasları cinsel orgazmda rol oynar mı?
 Evet Hayır Bilmiyorum
36. Sağlıklı kadınlar cinsel ilişki sırasında sık sık ağrı yaşar mı?
 Evet Hayır Bilmiyorum
37. Sağlıklı kadınlar cinsel ilişki sırasında çok az idrar kaçırmı?
 Evet Hayır Bilmiyorum
38. Pelvik tabanla ilgili problemlerde uygulanan tedavileri biliyor musunuz?
 Evet Hayır
39. Pelvik taban kasları hakkında daha fazla bilgi almak ister misiniz?
 Evet Hayır
40. Pelvik taban kasları hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?
 Evet
 Hayır
41. Pelvik taban kasları hakkında bilgi alırsam, verilen tavsiyelere uymayı düşünüyorum.
 Kesinlikle Katılıyorum
 Katılıyorum
 Kararsızım
 Katılmıyorum
 Kesinlikle katılmıyorum

42. Pelvik taban egzersizlerinin idrar kaçırmayı tedavi ettiğine ya da önlediğine inanıyorum.
- Kesinlikle Katılıyorum
 - Katılıyorum
 - Kararsızım
 - Katılmıyorum
 - Kesinlikle katılmıyorum
43. Gebelikte idrar kaçırmak normaldir.
- Kesinlikle Katılıyorum
 - Katılıyorum
 - Kararsızım
 - Katılmıyorum
 - Kesinlikle katılmıyorum
44. Gebelik nedeniyle idrar kaçırmaya başlayacağımı ya da idrar kaçırmamın ilerleyeceğini düşünüyorum.
- Kesinlikle Katılıyorum
 - Katılıyorum
 - Kararsızım
 - Katılmıyorum
 - Kesinlikle katılmıyorum
45. Gebelikte idrar kaçırmamın tedavisi olduğunu düşünüyorum.
- Kesinlikle Katılıyorum
 - Katılıyorum
 - Kararsızım
 - Katılmıyorum
 - Kesinlikle katılmıyorum
46. Pelvik tabanım için egzersiz yapmam önerilirse onları yapmaya çalışırım.
- Kesinlikle Katılıyorum
 - Katılıyorum
 - Kararsızım
 - Katılmıyorum
 - Kesinlikle katılmıyorum
47. Pelvik tabanınız hakkında en büyük korku ya da endişeniz nedir?
-
- Bilmiyorum
 - Yok
48. Aşağıda sıfır ile on arasında puanlanan bir ölçek yer almaktadır. Lütfen pelvik taban kasları hakkında bilgi düzeyinizi yatay çizgi üzerinde işaretleyin. (0 kesinlikle hiçbir şey bilmiyorum, 10 ise bu alanda uzman bilgisine sahibim demektir).

0

10

EK 5. Kısa form-36 (SF-36)

SF-36 Anketi

- Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?
 - Mükemmel
 - Çok iyi
 - İyi
 - Orta
 - Kötü
- Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz?
 - Geçen seneden çok daha iyi
 - Geçen seneden biraz daha iyi
 - Geçen sene ile aynı
 - Geçen seneden biraz daha kötü
 - Geçen seneden çok daha kötü

Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

	Evet, çok kısıtlı	Evet, biraz kısıtlı	Hayır, hiç kısıtlı değil
3. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar			
4. Bir masayı çekmek, elektrik süpürGESİNİ İTMEK VE AĞIR OLMAYAN SPORLARI YAPMAK GİBİ ORTA DERECELİ ETKİNLİKLER			
5. Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak			
6. Birkaç kat merdiven çıkmak			
7. Bir kat merdiven çıkmak			
8. Eğilmek, diz çökmek, çömelmek			
9. Bir kilometreden fazla yürüyebilmek			
10. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek			
11. Bir mahalleden diğerine yürümek			
12. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek			

Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük aktivitelerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
13. İş veya diğer aktiviteler için harcadığımız zamanda kesinti		
14. İstedüğünüzden daha az miktar işin tamamlanması		
15. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama		
16. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması		

Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek: üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
17. İş yada diğer aktivitelere ayırdığımız süreden kesilme oldu mu?		
18. İstedüğünüzden daha az kısmın tamamlanması		
19. İş veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapamama		

20. Geçen 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?
- Hiç
 - Çok az
 - Orta derecede
 - Epeyce
 - Oldukça
21. Geçen 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?
- Hiç
 - Çok az
 - Orta
 - Çok
 - İleri derecede
 - Çok şiddetli
22. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?
- Hiç
 - Çok az
 - Orta
 - Çok
 - İleri derecede

Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiçbir zaman
23. Kendinizi yaşam dolu olarak hissettiniz mi?						
24. Çok sinirli biri oldunuz mu?						
25. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldunuz mu?						
26. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?						
27. Çok enerjik oldunuz mu?						
28. Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?						
29. Kendinizi, yıpranmış, bitkin hissettiniz mi?						
30. Mutlu bir insan mıydınız?						
31. Yorulmuş hissettiniz mi?						

32. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

- Her zaman • Çoğu zaman • Bazen • Çok az • Hiçbir zaman

Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

	Tamamen doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Tamamen yanlış
33. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum					
34. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım					
35. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum					
36. Sağlığım mükemmel					

EK 6. Gebelik Fiziksel Aktivite Anketi (GFAA)

HAMİLELİK FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ

Açıklama: Sorulara cevaplarken sizin için en uygun olan şıkkı işaretleyiniz

Kendiniz hakkında bu bilgileri vermeniz önemlidir. Aşağıdakiler doğru ya da yanlış yanıt değildir. Biz bu son 3 aylık periyot (trimester) sırasında yaptıklarınız hakkında bilgi sahibi olmak istiyoruz.

1. Bu günün tarihi / /
2. Son adet tarihiniz ne zamandı / / Bilmiyorum
3. Bebeğiniz ne zaman doğacak / / Bilmiyorum

İşte çalışmadığınız zaman, bu 3 aylık periyot (trimester) sırasında genellikle ne kadar zaman harcıyorsunuz.

4. Yiyecek hazırlamak (Yemek, bulaşık yıkama, sofrayı kurmak) ne kadar sürenizi alıyor?
 Hiç yapmıyorum
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor
5. Siz otururken yaptığınız çocukların giydirilmesi, banyo yaptırılması, beslenmesi ne kadar sürenizi alıyor?
 Hiç yapmıyorum
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor
6. Siz ayakta iken yaptığınız çocukların giydirilmesi, banyo yaptırılması, beslenmesi ne kadar sürenizi alıyor?
 Hiç yapmıyorum
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor
7. Oturma ya da ayakta iken çocuklarla oynamak ne kadar sürenizi alıyor?
 Hiç yapmıyorum
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor
8. Yürüyerek ya da koşarak çocuklarla oynamak ne kadar sürenizi alıyor?
 Hiç yapmıyorum
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor
9. Çocuk taşımak ne kadar sürenizi alıyor?
 Hiç yapmıyorum
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor
10. Evinizde yaşlı kişilere bakmak ne kadar sürenizi alıyor?
 Hiç yapmıyorum
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor
11. İşte çalışma saatleriniz dışındaki vakitlerde, oturmak, bilgisayar kullanmak ya da yazı yazmak ne kadar vaktinizi alıyor?
 Hiç yapmıyorum
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor
12. Televizyon ya da video izlemek ne kadar vaktinizi alıyor?
 Hiç yapmıyorum
 Günde yarım saatten az
 Günde 1-2 saat
 Günde 2-4 saat
 Günde 4-6 saat
 Günde 6 saat ya da daha fazla
13. İşte çalışma saatleriniz dışındaki vakitlerde, oturmak, okumak, konuşmak ya da telefonla vakit geçirmek ne kadar sürenizi alıyor?
 Hiç yapmıyorum
 Günde yarım saatten az
 Günde 1-2 saat
 Günde 2-4 saat
 Günde 4-6 saat
 Günde 6 saat ya da daha fazla
14. Hayvanlarla oynamak ne kadar vaktinizi alıyor?
 Hiç yapmıyorum
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor
15. Hafif temizlik yapmak ne kadar vaktinizi alıyor? (yatakları yapmak, çamaşır, ütü ve nesnelere yerleştirmek)
 Hiç yapmıyorum
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor
16. Market alışverişi ne kadar vaktinizi alıyor? (yiyecek, giyecek ya da diğer maddelerin alımı)
 Hiç yapmıyorum
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor
17. Ağır temizlik yapmak ne kadar vaktinizi alıyor? (paspas yapmak, elektrik süpürgesi yapmak, süpürmek, camları silmek)
 Hiç yapmıyorum
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor

18. Çim biçme arabasının üzerinde iken çimlerin biçilmesi ne kadar sürenizi alıyor?
 Hiç yapmıyor
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor
19. Bahçe bakımı, tırmık kullanılması, çim biçme makinesini iktirerek çimlerin biçilmesi ne kadar sürenizi alıyor?
 Hiç yapmıyor
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor

Bir yere gitmek

Bu 3 aylık periyot (trimester) sırasında bir yerlere gitmek için ne kadar zaman harcıyorsunuz.

20. Yavaş yürüyerek bir yerlere gitmek ne kadar zamanınızı alıyor? (otobüse gitme, işe gitme ya da ziyarete gitme) (Eğlence ya da egzersiz için yapılan aktivite değil)
 Hiç yapmıyor
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor
21. Hızlı yürüyerek bir yerlere gitmek ne kadar zamanınızı alıyor? (otobüse gitme, işe gitme ya da ziyarete gitme)(Eğlence ya da egzersiz için yapılan aktivite değil)
 Hiç yapmıyor
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor
22. Arabaya ya da otobüse binme ya da araba kullanma ne kadar zamanınızı alıyor?
 Hiç yapmıyor
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor

Eğlence ve Egzersiz için....

23. Eğlence ya da egzersiz için yavaş yürümek ne kadar zamanınızı alıyor?
 Hiç yapmıyor
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor
24. Eğlence ya da egzersiz için daha hızlı yürümek ne kadar zamanınızı alıyor?
 Hiç yapmıyor
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor
25. Eğlence ya da egzersiz için yokuş yukarı hızlı yürümek ne kadar zamanınızı alıyor?
 Hiç yapmıyor
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor
26. Tempolu hızlı yürüyüş haftada ne kadar sürenizi alıyor?
 Hiç yapmıyor
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor
27. Prenatal egzersiz sınıfı (Doğum egzersiz sınıfı) haftada ne kadar vaktinizi alıyor?
 Hiç yapmıyor
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor
28. Yüzme haftada ne kadar vaktinizi alıyor?
 Hiç yapmıyor
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor
29. Dans haftada ne kadar vaktinizi alıyor?
 Hiç yapmıyor
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor
30. Eğlence ya da egzersiz için yaptığınız başka aktivite var mı? Varsa adı ne ne kadar zamanınızı alıyor?
 Hiç yapmıyor
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor
31. Eğlence ya da egzersiz için yaptığınız başka aktivite var mı? Varsa adı ne ne kadar zamanınızı alıyor?
 Hiç yapmıyor
 Günde yarım saatten daha az vakit alıyor
 Günde yaklaşık yarım-1 saatimi alıyor
 Günde 1-2 saatimi alıyor
 Günde 2-3 saatimi alıyor
 Günde 3 ya da daha fazla saatimi alıyor

Ücretli çalışıyorsanız, gönüllü ya da öğrenciysemeniz aşağıdaki formu doldurun. Eğer ev hanımıysanız, işten ayrılmışsanız ya da çalışmıyorsanız bu bölümü doldurmak zorunda değilsiniz.

İŞ YERİNDE bu 3 aylık periyot (trimester) süresince genellikle ne kadar zaman geçirdiniz

32. İş yerinde ya da sınıfta oturarak ne kadar zaman geçirdiniz?

- Hiç
 Günde yarım saatten az
 Günde 1-2 saat
 Günde 2-4 saat
 Günde 4-6 saat
 Günde 6 saat ya da daha fazla

33. Bir şeyler taşıırken, ayakta dururken ya da yavaşça yürüyüp bir şeyler taşıırken (örneğin 1 kutu sütten daha ağır) ne kadar zaman geçirdiniz?

- Hiç
 Günde yarım saatten az
 Günde 1-2 saat
 Günde 2-4 saat
 Günde 4-6 saat
 Günde 6 saat ya da daha fazla

34. Ayakta dururken ya da hiçbir şey taşımadan yavaşça yürürken ne kadar zaman geçirdiniz?

- Hiç
 Günde yarım saatten az
 Günde 1-2 saat
 Günde 2-4 saat
 Günde 4-6 saat
 Günde 6 saat ya da daha fazla

36. Hızlı yürüyüp hiçbir şey taşıyırken ne kadar süre geçirdiniz?

- Hiç
 Günde yarım saatten az
 Günde 1-2 saat
 Günde 2-4 saat
 Günde 4-6 saat
 Günde 6 saat ya da daha fazla

35. Bir şeyler taşıyıp hızlıca yürürken (1 kutu sütten daha ağır bir şeyler taşıırken) ne kadar süre geçirdiniz?

- Hiç
 Günde yarım saatten az
 Günde 1-2 saat
 Günde 2-4 saat
 Günde 4-6 saat
 Günde 6 saat ya da daha fazla

Adı-Soyadı:

Yaş:

Meslek:

Boy:

Kilo:

Vücut Kitle İndeksi:

Özgeçmiş:

Soygeçmiş:

Doğum sayısı:


Düşük-Kürtaj sayısı:

9. ÖZGEÇMİŞ

Betül Bahar 29.09.1994'de Samsun'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Samsun'da tamamladı. 2012 yılında girdiği Ahi Evran Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nden 2016'da mezun oldu. 2017 yılında Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde başladığı yüksek lisans eğitimine devam ediyor. Mart 2017-Haziran 2018 tarihleri arasında özel eğitim merkezinde fizyoterapist olarak çalıştı. 2018 yılından itibaren Samsun'da özel bir klinikte fizyoterapist olarak çalışmaktadır.



10. ORJİNALLİK RAPORU



T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI
ORJİNALLİK RAPORU

07.02/2020

AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Öğrencinin Adı Soyadı: BETÜL BAHAR
Numarası: 29339344142
Anabilim Dalı: Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Lisansüstü Eğitim Düzeyi: Yüksek Lisans
Doktora

Tez Başlığı: GEBELERDE PELVİK TABAN VE PELVİK TABAN KAS EĞİTİMİ FARKINDALIĞI, BİLGİ VE İNANIŞLARININ İNCELENMESİ

Yukarıda başlığı yazılı olan tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç bölümlerinden oluşan 93 sayfalık kısmına ilişkin 07/02/2020 tarihinde tarafımdan/tez danışmanımca *Turnitin* intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı "alıntılar hariç" yapıldığında % 4, "alıntılar dahil" yapıldığında ise % 5 olarak tespit edilmiştir.

Uygulanan Filtrelemeler:

- 1- Kaynakça Hariç,
- 2- Alıntılar Hariç / Dahil
- 3- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

"AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması Ve Kullanılması Uygulama Esasları" nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini, aksinin tespit edileceği durumda her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Bilgilerinize arz ederim.

Betül BAHAR
Öğrencinin Ad Soyadı ve İmza

B.B.

EK: 1 adet tezin tam başlığını öğrencinin ad soyad bilgisini ve tezin toplam sayfa sayısını gösterecek şekilde raporlama işlemi bitirildikten sonra alınmış ekran görüntüsü eklenecektir.

TEZ DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR
07.02/2020
Doç. Dr. Nuriye ÖZENGİN
N.Ö.