

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

**KADINLARDA PELVİK TABAN BİLGİSİNİN VE PELVİK TABAN
DİSFONKSİYONLARINDA FİZYOTERAPİ KONUSUNDA
FARKINDALIĞIN ARAŞTIRILMASI**

HAZIRLAYAN

FATMA ASLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA – 2022

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

**KADINLARDA PELVİK TABAN BİLGİSİNİN VE PELVİK TABAN
DİSFONKSİYONLARINDA FİZYOTERAPİ KONUSUNDA
FARKINDALIĞIN ARAŞTIRILMASI**

HAZIRLAYAN

FATMA ASLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. NİHAN ÖZÜNLÜ PEKYAVAŞ

ANKARA - 2022

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Fatma Aslan tarafından hazırlanan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 25/04/2022

Tez Adı: Kadınlarda Pelvik Taban Bilgisinin ve Pelvik Taban Disfonksiyonlarında Fizyoterapi Konusunda Farkındalığın Araştırılması

Tez Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı - Soyadı, Kurumu)

İmza

ONAY

Enstitü Müdürü

Tarih: 25 / 04 / 2022

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 28 / 04 / 2022

Öğrencinin Adı, Soyadı: Fatma Aslan.

Öğrencinin Numarası: 22010351

Anabilim Dalı: Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

Programı: Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans programı

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı:

Tez Başlığı: Kadınlarda Pelvik Taban Bilgisinin ve Pelvik Taban Disfonksiyonlarında Fizyoterapi Konusunda Farkındalığın Araştırılması

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 55 sayfalık kısmına ilişkin, 28/ 04 /2022 tarihinde tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 12'dir. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası: Fatma Aslan

ONAY

Tarih: 28 / 04 / 2022.

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

TEŞEKKÜR

Çalışma konumun belirlenmesinden tezimin bitiőine kadar engin tecrübeleri ve bilgisiyle değerli zamanını bana ayıran ve yol gösteren Sayın Doç. Dr. Nihan Özünlü Pekyavaş' a bana verdiği emeklerinden dolayı çok teşekkür ederim.

Bu tezi yazma sürecinde yanımda olan ve bana destek veren aileme, özellikle de sevgili anne ve babama çok teşekkür ederim.

Fzt. Fatma ASLAN

ÖZET

Aslan F. Kadınlarda Pelvik Taban Bilgisinin ve Pelvik Taban Disfonksiyonlarında Fizyoterapi Konusunda Farkındalığın Araştırılması Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2022

Pelvik tabanın tanımı, fonksiyonları, pelvik tabana dair problemlerin varlığı, tedavi yöntemleri, bu alanda uygulanan fizyoterapi yöntemleri ve bu problemlerin tedavisinin fizyoterapistler tarafından yapıldığı kadınlar tarafından yeterince bilinmemektedir. Toplumdaki her yaş grubundan kadının bu konuda bilinçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu nedenden dolayı kadınların pelvik tabana algı ve farkındalık düzeyini değerlendirmek ve buna göre çalışmalar planlamak önemlidir. Bu çalışmada 18-65 yaş arası kadınlarının pelvik taban algı ve farkındalık düzeyinin değerlendirilmesi amaçlandı. 220 gönüllü kadına yüz yüze, online ve e posta yöntemiyle hibrit bir şekilde değerlendirme formunun yanı sıra pelvik taban sağlığı bilgi testi uygulandı. Değerlendirme formu uygulanırken anketi anlama problemi olan, anketi tam doldurmayan veya anketi yanıtlama konusunda ciddi ortopedik ve zihinsel engeli bulunan kadınlar çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya alınan katılımcılar 18-25 yaş, 26-35 yaş, 36-45 yaş, 46-55 yaş ve 56-65 yaş olmak üzere beş farklı grupta gruplandı. Çalışmamız sonucunda katılımcılardan %47,3'ünün nülipar kadınlardan oluştuğu görüldü. Katılımcıların %13, 2 sinin frequency, %12'sinin konstipasyon, %8'inin pelvik bölgesinde ağrı, %10, 6 sinin urgency ve %21,2 sinin diğer pelvik taban problemlerine sahip kişilerden oluştuğu belirlendi. Katılımcıların %14, 5 i pelvik taban problemlerinden utandığını, %85, 5 i böyle bir problemle karşılaşması durumunda doktora gideceğini ifade etti. Katılımcıların %45'inin daha önce pelvik taban problemlerini duyduğu, %30,5'inin pelvik taban egzersizlerini bildiği, fakat %88, 2 'inin pelvik taban egzersizlerini uygulamadığı görüldü. Çalışmamızda kullandığımız pelvik taban sağlığı bilgi testinin üç alt boyutundan biri olan fonksiyon/disfonksiyon kısmında 18-25 yaş ($\bar{x}=4,66$) arası katılımcıların 36-45 yaş ($\bar{x}=2,60$) ve 56-65 yaş ($\bar{x}=2,14$) arası katılımcılara göre yüksek sonuçlar aldığı görüldü ($p=0.001$; $p<0,05$). Testin risk ve etiyoloji alt boyutundaki ise yine 18-25 yaşındaki katılımcıların puanlarının ($\bar{x}=6,74$), 36-45 yaş ($\bar{x}=4,18$) ve 56-65 yaşındakilere ($\bar{x}=3,91$) daha yüksek olduğu görüldü ($p=0,006$; $p<0,05$). Testin tanı ve tedavi boyutunda da 18-25 yaş aralığındaki katılımcıların ($\bar{x}=5,07$), 36-45 yaş ($\bar{x}=2,96$) ve 56-65 yaş ($\bar{x}=2,91$) arası katılımcılara göre yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu görüldü ($p=0.002$, $p<0,05$). Pelvik taban sağlığı testinin toplam puanı 18-25 yaş arası

katılımcılarda daha yüksekti. Buna bağlı olarak katılımcıların farkındalık ve algısını karşılaştırdığımızda 18-25 yaş aralığındaki bireylerin diğer yaş gruplarına göre daha yüksek farkındalık ve algı düzeyine sahip olduğu görüldü.

Sonuç olarak; pelvik taban farkındalığının ve pelvik taban disfonksiyonlarında uygulanan tedaviler hakkındaki bilgi düzeyinin yaştan etkilendiği belirlendi.18-25 yaş aralığında bulunan katılımcıların diğer yaş gruplarındakilere göre farkındalık ve algı düzeyinin yüksek olduğu görüldü. Pelvik tabana dair yapılan fizyoterapi çalışmalarında bireylerin yaş aralığı dikkate alınmalıdır. Özellikle menopozal dönemdeki kadınlarda pelvik taban farkındalığının artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalı ve pelvik taban rehabilitasyonuna başlamadan önce pelvik kaslar ve pelvik taban rehabilitasyonu hakkında detaylı eğitimler verilmelidir.

ANAHTAR KELİMELELER; Pelvik taban, bilgi, farkındalık, algı, fizyoterapi.

ABSTRACT

Aslan F. Research on Knowledge of Women about Pelvic Floor and Physiotherapy for Pelvic Floor Dysfunctions, Başkent University, Institute of Medical Sciences, Physical Therapy and Rehabilitation Master's Thesis, Ankara, 2022

The definition of pelvic floor, its function, the existence of related problems, treatment techniques and that this problem is treated by physiotherapist is not known well enough by women. It is of crucial importance that women of all age groups should be enlightened on the topic. Therefore, evaluating women's recognition and awareness on pelvic floor, and planning studies accordingly is very important. The aim of this research is to evaluate the perception and awareness of women between 18-65 years of age. 220 volunteering women filled in an evaluation form besides doing a test on pelvic floor health in person, online or by e-mail in hybrid fashion. During the assessment, the results relating to women who had problem with understanding the questionnaire, who did not fill in the form completely or who had serious orthopedic and mental handicap are not included. The participants were classified as 18-25, 26-35, 36-45, 46-55 and 56-65 years of age in five groups. In the end it was found that %47,3 the women were nulliparous and %13,2 had frequency, %12 constipation, %8 pain in the pelvic area, %10,6 urgency and %21,2 had pelvic floor problems. %14,5 of the participants told they were shy about this problem. %85,5 told they would see doctor if they had this problem. Moreover; it has been observed that %45 of these women had heard about pelvic floor problems before, %30,5 know the exercise but %88,2 did not practise at all. In the function/dysfunction test, which is one of the subsections of the pelvic floor health test, it was found that participants aged 18-25 ($\bar{x}=4.66$) scored higher than the group of 36-45 ($\bar{x}=2.60$) and 56-65 ($\bar{x}=2.14$) ($p=0.001$; $p<0.05$). In the subsection of the test for risk and etiology 18-25 years olds ($\bar{x}= 6.74$) again scored higher than 36-45 ($\bar{x}=4.18$) and 56-65 ($\bar{x}= 3.91$) ($p=0.006$; $p <0.05$) . When diagnosis and treatment is considered, it was observed that participants aged 18-25 ($\bar{x}=5.07$) , had more information than the other groups aged 36-45 ($\bar{x}=2.96$) and 56-65 ($\bar{x}=2.91$) ($p=0.002$; $p< 0.05$). When the pelvic floor test is evaluated as whole, the women aged 18-25 scored higher than the other age groups. In comparison to awareness and perception, the group aged 18-25 also had higher consciousness than other age groups.

In conclusion, it has been observed that awareness and perception about pelvic floor dysfunction and treatment is low and affected by age. Participants of 18-25 years of age are more aware and perceptive than those in other age groups. This implies that in physiotherapy of pelvic floor, parameters of patients age must be taken into consideration. Especially for women in menopause trainings should be carried out to improve the awareness on pelvic floor health and before rehabilitation starts women should be given detailed training on pelvic muscles and pelvic floor rehabilitation

KEYWORDS: Pelvic floor, information, awareness, perception, physiotherapy.

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------|
| TEŞEKKÜR | i |
| ÖZET | ii |
| ABSTRACT..... | iv |
| İÇİNDEKİLER | vi |
| TABLolar LİSTESİ | viii |
| ŞEKİLLER LİSTESİ | ix |
| SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ..... | x |
| 1. GİRİŞ..... | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 3 |
| 2.1. Pelvik Taban Anatomisi | 3 |
| 2.1.1. Kemik yapı..... | 3 |
| 2.1.2. Pelvik duvar kasları ve fasya | 4 |
| 2.1.2.1. Fasya..... | 4 |
| 2.1.2.2. Pelvik taban kasları..... | 4 |
| 2.1.3. Pelvik Taban Ligamentleri ve Bağ Dokusu Destekleri | 6 |
| 2.1.4. Alt Üriner Sistem | 9 |
| 2.2. Pelvik Taban Disfonksiyonu | 11 |
| 2.3. Pelvik Taban Disfonksiyonunun Risk Faktörleri | 15 |
| 2.4. Pelvik Taban Fonksiyon Bozukluğunun Değerlendirilmesi | 16 |
| 2.5. Pelvik Tabanın Fonksiyonel Değerlendirilmesi | 17 |
| 2.6. 18-65 Yaş Aralığındaki Farklı Yaş Grubundaki Kadınların Pelvik Taban ve Pelvik Taban Problemleri Hakkında Farkındalık ve Algısı..... | 18 |
| 3. BİREYLER VE YÖNTEM..... | 22 |
| 3.1. Bireyler | 22 |
| 3.2. Değerlendirme..... | 23 |
| 3.3. Verilerin Analizi..... | 26 |
| 4. BULGULAR | 28 |
| 5. TARTIŞMA..... | 41 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 54 |
| KAYNAKLAR..... | 56 |

EK 1: Etik Kurul Onayı

EK 2: Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK 3: Değerlendirme Formu

EK 4: İntihal Raporu

EK 5: Turnitin Programı Digital Makbuzu

TABLULAR LİSTESİ

| | Sayfa |
|--|--------------|
| Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları..... | 28 |
| Tablo 4.2. Katılımcıların Değişkenlerine Ait Betimsel Bulgular | 29 |
| Tablo 4.3. Katılımcıların Değişkenlere Göre Dağılımları | 29 |
| Tablo 4.4. Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerine Ait Normallik Testi Sonuçları..... | 31 |
| Tablo 4.5 Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerine Ait Betimsel Bulgular | 32 |
| Tablo 4.6. Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerinin Yaşlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları | 32 |
| Tablo 4.7. Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerinin Sağlık Çalışanı Olmalarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları..... | 34 |
| Tablo 4.8. Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerinin Pelvik Taban Egzersizlerini Bilmelerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları | 35 |
| Tablo 4.9. Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları | 36 |
| Tablo 4.10. Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerine Bağlı Ortalama ve Standart Sapma Değerleri..... | 37 |

ŞEKİLLER LİSTESİ

| | Sayfa |
|---|--------------|
| Şekil 2.1. Endopelvik Fasya ve Pelvik Kaslar | 5 |
| Şekil 2.2. Kadın Pelvisine Ait Anatomik Şekil | 6 |
| Şekil 2.3.Kardinal ve Uterosakral Ligamentler | 8 |
| Şekil 3.1.Katılımcıların Akış Şeması | 23 |

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

| | |
|-------|---|
| % | yüzde değeri |
| ark | arkadaşları |
| ATLA | Arcus Tendineus Levator Ani |
| BAİ | Birey Ayırsama İndexi |
| dk | dakika |
| f | frekans sayısı |
| F | anova testi tablo değeri |
| ICS | International Continence Society |
| KR-20 | Kuder- Richardson 20 katsayısı |
| lig. | ligamentum |
| m. | musculus |
| n | katılımcı sayısı |
| n. | nervus |
| p | anlamlılık derecesi |
| POP | pelvik organ prolapsusu |
| POP-Q | Pelvik Organ Prolapse Quantification System |
| PTSB | Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi |
| PVR | post voiding rezidü |
| s.s | standart sapma |
| sd | serbestlik derecesi |
| SPSS | Statistical Package for Social Science |
| t | t testi tablo değeri |
| UI | Üriner İnkontinans |
| VKİ | vücut kütle indeksi |
| x | ortalama |

1. GİRİŞ

Askı görevi gören kaslar, ligamentler ve fasyadan oluşan pelvik taban, mesaneyi, üreme organlarını ve rektumu destekleyen bir yapıdır. Pelvik taban, üriner ve fekal kontinansın sürdürülmesinde ve pelvik organları bir hamak gibi desteklenmesinde önemli bir rol oynar (1).

Pelvik taban disfonksiyonu büyük bir halk sağlığı sorunudur. Kadınların yaklaşık %10' u ameliyat gerektiren pelvik taban problemleriyle karşı karşıyadır. Yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl pelvik organ prolapsusu ve stres üriner inkontinans için yaklaşık 300.000 ameliyat yapılmaktadır. Bu veriler, pelvik taban disfonksiyonunun, yaygın ve çözümlenemeyen bir durum olduğunu göstermektedir (2,3). Pelvik taban disfonksiyonları, üriner inkontinans, pelvik organ prolapsusu, kronik pelvik ağrı ve anorektal fonksiyon bozukluklarının (fekal inkontinans, konstipasyon) ve cinsel işlev bozukluklarını içermektedir. Pelvik taban disfonksiyonlarının risk faktörleri arasında; bireyin kadın olması, yaşı, doğum sayısı ve doğum tipi, menopoz durumu, vücut ağırlığı, pelvik taban bölgesine alınmış travma veya cerrahiler, kronik öksürük, zorlayıcı sporlar, ağırlık kaldırma gibi durumlar yer almaktadır (4).

Pelvik taban problemleri hakkında yapılan çalışmalara göre çeşitli toplumlarda kadınların pelvik taban problemleri hakkında yetersiz bilgi ve algıya sahip oldukları, aynı zamanda kendi başlarına bu konu hakkında bilgi aramadıkları ortaya konulmuştur. Bu konuda bilgi ve farkındalık düzeyi yüksek kadınların kliniklere başvuru ve tedaviye uyum konusunda yüksek katılımlarının olduğu görülmüştür (5,6).

Literatürde Türk toplumunda belli yaş aralıklarına göre kadınların pelvik taban algı ve farkındalığını araştırmış sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Türk toplumunda kadınların pelvik taban hakkındaki tutumlarının belirlenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinde gerekli programların yapılması, toplumsal farkındalık seviyesinin artırılması, pelvik taban problemlerinden korunma ve bu problemlerin tedavi edilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle çalışmamızın amacı; farklı yaş gruplarındaki kadınlarda pelvik taban sağlığı hakkında farkındalık ve algıyı araştırmaktır.

Bu çalışmanın hipotezleri;

H0: 18-65 yaş arası farklı yaş gruplarındaki kadınlarda pelvik taban

sağlığı ve fizyoterapi yöntemleri hakkında bilgi ve algı düzeyi farklı değildir.

H1: 18-65 yaş arası farklı yaş gruplarındaki kadınlarda pelvik taban

sağlığı ve fizyoterapi yöntemleri hakkında bilgi ve algı düzeyi farklıdır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Pelvik Taban Anatomisi

Pelvik taban, ürolojik, jinekolojik, gastroenterolojik ve pulmoner fonksiyonlarda rol oynayan iyi tanımlanmış bir kas yapısıdır. Bu yapı kubbe şeklinde, çizgili bir yapıya sahiptir. Mesaneyi, uterusu ve uterusu çevreleyen kas tabakası ile rektum ve anal sfinkterler birlikte depolama ve atılımın düzenlenmesinde önemli rol oynamaktadır (7) .

2.1.1.Kemik yapı

Pelvis ilium, ischium, pubis, sacrum ve coccyx kemiklerinden oluşur. Bu kemikler birbirine ligamentler yardımı ile bağlanır. Bu ligamentler genç yaşlarda esnek bir yapıya sahipken yaşla beraber esnekliği azalmaktadır. Kontinansın sürdürülmesi ve pelvik organ prolapsusunun önlenmesi; pelvik tabanın destek mekanizmalarına bağlıdır. Pelvis, arkada sakruma ve önde birbirine pubik simfizde kaynaşmış iki kalça kemiğinden oluşur. Her bir kalça kemiği, gençlikte kırık ile birbirine bağlanan ancak erişkinde kaynaşmış olan ilium, ischium ve pubis'ten oluşur. Pelvisin majör pelvis ve minör pelvis olmak üzere iki havzası vardır. Abdominal iç organlar majör pelvisi işgal eder; minör pelvis ise büyük pelvisin altta daha dar devamıdır. Alt pelvik çıkış, pelvik taban tarafından kapatılır (7) .

Kadın pelvisi erkekte daha geniş bir çapa ve daha dairesel bir şekle sahiptir. Daha geniş giriş doğumu kolaylaştırır. Daha geniş çıkış, sonraki pelvik taban disfonksiyonlarının oluşmasına katkı sağlayabilir. Çok sayıda çıkıntı ve kontur, ligamentler, kaslar ve fasyal tabakalar için bağlantı yerleri sağlar. Dikkat çeken ince ve üçgen sakrospinöz ligamenttir. Bu ligament iskiyal çıkıntılardan sakrumun lateral kenarlarına ve sakrotüberöz ligamanın önünden koksikse kadar uzanır. Daha büyük ve daha küçük siyatik foramenler ligamanın üstünde ve altındadır. Ayrıca pelvisin sağ ve sol sakroiliak eklem, simfisis pubis, sakrokoksigeal eklem olmak üzere dört tane eklemi vardır. Bu eklemler; sakrospinöz, sakrotüberöz, sakroiliak (ön, arka interesseöz ligamentler), iliolumbar ligamentler tarafından desteklenir ve stabilize edilir (7) .

2.1.2. Pelvik duvar kasları ve fasya

2.1.2.1. Fasya

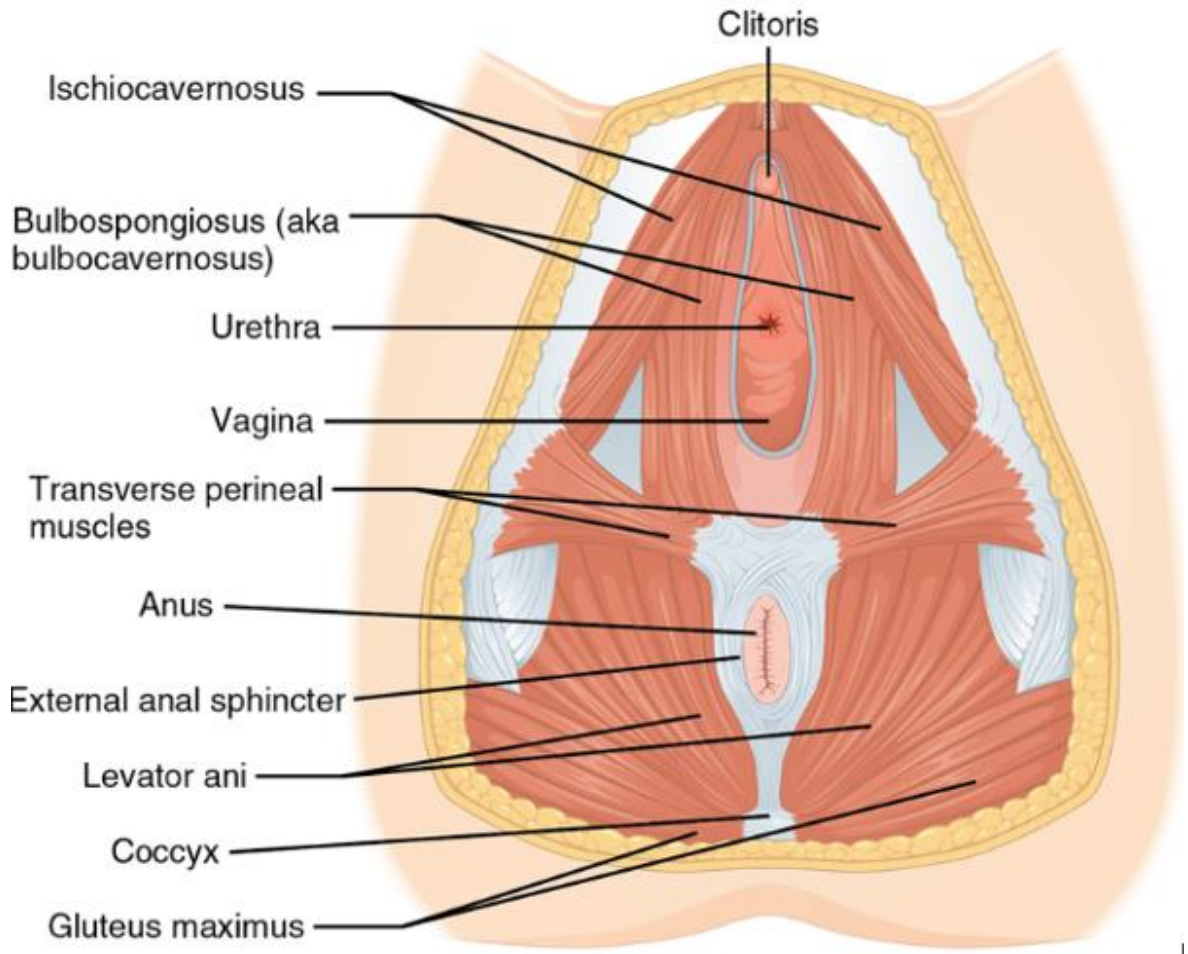
Pariyatel fasya ve endopelvik fasya olarak ikiye ayrılır. Pariyatel fasya; pelvis kaslarını örter ve kaslara kemik pelvise tutunacak bağlantı noktaları sağlar. Mesane, üretra, vajina ve uterus endopelvik fasya olarak adlandırılan bir bağ dokusu sistemi ile pelvik duvarlara bağlıdır. Bu yapı peritonun hemen altında yer alır ve belirli alanlarda çeşitli kalınlaşmalar veya yoğunlaşmalar olan sürekli bir birimdir. Endopelvik fasya, organları içeren bir kapsül sağlayan ve yer değiştirmelere ve hacim değişikliklerine izin veren visseral fasya ile süreklidir. Bu yapının farklı bölgelerine, değişken iç yapıya özellikle ligamentler ve fasya olmak üzere özel isimler verilir. Endopelvik fasya ve ligamentler elastin, düz kas hücreleri, fibroblastlar ve vasküler yapılar ile iç içe geçmiş ağ benzeri bir kollajen lif grubudur. Rahmi pelvis duvarına bağlayan yapılar; kardinal ligamentler, arterlerin ve damarların duvarlarını oluşturan destekleyici kolajenden güç alır. Endopelvik fasyanın pelvik yan duvar bağlantısı (pelvik fasyanın arkus tendineusu) gibi diğer yapılar ağırlıklı olarak fibröz kollajendir (8) .

2.1.2.2. Pelvik taban kasları

Pelvis pelvik tabanı kaslar ve fasya tabakası sınırları belirleyerek biçimlendirmektedir. Pelvik taban kasları pelvisin herhangi bir kısmına bağlıdır; pelvisin dışından pelvise bağlı olanlar ve pelvik boşluk içinde bulunanlar olmak üzere iki sınıfa ayrılabilir. Pelvik boşluğun dışından pelvise bağlı kaslar alt ekstremitte kasları ve ön karın kasları bağlıdır. Pelvik boşluk içinde ise piriformis, obturator internus, koksigeus ve musculus levator ani ile birlikte uterus, fallop tüpleri, overler, vajinanın intrapelvik kısmı mevcuttur (1) . Pelvik boşluk içindeki kaslardan musculus obturator internus iliumun pelvik yüzeyinden başlar, trokanter major arka yüzeyine yapışır. L5-S1, aracılığıyla nervus obturator internus tarafından inerve edilir. Arcus tendineus levator ani (ATLA) pubokoksigeal ve iliokoksigeal kasların başlangıç noktasıdır. Bu kaslar pelvik diagram olarak koopere bir şekilde adlandırılırlar. Pelvisin ön duvarındaki U şeklinde aralıktan kadın üretra, rektum ve vajinası dışarı açılım sağlar. Puboviseral kas bu aralığı sınırlar ve puboüretal ve puborektal kaslar için destek sağlar. Puboviseral kas sayesinde pelvik organlar destek ve stabilizasyon kazanmış olur. Koksigeus kası da sakropinöz ligamandan başlar koksigeus ve sakruma yapışır. Pelvik tabanda ani kasılmalara ve tonus artışına cevap veren kas lifleri mevcuttur. Bu sayede hem karın içi ani basınçlarla gelen yüklenmeler dengelenir hem de pelvik taban tonusu korunur. Pelvik

diagramını oluşturan kaslardan bir diğeri de piriformistir. Musculus piriformis sakrumun anterior kısmından başlar, torchanter majöre yapışır. S1-S2'den köken alan n. piriformis yardımıyla uyarılır ve pelvisin retroversiyon hareketine katkıda bulunur. Pelvik diagramda bulunan kaslar vertikal olarak uzanmaktadır ve rektuma doğru kalınlaşır ve bu kalınlaşmayla kadın pelvik tabanı desteklenmiş olur (1)

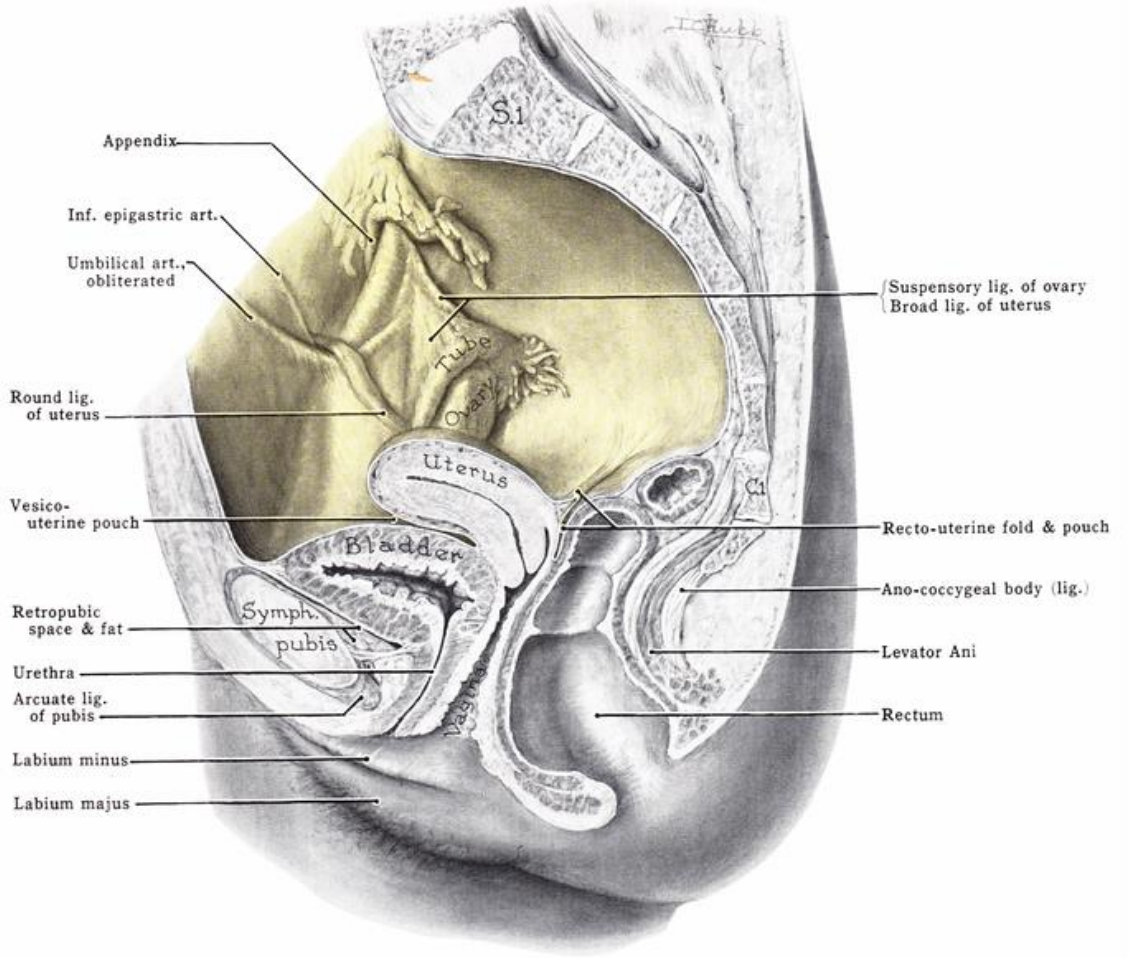
Pelvik taban kaslarının rektum dahil tüm abdominal organlar için destek sağlamak ve zemin görevi görmek üzere iki ana işlevi vardır. Pelvik taban kasları vajinal, üretral ve anal kaslara daraltıcı mekanizma sağlarlar. Fasya tabakalarıyla sarılmış m.levator ani ve m. coccygeus pelvik diafragmaı oluşturur (1) .



Şekil 2. 1.Endopelvik fasya ve pelvik kaslar (9)

Minör pelvisin iç yüzeyine bağlı olan levator ani ve koksigeus kasları pelvisin kaslı tabanını oluşturur. Karşı taraftaki karşılık gelen kasları ile pelvik diyaframı oluştururlar.

Levator ani, medialden laterale doğru m. pubokoksigeus ve m. iliokoksigeus olmak üzere iki ana kastan oluşur (8).



Şekil 2.2. Kadın pelvisine ait anatomik şekil (10)

2.1.3. Pelvik taban ligamentleri ve bağ dokusu destekleri

Pelvik kemikleri sakrum ve coccyx bağlayan lig. sacrospinalis ve lig. sakrotuberale olmak üzere iki majör ligament bulunmaktadır. Lig. sacrospinalis ligament foramen ishiadicum magnus ve foramen ischiadicum minus'ü oluşturmada katkı sağlar. Ek olarak lig. sakrotuberale'ye destek olarak sakroilik eklem stabilizasyonunda rol oynar (11) .

Ön Destekler

Araştırmacılar arasında üretra, mesane ve vajinanın bağ dokusu desteklerinin pelvik diyafram üzerindeki pelvik fasyanın arkus tendineusuna kadar uzandığı konusunda fikir birliği vardır (12,13,14) . Ürogenital hiatusta medial olarak boşluğu dolduran ön vajinal duvar dokusunun bir "hamak"ın vezikal boynu ve üretrayı desteklediği konusunda da fikir birliği vardır (13,14) . Bununla birlikte, bu hamakla ilişkili bağ dokusu yapılarına odaklanan tartışmalar var.

Puboüretal ligamentler, üretradan pelvise uzanan bağ dokusu yapılarıdır. Çeşitli yazarlar bunları üretrayı desteklemekten ve mesane boynunu kapalı tutmaktan sorumlu yapılar olarak tanımlamıştır (15) .

Orta Destekler

Kardinal ligamentler (aynı zamanda Mackenrodt'un transvers servikal ligamentleri olarak da adlandırılır) serviksin lateral kenarlarından ve üst vajinadan lateral pelvik duvarlara kadar uzanır. Piriformis kasları üzerindeki büyük siyatik foramen bölgesinden, sakroiliak eklem bölgesindeki pelvik kemiklerden ve lateral sakrumdan geniş bir alandan kaynaklanırlar. Geniş ligamentlerin en alt kısımlarının yoğunlaşmasıdır (16) .

Uterosakral ligamentler, servikse ve üst vajinal fornikslere posterolateral olarak bağlanır. Posterior sakroiliak eklem önündeki presakral fasyaya yapışırlar. Uterosakral bağların bağ dokusu, serviks çevresindeki kardinallerin bağ dokusu ile sürekli. Kardinal ve uterosakral ligamentler, uterusu ve üst vajinayı levator plakası üzerinde uygun yerlerinde tutar (17) . Bu destekleyici yapı kardinaller ve uterosakraller kontinans için doğrudan önemli değiller, ancak büyük sistosellerin cerrahi olarak düzeltilmesinde mesane tabanının desteklenmesinde rol oynarlar (18) .

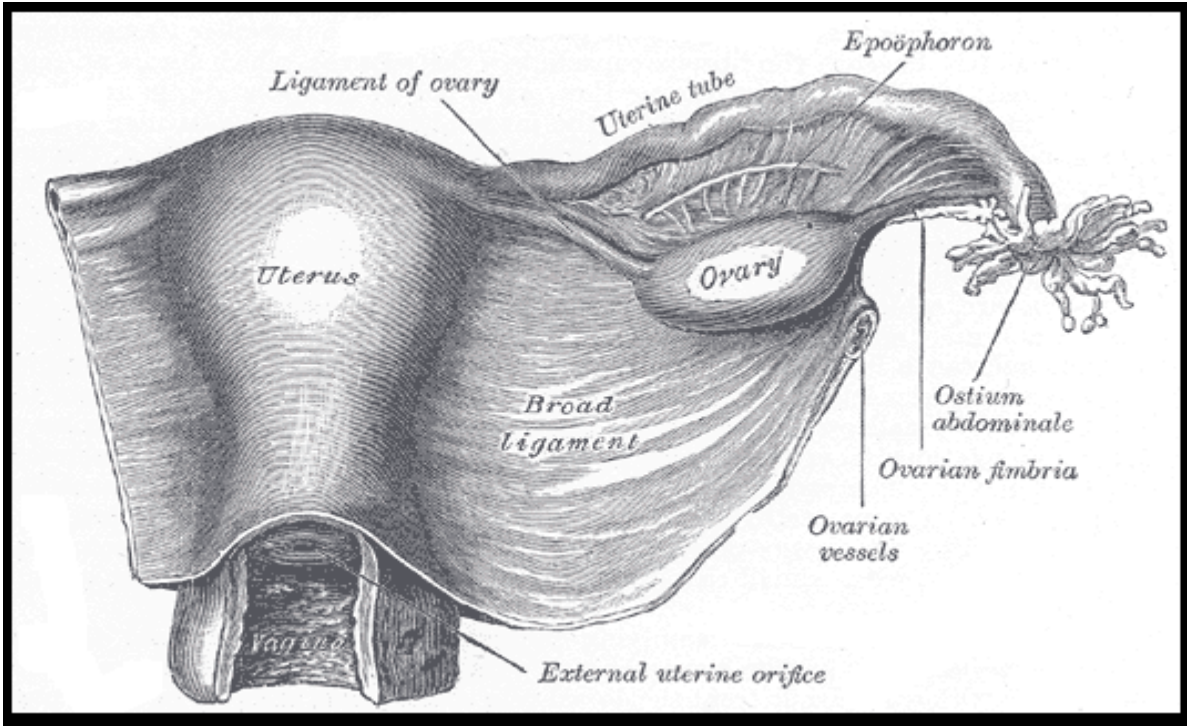
Arka Destekler

Kardinallerin altındaki posterior vajinal duvar, endopelvik fasyaya (bu bölgede rektovajinal fasya olarak adlandırılır) ve pelvik diyaframa bağlı parakolpium tarafından yanlardan desteklenir. Ön ve arka fasyal tabakalar vajinanın kenarları boyunca birleşir. DeLancey'e göre, (19) rektovajinal fasya çoğunlukla yanlarda bulunur ve vajinal duvarın orta hattında son derece incedir. Ancak peritoneal yansımadan perineal cisme uzanan fibromüsküler elastik dokudan oluşan posterior rektovajinal septum tanımlanmıştır.

Fetal yaşam sırasında, periton boşluğu perine gövdesinin kranial kısmına kadar uzanır, ancak yaşamın erken döneminde oblitere olur. Birleştirilmiş katmanları (Denonvillier fasyası) muhtemelen posterior vajinal duvarın alt yüzeyine yapışık olan rektovajinal septumun bir parçası haline gelir. Bu fasya, başka bir potansiyel boşluğun, rektovajinal boşluğun ön kenarını oluşturur. Rektovajinal septum, sağlam ve normal ise, rektal ve vajinal duvarların bağımsız hareketliliğine izin verir (20).

Vajina distalinde, himeneal halkanın 2 cm ila 3 cm yukarısında, vajina duvarı herhangi bir paracolpium araya girmeden doğrudan çevre yapılara yapışiktır. Önde vajina, üretra ve perineal membran ve kasların (ürogenital diyafram) bağ dokusu ile birleşir. Lateralde levator ani kasları ile birleşir ve posteriorda perineal cisim ile kaynaşır. Rektovajinal fasya bu bölgede en kalındır, (21) ve bu bölgedeki vajinanın komşu yapılardan ayrı bir hareketliliği yoktur (22) .

Rektum için fasyal destekler, lateral rektal ligamentler, posterolateral pelvik yan duvardan (üçüncü sakral vertebra seviyesinde) rektuma uzanır ve orta rektal arterleri çevreler. Ek prerektal ve pararektal fasyal elemanlar sıklıkla tanımlanır (23) .



Şekil 2. 3. Kardinal ve uterosakral ligamentler (24)

2.1.4. Alt üriner sistem

Alt üriner sistem mesane ve üretra olmak üzere iki fonksiyonel birimin karşılıklı aktivitesiyle idrarın depolanması ve periyodik olarak atılmasından sorumlu sistem olarak tanımlanabilir (25) .

Alt üriner sistemde görülen semptomlar

Alt üriner sistemde idrarın depolanması, boşaltımı ve boşaltım sonrası semptomlar görülmektedir (26) .

Urgency, frequency, noktüri, üriner inkontinans, mikst tip üriner inkontinans, nokturnal enürezis, koital üriner inkontinans ve giggle üriner inkontinans olmak üzere birçok semptom idrarın depolanması aşamasındaki semptomlardandır (26) .

İdrar boşaltımı esnasında ise idrarın akışı zayıf olabilir, idrar akışı kesintili olabilir, miksiyon zorlu veya kesintili idrar, idrarın son kısmının damla damla gelmesi şeklinde semptomlar görülebilir (27) .

İşeme evresinde işeme semptomları yaşanır. Örneğin; yavaş akış, birey tarafından, genellikle önceki performansa veya diğerlerine kıyasla, azalmış idrar akışı algısı olarak rapor edilir. İdrar akışının bölünmesi veya püskürtülmesi rapor edilebilir, aralıklı akış, bireyin işeme sırasında bir veya daha fazla durumda durup başlayan idrar akışını tanımladığında kullanılan terimdir. Tereddüt, bir kişinin işemeye başlamadaki zorluğu tanımladığında kullanılan terimdir, bu da kişi idrara geçmeye hazır olduktan sonra işemenin başlamasında gecikmeye neden olur. Boşluğa zorlama, idrar akışını başlatmak, sürdürmek veya iyileştirmek için kullanılan kas çabasını tanımlar. Bu problemlerde suprapubik basınç, idrar akışını başlatmak veya sürdürmek için kullanılabilir. Credé manevrası ise bazı omurilik yaralanmalı hastalar tarafından kullanılır ve detrüsor yetersizliği olan kızlar bazen mesaneyi boşaltmaya yardımcı olmak için suprapubik olarak baskı yapar (28) .

Terminal salya akışı; damlama yavaşladığında, bir kişi işemenin uzun bir son bölümünü tanımladığında kullanılan terimdir. İdrar bitimi tamamlandıktan sonra birey idrarın tamamlanmadığını hissedebilir, idrar bitiminden sonra idrar kontrol edilemez ve damla damla akmaya devam edebilir (28) .

İşeme sonrası semptomlar, işemenin hemen ardından yaşanır (28) .

Eksik boşalma hissi, bireyin idrarını yaptıktan sonra yaşadığı bir duygu için kendini açıklayan bir terimdir. İşeme sonrası damlama ise bir kişinin idrarını bitirdikten hemen sonra, genellikle erkeklerde tuvaleti terk ettikten sonra veya kadınlarda tuvaletten kalktıktan sonra istemsiz idrar kaybını tarif ettiği zaman kullanılan terimdir (28) .

Pelvik organ prolapsusu ile ilişkili semptomlar

Aşağı inen bir yumru hissi, bel ağrısı, ağırlık hissi veya dışkıyı boşaltmak veya işemek için prolapsusu anatomik olarak değiştirme ihtiyacı, prolapsus olan kadınların tanımlayabileceği belirtiler arasındadır (30) .

Ürolojik ve Jinekolojik Kökenli Kronik Pelvik Ağrılar

Ağrı, rahatsızlık ve baskı, pelvik taban problemi olan birey tarafından hissedilen anormal duyular yelpazesinin bir parçasıdır. Ağrı hasta üzerinde en büyük etkiyi yaratır ve mesanenin doldurulması veya boşaltılması ile ilgili olabilir. Aynı zamanda ağrı işeme sonrasında hissedilebilir veya sürekli olabilir. Ağrı ayrıca tip, sıklık, süre, hızlandırıcı ve hafifletici faktörler ve lokasyona göre de karakterize edilmelidir (31) .

Mesane ağrısı suprapubik veya retropubik olarak hissedilir ve genellikle mesane dolumu ile artar, işeme sonrasında da devam edebilir. Vulval ağrı, dış genital bölgede ve çevresinde hissedilir. Vajinal ağrı, vajinal girişin üzerinde, içten hissedilir. Perine ağrısı kadınlarda vajinal girişin arka dudağı ve anüs arasında ve erkeklerde skrotum ve anüs arasında hissedilir. Pelvik ağrı, örneğin mesane, üretral veya perine ağrısına göre daha az lokalize ve net tanımlanmıştır. Bu ağrı işeme döngüsü veya bağırsak fonksiyonu ile daha az ilişkilidir. Pelvik ağrı herhangi bir tek pelvik organa lokalize değildir (32) .

Genitoüriner ağrı sendromlarının tümünde ağrı başlıca şikayettir ve doğası gereği kroniktir. Ağrıya eşlik eden şikayetler de alt üriner sistem, bağırsak, cinsel veya jinekolojik niteliktedir (33) .

Ağrılı mesane sendromu, kanıtlanmış üriner enfeksiyon veya diğer belirgin patolojinin yokluğunda, gündüz ve gece sıklığında artış gibi diğer semptomların eşlik ettiği mesane dolumu ile ilgili bir suprapubik ağrı şikayetidir. ICS, bunun “interstisyel sistit” için tercih edilen bir terim olduğuna inanmaktadır. İnterstisyel sistit spesifik bir tanıdır ve tipik sistoskopik ve histolojik özelliklerle doğrulama gerektirir. Mesane ağrısının araştırılmasında karsinoma ve endometriozis gibi durumları dışlamak gerekebilir (34) .

Üretral ağrı sendromu, kanıtlanmış enfeksiyon veya diğer belirgin patolojinin yokluğunda, genellikle işeme sırasında, gündüz sıklığı ve noktüri ile tekrarlayan epizodik üretral ağrının ortaya çıkmasıdır (35) . Vulval ağrı sendromu ise işeme döngüsüyle ilgili veya idrar yolu veya cinsel işlev bozukluğunu düşündüren semptomlarla ilişkili, kalıcı veya tekrarlayan epizodik vulval ağrının ortaya çıkmasıdır. Kanıtlanmış bir enfeksiyon veya başka bir belirgin patoloji yoktur. ICS, tek bir semptom ile bir sendrom arasında karışıklığa yol açtığı için vulvodini (vulval-ağrı) teriminin kullanılmaması gerektiğini önermektedir (36) .

Vajinal ağrı sendromu, idrar yolu veya cinsel işlev bozukluğunu düşündüren semptomlarla ilişkili, sürekli veya tekrarlayan, epizodik vajinal ağrının ortaya çıkmasıdır. Kanıtlanmış bir vajinal enfeksiyon veya başka bir belirgin patoloji yoktur (37) .

Perineal ağrı sendromu, işeme döngüsüyle ilgili veya idrar yolu ve cinsel işlev bozukluğunu düşündüren semptomlarla ilişkili, kalıcı veya tekrarlayan epizodik perineal ağrının ortaya çıkmasıdır. Bu ağrı durumunda ispatlanmış bir enfeksiyon ve net bir patoloji yoktur (38) .

Pelvik ağrı sendromu, alt üriner sistem, cinsel, bağırsak veya jinekolojik işlev bozukluğunu düşündüren semptomlarla ilişkili kalıcı veya tekrarlayan epizodik pelvik ağrının ortaya çıkmasıdır. Kanıtlanmış bir enfeksiyon veya başka bir belirgin patoloji durumu olmasına gerek yoktur (39) .

Cinsel İşlev Bozuklukları

Disparoni, vajinal kuruluk ve inkontinans, kadınların ilişki sırasında veya sonrasında tanımlayabileceği semptomlar arasındadır. Bu semptomlar mümkün olduğunca eksiksiz olarak tanımlanmalıdır. Semtomlardan biri olan idrar kaçağı penetrasyon sırasında, cinsel ilişki sırasında veya orgazm sırasında olabilmektedir (29) .

2.2.Pelvik Taban Disfonksiyonu

Kadın pelvik taban disfonksiyonu, üriner inkontinans, pelvik organ prolapsusu, dışkılama disfonksiyonu, cinsel disfonksiyon ve kronik ağrı sendromları dahil olmak üzere çok çeşitli klinik durumlara uygulanan bir terimdir (40) .

Üriner İnkontinans

Üriner inkontinans , “herhangi bir istem dışı idrar kaçırma şikayeti” olarak tanımlanır ve 15-64 yaş arası kadınlarda %10 ile %55 arasında değişen prevalans oranlarıyla kadın popülasyonunda sık görülen bir sorundur (41). En yoğun görülen üç tipi stres, urge ve mix inkontinanstır. Kadınlarda üriner inkontinansın en sık görülen şekli, “efor veya eforla veya hapşırma veya öksürme sırasında istem dışı sızıntı” olarak tanımlanan stres üriner inkontinanstır. Aniden idrar yapma isteği gelip tuvalete giderken idrar kaçırmaya urge inkontinans denir. Bu iki tip inkontinans bir arada bulunursa mix tip inkontinans denir (42).

Üriner inkontinans muayene sırasında görülen idrar kaçağı olarak tanımlanır: bu üretral veya ekstraüretral olabilir (43) .

Kategorize edilmemiş inkontinans, belirti ve semptomlar temelinde yukarıdaki kategorilerden birine sınıflandırılmayan istemsiz kaçağın gözlemlenmesidir (44) .

Pelvik Organ Prolapsus

Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Hekimleri Birliği, pelvik organ sarkmasını (POP), pelvis içindeki organların vajina kanalına ve aşağı doğru kanal dışına sarkması olarak tanımlamıştır. POP, vajinanın ön duvarının (üretrosel, sistosel), vajinanın arka duvarının (enterosel, rektosel) ve vajinanın apikal segmentinin sarkmasını içerir (45) .

Ön vajinal duvar prolapsusu, üetrovezikal bileşkenin (dış üriner meatusun 3 cm proksimalindeki bir nokta) veya bunun proksimalindeki herhangi bir ön noktanın 3 cm'den daha az olacak şekilde vajina ön duvarının aşağı inmesi olarak tanımlanır (45) .

Vajinanın apikal bölümünün prolapsusu, vajinal kaf skarının (histerektomi sonrası) veya serviksin, kızlık zarı düzleminin üzerindeki toplam vajinal uzunluktan 2 cm daha az olan bir noktanın altına inmesi olarak tanımlanır (45) .

Posterior vajinal duvar prolapsusu, posterior vajinal duvardaki orta hat noktasının kızlık zarı seviyesinin 3 cm yukarısında veya bunun proksimalindeki herhangi bir arka noktanın, vajinanın arka duvarının herhangi bir şekilde aşağı inmesi olarak tanımlanır (46) .

POP'un şiddeti POP-Q System (Pelvik Organ Prolapse Quantification System)'a göre;0-4 arasında sınıflandırılır. Bir veya iki kez doğum yapan kadınlarda POP tanısı alma olasılığı %50'dir (47) . Özenin ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada 45 ile 85 yaş arasındaki kadınların %40'ında en az evre 2 POP olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada prolapsuslu

kadınların %10'unun prolapsus tedavisi için birden fazla cerrahi operasyon geçirdiği bildirilmiştir (48) .

Prolapsusu olan kadınların çeşitli pelvik taban semptomları vardır. Bu semptomlar arasında pelvik ağrı, vajinada ağırlık hissi, vajinadan aşağı doğru gelen şişlik, nodül veya çıkıntı ve bel ağrısı sıklıkla görülmektedir. Ayrıca mesane veya bağırsak semptomları veya cinsel fonksiyon bozukluğu semptomları da sıklıkla görülebilmektedir. Bu belirtiler sarkma olan organla ilgili olabileceği gibi sarkmadan bağımsız da olabilir (49) .

Prolapsus gelişimi, en tutarlı risk faktörleri olarak vajinal doğum, ilerleyen yaş ve artan vücut kütle indeksi ile çok faktörlüdür. Vajinal doğum, histerektomi, kronik zorlanma, normal yaşlanma ve bağ dokusu veya bağ dokusu onarımındaki anormallikler, bazı kadınları levator ani kompleksinin, vajinanın bağ dokusu eklerinin veya her ikisinin bozulmasına, gerilmesine veya işlev bozukluğuna yol açarak sarkmaya neden olur (50) . Hastalar genellikle mesane, barsak ve pelvik semptomlar dahil olmak üzere çeşitli şikayetlerle başvururlar; ancak vajinal şişkinlik dışında hiçbiri sarkmaya özgü değildir. Ayrıca pelvik taban fonksiyon bozukluğu yaşayan kadınlarda %80 oranında pelvik organ prolapsusu ile birlikte inkontinansa görülür. Fakat pelvik organ prolapsuslarının yarısından fazlası asemptomatiktir (51) .

Aşırı aktif mesane

Aşırı aktif mesane sendromunda acil idrar kaçırma olsun veya olmasın genellikle noktüri ve artan işeme sıklığının eşlik ettiği acil idrar kaçırma ile karakterize klinik bir tanıdır (52) .

Detrüsör kasının aşırı aktivitesiyle karakterizedir, mesane istemsiz olarak kasılır ve kasılma sıklığı yaşla beraber artar. Gün içerisinde 8 defadan fazla idrara çıkma durumu ortaya çıkabilir (53) . Detrüsör hiperrefleksisine bağlı olarak inme, demans ve omurga yaralanmalarının bir sonucu olarak görülmenin yanı sıra, mesane enfeksiyonu, pelvik organ prolapsusu, mesane çıkım tıkanıklılığı, iyi huylu prostat büyümesi, inkontinans cerrahisi sonrası, mesane taş mesane tümörü gibi nörolojik olmayan durumlarda da aşırı aktif mesane problemlere eşlik edebilir. Kadınların bir kısmında idrar kaçırma ve mikst tip idrara kaçırma varken; bir kısmında idrar kaçırma yoktur veya sıkışma hissi belirgindir. Vücut kitle indeksi yüksek olanlarda aşırı aktif mesane sıklığının daha fazla görüldüğü saptanmıştır (54) .

Kabızlık

Kabızlık psikolojik problemlerle ilintilidir. Kabızlık problemi olan hastalarda anksiyete, depresyon, kaygı bozukluğu gibi psikolojik sorunların daha fazla olduğu görülmüştür (55) .

Roma IV kriterlerine göre, kronik kabızlık bozuklukları; fonksiyonel kabızlık, kabızlık ile birlikte irritabl bağırsak sendromu, opioid kaynaklı kabızlık ve yetersiz dışkılama itici gücü olmak üzere dört alt tipte sınıflanır. Roma IV kabızlık kriterlerine göre; dışkılamaların en az %25'inde ıkınma, dışkılamada zorlanma, tam olmayan tahliye hissi, sert veya topak şeklinde dışkı, anorektal tıkanıklık hissi, dışkılama sırasında hastanın mekanik olarak perine veya vajina duvarına masaj yapma gereksinimi, dışkılamak için manuel manevraların kullanılması haftada üçten daha az dışkı boşaltımı yapabilme gibi semptomlardan en az ikisinin görülmesinin yanısıra, yardımcı ilaç kullanmadan yumuşak dışkılama yapmanın oldukça seyrek olması, 6 ay ve öncesinden itibaren belirtilerin başlamış olması ve 3 aydır da süreklilik göstermesi olarak tanımlanmıştır (56) .

Dışkılama öncelikle pelvik taban ve anal sfinkterin koordineli relaksasyonu ile başlar, ardından distal kolondaki içerik itilir, karın içi basınç artar, rektoanal açığı düzleşir ve dışkı tahliye edilir. Eğer defekasyon çıkışında rektum öne doğru fitikleşmişse tam dışkı boşaltımı sağlanamaz ve bireyler ancak vajina arka duvarına uygulayacakları baskı yoluyla boşaltımı sağlarlar (57) .

Cinsel fonksiyon bozuklukları

Cinsel fonksiyon bozuklukları cinsel ilgi ve arzu bozuklukları, kadınlarda uyarılma bozuklukları, vajinismus problemleri gibi sorunlarla baş göstermektedir. Pelvik taban kasları cinsel organ bozukluklarında rol oynamaktadır. Çalışmalara göre; pelvik taban kasları zayıfladığında orgazm bozuklukları görülme durumu artmıştır (58) .

Kadınlarda cinsel fonksiyonların bozulma durumu sık görülmekle birlikte bu durum herhangi bir pelvik taban problemi yaşayan kadınlarda daha sık görülmektedir. Bu problemleri yaşayan kadınlar ilişki sırasında idrar kaçırma, utanç durumu, idrar kokusu ve özgüven problemleri nedeniyle cinsel siklusun evrelerinin tam olarak gerçekleştiremeyebilir. Bu evreler; istek, uyarılma, orgazm ve çözülme aşamalarıdır. Bu aşamalarda yaşanan problemler kadınlarda cinsel istekte azalma, seksüel ağrı problemleri,

ilişkiden kaçınma veya sıklığında azalma, cinsel uyarım bozukluğu şeklinde sıralanabilir (59) .

2.3.Pelvik Taban Disfonksiyonunun Risk Faktörleri

Pelvik taban bozukluğunu tetikleyebilecek ve komplikasyonları artırabilecek risk faktörleri mevcuttur.

Cinsiyet; Kadınlarda pelvik taban problemleri erkeklerden fazladır (60) .

Yaş; Yaş ilerledikçe pelvik taban problemlerinin görülme sıklığı artmaktadır. Pelvik taban kasları yaşla beraber zayıflama eğilimindedir (60) .

Obezite; Obezite problemi pelvik tabana çok fazla yük bindirebilir ve pelvik taban bu yüklenmeyle olumsuz etkilenebilir (61) .

Zorlayıcı Aktiviteler; Halter, ağırlık kaldırma, basketbol, voleybol gibi sıçramayla beraber karın içi basıncın artmasıyla pelvik tabana yük binebilir ve pelvik taban problemlerinin tetiklenme durumu görülebilir (62) .

Kronik konstipasyon; Kronik kabızlık durumunda zorlayarak dışkı yapma durumunda pelvik taban kasları gücünü zamanla kaybedebilir (63) .

Menopoz durumu; Menopoz döneminde östrojen hormonunun azalması ile birlikte pelvik taban kasları zayıflarken aynı zamanda bu dönemdeki kilo alımıyla birlikte pelvik taban kaslarına ciddi yük binerek çeşitli pelvik taban problemlerini tetikleyebilir (64) .

Sigara durumu; Sigara içmek kalp-damar yapısını ve hormonal sistemi değiştirdiği için pelvik taban problemlerini artırabilir. Aynı zamanda sigaranın akciğerlere yaptığı olumsuz etki öksürük, hapşırma aksırma gibi karın içi basıncını artıracak durumların sık yaşanmasına neden olduğu için pelvik taban problemlerinde bir risk faktörüdür (65) .

Kronik öksürük; Öksürük durumu şiddetli ve sık görüldüğünde karın içi basıncı artırıp inkontinans ve pelvik organ prolapsusu durumlarında problemi tetikleyebilir (66) .

Pelvik cerrahi; Pelvik cerrahilerde birtakım organların tamamının veya bir kısmının alınmasıyla pelvik taban etkilenebilir; aynı zamanda cerrahi esnasında dokunulan kasların zayıflama özelliği dolayısıyla pelvik taban problemleri tetiklenebilir (67) .

Gebelik Sayısı; Hamilelik, doğum şeklinden bağımsız olarak doğum sonrası kas güçsüzlüğünü artırır. Artmış stres üriner inkontinans semptomları vajinal doğum ile ilişkilidir (68) .

2.4.Pelvik Taban Fonksiyon Bozukluğunun Değerlendirilmesi

Hasta hikaye sorgulaması: Hikaye alımı pelvik taban problemlerinde her aşama için çok önemlidir. Hikaye alımında obezite durumu, sosyal ve kültürel özellikler, menopoz ve menstrüasyon durumu, geçmişteki hastalık ve operasyon durumuyla beraber medikal ilaç kullanımı, hamilelik durumu ve doğum sayısı sorgulanmalı ve hastaların şuan ki başlıca şikayetleri sorgulanmalıdır (20) .

Anatomik değerlendirme: Pelvik tabanın anatomik durumunu, prolapsus durumu, pelvik taban kaslarının bağların ve ligament durumunun yapısı ve konumuyla ilgili bir değerlendirme sistemidir (69) .

Mesane günlüğü: Mesane günlüğü 24 saat veya 48 saat içerisinde bireyin işeme sıklığı, idrar volümü, sıvı gıda miktarı, inkontinans sayısının belirlenmesi için tutulan bir günlüktür. ICS'e göre 3- 7 gün günlük tutarak değerlendirme yapmak en idealidir. Değerlendirme yapılan birey günlük periyotta günlük sıvı alımı, miktarı, gece idrar yapma sayısı ve kaçırma derecelerini zaman aralıklarıyla kaydeder. Eğer günlük tuttuğumuz birey bir çocuksa kesinlikle su iç, idrara git gibi komutlar vermeden doğal olan idrar durumu gözlenmelidir (70) .

Ped testi: İnkontinansın varlığını ve derecesini gösteren objektif bir testtir. İnkontinans epizodları sırasında kaybedilen idrar miktarını ölçmek için kullanılabilir Ped testi ile belirlenmiş bir zaman aralığında pedin ağırlığının öncesi ve sonrası tartılarak idrar kaçırma yoğunluğu belirlenir. Burada en ideal süre 1 ya da 2 günlük testlerdir, ancak saatlik kısa periyotlar içinde de test yapılabilir (71) .

Nörolojik değerlendirme: Pelvik taban ile ilgili değerlendirme yaptığımız bütün bireylerde birçok nörolojik problemi belirlemede nörolojik değerlendirmeler önem taşır ve bu noktada duyu ve motor değerlendirmelerin yanı sıra, mental sağlık, kognitif ve bilişsel yetenekler, oryantasyon algı, koordinasyon gibi durumlar belirlenerek değerlendirmeler yapılır (72) .

Ürodinamik testler: Mesane ve üretranın anatomik ve fonksiyonel durumunu belirlemek amacıyla yapılır (73) .

Ürodinamik değerlendirme: Cerrahi tedavi öncesinde, ciddi inkontinans varlığında, tekrarlayan üriner inkontinans varlığında, nörolojik bozukluk şüphesi durumlarında ürodinamik değerlendirmeye ihtiyaç duyulur. Ürodinami mesane kasları hakkında ayrıntılı bilgi verir. Üretra ve rektuma yerleştirilen kateter ile mesane ve karın içi basınç ölçülür. Mobil mesane boynunun saptanmasında Q tip test kullanılmıştır. Burada amaç üretranın aşırı mobil hareketlerini saptamaktır (74) .

Nörofizyolojik testler: Pelvik taban problemlerinde sinir demiyelinizasyonu hatta denervasyonu görülebilir. Gerçekleşen hasarın mekanizması nörofizyolojik testler yardımıyla belirlenebilmektedir (75) .

Sistoretroskopi: Bu yöntem sık kullanılan ve birçok ürolojik hastalığın tanısında kullanılan bir tanı yöntemidir. İdrar yolu darlığı, anormal idrar sitolojisi, mesane tümörleri, interstisyel sistit gibi durumlarda dış idrar yolundan kamera ile girilerek uygulanan bir değerlendirme yöntemidir (76) .

Ultrason: Ultrason yardımıyla mesane içi idrar volümü ve işeme sonrası rezidüel idrar bakılır (77) .

PVR (post voiding rezidü): 50 ml'den az rezidü mesanenin boşaldığını gösterir. Post voiding rezidü idrar boşaltımı sonrası mesanede kalan idrar miktarıdır (78) .

Üroflowmetri: İdrarın akış hızı, kuvveti ve süresini ölçen bir tanı yöntemi testidir (79) .

Sistometri: Detrüsör fonksiyonunu, kapasitesini ve basıncını değerlendiren bir testtir (80). İşeme döngüsünün dolmuş fazının ürodinamik incelemesini tanımlamak için kullanılır (81) .

2.5. Pelvik Tabanın Fonksiyonel Değerlendirilmesi

Palpasyon ve gözlem

Pelvik taban değerlendirmesi yaptığımız bireyden pelvik taban kaslarını sıkmamızı istediğimizde üretral, vajinal ve anal açıklıkların daraldığı gözlemlenir. Palpasyon yöntemiyle değerlendirme yaparken ise; parmağımızı vajinal veya anal açıklığa koyarak değerlendirme yaptığımız hastanın parmağımızı güçlü bir şekilde sıkması istenir. Bu şekilde hastanın yapabildiği kas kontraksiyonu değerlendirilir (24) .

Perinometre

Pelvik taban kaslarının sıkışma basıncını ve gücünü değerlendirmeye yarayan ölçüm cihazlarıdır (82) .

Elektromiyografi

Elektromiyografi vücuttaki nörolojik ve muskuler dokudaki işleyişin incelendiği elektrofizyolojik bir yöntemdir. Bu yöntemle pelvik taban kaslarının da nörolojik ve kassal durumları hakkında bilgi sahibi olunabilir (83) .

Pelvik taban dinamometresi

Pelvik taban kas gücünü ölçmeye yarayan dinamometrelerdir (84) .

Manyetik rezonans görüntüleme

Pelvik tabanda bulunan kasların anatomik yapısı ve yaralanma durumları hakkında bilgi almamızı sağlayan değerlendirme yöntemidir (85) .

Ağrı Değerlendirmesi: genital bölge, pelvik taban bölgesi, pelvis bölgesi, lumbar bölgede ağrının sorgulandığı, ağrı şiddeti, bölgesi, ağrı süresi, ağrı miktarını etkileyen faktörler değerlendirilmek istenmiştir. Bu ölçümde vücut şemasının yanı sıra vizüel analog skala kullanılarak ağrı lokalizasyonu ve şiddeti gibi parametreler değerlendirilebilir (86) .

2.6. 18-65 Yaş Aralığında Farklı Yaş Grubundaki Kadınların Pelvik Taban ve Pelvik Taban Problemleri Hakkında Farkındalık ve Algısı

Farkındalık bireyin etrafındaki olayları bilme, algılama ve duyumsama becerisidir. Algı ise duyularımızın aldığı bilgileri yakalama, işleme ve aktif olarak anlamlandırma yeteneğidir (87) .Bireyler hastalıkları ve semptomlarını algıarken; dış dünyadaki olayları tanımlamak ve öngörü oluşturmak için zihinlerinde birtakım şemalar oluştururlar. Hastalığın akut veya kronik olması, kişilere soyut veya somut kaynaklardan aktarılan bilgiler, hastalığın veya herhangi birkaç semptomun deneyimlenmesi, hastalığa olan inanç kalıpları ve çevresel girdiler bu şemaları etkilemektedir. Bireylerin hastalıklara olan algısı hastalıklarla karşılaştıklarında kendi kendilerine baş etme çabalarını, hastalığa çözüm bulma arayışlarını, hastalıktan psikolojik olarak etkilenme seviyelerini, hastalıklara olan yorumlarını, çevresindekileri etkileme düzeylerini ve yaşam kalitesi gibi birçok hasta yararına olan

seçeneği olumlu veya olumsuz yönde etkilemektedir. Örneğin; hasta olan bir bireyin o hastalığı algılama düzeyi yüksekse hastalığın iyileşme gösterme düzeyi diğer bireylere göre yüksektir. Buradan hareketle bireylerin hastalık ve semptomlar hakkındaki algısının ne kadar olduğunun araştırılmasının önemine dikkat çekebiliriz (88) .

Pelvik taban, kontinans, cinsel işlev, doğum ve daha fazlasını destekleyen kasları içermektedir. Ancak, çok az insan bu kasların var olduğunu veya genel sağlık ve esenlik için ne kadar önemli olduklarını bilmektedir (89) . Pelvik taban hakkında eksik farkındalık ve algı düzeyi kadınların pelvik taban problemleri karşısında tutum ve davranışlarını olumsuz etkileyerek kadınların hayatlarına negatif sonuçları beraberinde getirmektedir (90) . Lima ve ark. yaptığı çalışmaya göre pelvik taban algısı farkındalık ve algısı yüksek sporcuların üriner inkontinas geliştirme olasılığı %57 azdır. Çalışmaya katılan kadın sporcuların çoğunluğunda üriner inkontinans görülmesine rağmen bu durumun ne olduğu ve tedavi olarak hangi davranışların sergilenmesi gerektiği bilincinin katılımcılarda düşük olduğu görülmüştür (91) . Chang ve ark. çalışmasına katılan postmenopozal dönemdeki kadınların %54.3' ünün üriner inkontinasının anlamını bile bilmedikleri görülmüştür, inkontinansı olanların ise %30,3' ü doktora gitmiştir. Katılımcı grubun algı ve farkındalık düzeyi düşüktür. Katılımcılara arasında üriner inkontinans yaygın bir semptom olmasına rağmen, genellikle doktorlara bildirilmemiş, bu da yetersiz tedaviye yol açmıştır. Halk sağlığı açısından bakıldığında, üriner inkontinans ve tedavisi ile ilgili sağlık eğitimini artırarak kadınların yaşam kalitesini iyileştirilebilir (92) . Jezari ve ark. üriner inkontinansı olan Meksikalı Amerikalı kadınlarda yaptığı araştırmaya göre kadınların tedavi arama tutumun önündeki engelin bu problem hakkında yetersiz bilgi ve farkındalıktır (93) . Shay ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada düşük pelvik taban algısının yüksek pelvik taban disfonksiyonu prevalansı ile ilişkili olduğu ve pelvik taban ile ilgili verilen eğitim sonrası algı ve farkındalıktaki artış, yaşam kalitesinde de bir artış ve pelvik taban disfonksiyonları semptomlarında bir azalma ile önemli ölçüde ilişkili olduğu görülmüştür (94) . Hatchett ve arkadaşlarının Amerika 'da yaşayan Afrikalı ve Latin Amerikalı kadınlarda yaptığı araştırmaya göre; kadınlar pelvik taban problemler nedenlerinden, semptomlarından ve mevcut tedavilerinden habersiz olduğu görülmüştür (95) . Neels ve arkadaşlarına göre doğum yapmamış kadınlar, pelvik tabanın ne olduğu, ne gibi fonksiyonlarının olduğu ve ne gibi sonuçlara yol açabileceği hakkında yeterli bilgiye sahip değildir (96) . Buurman ve ark. (2012) çalışmasına göre; kadınların doğum sonrası pelvik taban sorunları hakkında oldukça bilgisiz olduğu ve profesyonel yardım aramaya teşvik edilmedikleri görülmüştür.

Katılımcılar pelvik taban disfonksiyonlarını, problemlerin kendiliğinden çözüleceğine dair umutlarını besleyen yakınlarıyla paylaştıklarını ifade etmişlerdir; yanısıra profesyonel bilgiye ihtiyaç duyduklarını da belirtmişlerdir. Katılımcılar pelvik taban sorunlarını anlamak ve onlarla nasıl başa çıkacaklarını öğrenmek istemektedir (97) . Postmenepozal kadınlara dair yapılan başka bir araştırmada ise pelvik taban disfonksiyonları ve bunlarla ilgili semptomların karmaşık olduğu ve tam olarak anlaşılmadığı algısının bu kadınlar arasında yaygın olduğu görülmüştür (98) . Hamile ve doğum sonrası kadınlarında UI ve POP hakkında bilgi sahibi olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (99) .

Kepekçi ve ark. 2011 yılında Türk kadınlarında yaptığı araştırmada pelvik taban problemlerinin gelişiminde ana faktörün yaş olduğu görülmüştür (100) . Liu ve ark. (2019)'nın hamile kadınlarda yaptığı araştırmada yaş ve eğitim düzeyi artıkça pelvik taban algısı ve farkındalığı artmaktadır (101) . Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde ergenlik, hamilelik, doğum sonrası, postmenepozal dönem gibi kadın yaşamının birçok evresinde ve farklı yaş aralıklarında kadınların pelvik taban farkındalık ve algı düzeyinin yetersiz olduğu görülmüştür. Kadınlara özel evrelerin bulunduğu farklı yaş aralıklarında pelvik tabana olan ilgi farklılaşmıştır. Neel ve ark. (2016) çalışmasına göre peripartum kadınlar, postpartum kadınlara göre pelvik taban disfonksiyonunun oluşumu hakkında önemli ölçüde daha fazla karamsar algılara sahiptir. Peripartum kadınların %75'inin ve menopoz sonrası kadınların %68'inin pelvik taban algı ve farkındalığının düşük olduğu görülmüştür. Kadınların pelvik taban kasları ve pelvik taban disfonksiyonları hakkında bilgisi yaş, menopoz, gebelik ve pariteye göre değişmektedir. Örneğin; nullipar kadınların pelvik taban algısı postmenepozal dönemdeki kadınlara göre azdır. Yine hamilelik dönemindeki kadınların algı ve farkındalık düzeyleri nullipar ve postmenepozal yaş aralıklarındaki kadınlardan farklı düzeydedir (102) . Premenepozal orta yaş grubundaki kadınların yaşadığı dönem ve etkileşimde bulunduğu kişiler nedeniyle pelvik taban algısı düzeyi diğer kadınlara göre değişmektedir. Genç yaş grubundaki kadınların ise gerek teknoloji kullanımının fazlalığı gerekse bu konuyu deneyim eksiklerinden dolayı daha tehdit edici bulmalarından diğer kadın gruplarına göre çok daha fazla bilgi sahibi olabilmektedirler (102, 103). Kadınlığın farklı evreleri ve farklı yaş aralıklarında algı ve farkındalık düzeyleri birçok etmene bağlı olarak farklılaşmaktadır. Fakat genel olarak çalışmalara bakıldığında tüm kadınlardaki pelvik taban farkındalık ve algısının beklenenden yetersiz olduğu görülmektedir. Bu eksiklik pelvik taban problemlerinin erken tanısı, tedaviye olan yaklaşım tarzı ve tedavi arayışına girme gibi pelvik taban problemlerine olumlu etki edecek tutumların önüne geçmektedir. Kadınlar

hangi yaş, meslek, ırk ve kadın olmanın gereği olarak (gebelik, menopoz, menopoz sonrası vs.) hangi dönemde olursa olsun pelvik taban hakkında yetersiz algı, bilgi ve farkındalığa sahiptirler. Bu eksiklik kadınları tedavi arama davranışını, tedaviye uyumunu etkileyerek pelvik taban disfonksiyonlarının tedavisini olumsuz etkilemektedir. Bütün bu araştırmalar bize pelvik taban farkındalığına ve bilgi düzeyine olan yüksek ilgiyi göstermektedir. Pelvik taban hakkında sahip olunan algı ve farkındalığın kadınların yaşam kalitelerine etkisine verilen öneme dikkat çekmektedir.

Literatüre bakıldığında Türk kadınlarının pelvik tabana olan algı ve farkındalığını araştıran sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Fakat ülkemizde yapılan pelvik tabana dair farkındalık ve algı çalışmaları belli yaş aralıklarını ergenlikten yetişkinliğe dönem dönem incelememiş ve geniş kapsamlı yorumlarda bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda kadınların farklı yaş aralıklarındaki dönemleri göz önüne alınmış ve farklı bir bakış açısı ile farkındalık ve algı sorgulanmış, farklı önerilerde bulunulmuştur. Çalışmamız ile birlikte Türk kadınlarının pelvik taban problemleri hakkında farkındalık ve algı düzeyini araştırarak ülkemizdeki pelvik taban problemlerinin geleceği hakkında yorumlarda bulunmak ve fizyoterapi alanına bu konuya dair bilgiler kazandırarak çalışmacılara, klinisyenlere ve araştırmacılara yol göstermek amaçlandı. Bunun sonucunda ülkemiz toplumunda pelvik taban sağlığının geliştirilmesine yardımcı olmayı hedeflemekteyiz. Yanı sıra pelvik taban algısının nasıl geliştirileceğine ve bu çalışmaların etkinliğini sorgulayan çalışmalarında yapılmasına öncülük etmek istemekteyiz.

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1.Bireyler

Bu çalışmaya Ankara ilinde yaşayan, 18-65 yaş aralığında 220 gönüllü kadın; Çankaya ilçesinde bir özel hastaneye başvuran hastalar, yakınları ve araştırmacıların networkleri vasıtasıyla kartopu methodu kullanılarak Kasım 2021- Ocak 2022 tarihleri arasında dahil edildi. Bu kadınlar yaşlarına göre 18-25 yaş, 26-35 yaş, 36-45 yaş, 46-55 yaş ve 56-65 yaş olmak üzere beş farklı yaş grubuna ayrıldı.

Çalışma için Başkent Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan gereken izin alındı (KA21/409, 2022) . Etik kurul onayı Ek1' de verildi. Bilgilendirilmiş onam formu ile katılımcılar çalışma ile ilgili bilgilendirildi ve tüm katılımcılardan aydınlatılmış onam formu alındı. Bu formun katılımcı tarafından onaylanmasının ardından katılımcılara değerlendirme anketindeki sorular yöneltildi. Değerlendirme anketi katılımcılara online ve yüz yüze olmak üzere hibrit bir şekilde yapıldı. Bilgilendirilmiş onam formu Ek-2' de sunuldu.

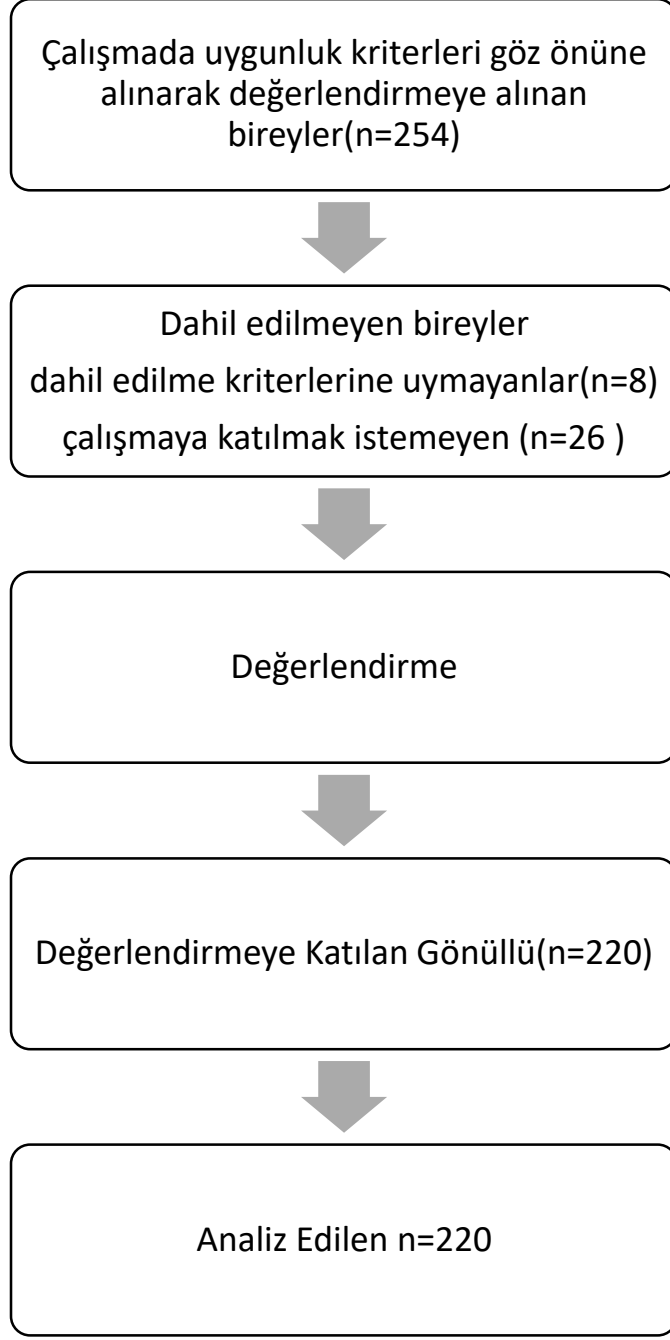
Araştırmaya alınan bireyler Ek-3' te verilen değerlendirme kriterlerindeki şartlara bağlı kalınarak değerlendirme formundaki soruları cevapladı.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- Ana dili Türkçe olmak
- 18-65 yaş aralığında kadın olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri;

- Yapılan anketi anlama problemi olanlar veya test cevaplarını ifade etmede yetersiz olanlar
- Uygulanan anketin tam doldurulmaması
- Anketi yanıtlamaya yönelik yeterli kooperasyonu olmayanlar
- Anket çalışmamızı engelleyebilecek ortopedik, kognitif, kardiyak ya da nörolojik hastalığı olan bireyler



Şekil 3. 1. Katılımcıların akış şeması

3.2.Değerlendirme

Çalışmamızda gönüllü olan ve kriterlere uyan 18-65 yaş arası kadınlara; literatürdeki güncel araştırmalar göz önüne alınarak hazırlanan değerlendirme formu kısaca açıklandı ve sorulara cevap vermeleri istendi (104, 105, 106, 107) . Değerlendirme formu içeriği şu bölümlerden oluşmaktadır.

1) Sosyal ve demografik bilgilere ek olarak pelvik taban sağlığı hakkında bilgi ve bireyin kısaca pelvik taban sağlığını sorgulayan genel bilgilerden oluşan değerlendirme soruları

2) Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi

Değerlendirme soruları

Değerlendirme sorularında ilk olarak bireylerin sosyal, fiziksel ve demografik bilgilerini edinecek sorular soruldu.

-Fiziksel özellikler: Katılımcıların boyları santimetre cinsinden, ağırlıkları ise kilogram cinsinden anket formuna kaydedildi.

-Doğum Tarihi

-Eğitim Düzeyi: Katılımcıların öğrenim durumları; ilkokul, ortaokul, lise, üniversite ve lisansüstü olarak gruplandırılarak sorgulandı.

-Medeni durum: Evli ve bekar olmak üzere iki seçenek halinde soruldu.

-Mesleği, çalışma durumu: Bireylerin çalışma durumu ve meslekleri açık uçlu soru olarak bireyler yöneltildi.

-Sağlık çalışanı olup olmadığı; evet ve hayır şeklinde iki seçenek olarak katılımcılara sunuldu.

-Cinsiyet: Çalışma sadece kadın katılımcılara uygulandı.

-Obstetrik Özgeçmiş Sorgulaması: Katılımcıların gebelik sayısı, düşük sayısı, yaşıyan çocuk sayısı, Küretaj sayısı ve kaç doğum yaptığı araştırıldı ve birey eğer doğum yaptıysa bunun normal mi sezeryan mı yoksa her ikisini de yapıp yapmadığı sorgulandı ve kaydedildi.

-Menstrüel Durum: Bireylerin menstrüel durumu düzenli adet, düzensiz adet, doğal menopo, tıbbi menopo olmak üzere 4 seçenek halinde sorgulandı.

-Kronik öksürük varlığı: Çalışmaya katılan bireylerde kronik öksürük durumu var, yok şeklinde iki seçenek halinde sorgulandı.

-Konstipasyon varlığı: Çalışmaya katılan bireylerde kabızlık durumu var, yok şeklinde iki seçenek halinde sorgulandı.

-Sigara kullanımı: Bireyin sigara kullanıp kullanmadığı var ve yok olmak üzere iki seçenek halinde sorgulandı.

-Alkol kullanımı: Bireyin alkol kullanma durumu var, yok şeklinde iki seçenek halinde sorgulandı.

-Düzenli egzersiz alışkanlığı: Bireyin düzenli egzersiz yapmıyorum veya düzenli olarak haftada 150-300 dakika orta şiddetli egzersiz yapıyorum veya haftada 75-150 dk şiddetli egzersiz yapıyorum, şeklinde iki seçenek halinde sorgulandı.

-Bireyin varsa sahip olduğu pelvik taban problemlerinin sorgulanma durumu: katılımcıların pelvik taban problemleri idrar kaçırma, sık idrara çıkma, ani sıkışma hissi, gece yatağı ıslatma rahim/idrar torbası sarkma, dışkı (büyük abdest kaçırma) / gaz kaçırma, kabızlık, pelvik ağrı, cinsel fonksiyon bozukluğu ve diğer şeklinde 8 seçenek halinde sorgulandı.

-Bireyin herhangi bir pelvik taban problemi durumunda hangi doktora başvurduğu: Katılımcılara kadın doğum, ürolog, aile hekimi ve diğer şeklinde 4 seçenek verildi. Diğer seçeneğinde katılımcı eğer seçenekler arasında olmayan bir doktora başvuruyorsa açıklaması istendi.

Pelvik taban problemlerini paylaşma hakkında utanç duyma durumu: bu durum evet ve hayır şeklinde iki seçenek halinde sorgulandı.

Pelvik taban problemleriyle karşılaştığında hemen doktora gitme durumu: Katılımcılara herhangi bir pelvik taban problemiyle karşılaşmaları halinde doktora gidip gitmedikleri evet ve hayır olmak üzere iki seçenek halinde soruldu.

Bireyin pelvik taban problemlerinden daha önce haberdar olma durumu/haberdar ise hangi kaynak ve kaynaklardan bu bilgiyi edindiği: katılımcı pelvik taban problemlerini duyduysa evet seçeneğini işaretleyerek nerden duyduğu hakkındaki doktor, hemşire, fizyoterapist, tv, internet, kitap, arkadaş veya tanıdık ve diğer seçeneği olmak üzere seçenekler verilmiş olup diğer seçeneğini işaretlemesi durumunda açıklaması istendi. Birey eğer pelvik taban problemleri hakkında hiçbir şey duymadıysa hayır seçeneğini işaretledi.

Bireyin pelvik taban egzersizlerini bilip bilmediği; bu soru katılımcılara evet ve hayır şeklinde iki seçenek halinde yöneltildi.

Bireyin pelvik taban egzersizlerini yapıp yapmadığı; bu soruda ise kişinin pelvik taban egzersizlerini yapma durumu evet ve hayır şeklinde iki seçenek halinde sorgulandı.

Pelvik taban sağlığı bilgi testi

Pelvik taban sağlığı bilgi testi 2019 yılında Wala'a Al-Deges tarafından geliştirilmiş yüz geçerliliği anlamında anlaşılabilirliği %93.61 oranında anlaşılır olduğu kanıtlanan bir bilgi testidir (106) . Pelvik taban sağlığı bilgi testi pelvik taban sağlığı bilgi düzeyini araştırmaktadır ve orijinal versiyonu Türkçedir. Bu test pelvik tabana ait fonksiyon/disfonksiyon (8 madde), risk ve etyoloji (13 madde), tanı ve tedavi (8 madde) ile ilgili üç alt boyutta toplam 29 sorudan oluşmaktadır. Testte kullanılan olumlu maddeler için 'Evet', olumsuz maddeler için 'hayır', olumlu ya da olumsuz herhangi bir fikre sahip olmayan katılımcılar için 'bilmiyorum' seçeneği mevcuttur. Testten alınan toplam minimum puan 0 iken toplam maksimum puan 29'dur. Bu puanlar minimum ve maksimum olmak üzere sırasıyla fonksiyon/disfonksiyon boyutunda 0-8, risk ve etyoloji boyutunda 0-13, tanı ve tedavi boyutunda 0-8 puan şeklindedir.

Testin güvenilirlik geçerliliğine dair birey ayırsama indeksi (BAİ) ve Kuder-Richardson-20 (KR- 20) katsayısı değerı sırasıyla fonksiyon/disfonksiyon alt boyutu için 0.892 ve 0.890, risk/etioloji alt boyutu için 0.938 ve 0.920, tanı ve tedavi alt boyutu için 0.912 ve 0.924, pelvik taban sağlığı bilgi testi toplam skor için 0.952 ve 0.926 olarak bulunmuştur. Bu değerler 0 ile bir arasında değerlerdir ve 1'e yaklaştığıkça testin iç tutarlılık düzeyi yükselmektedir; buna bağlı olarak ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlardan yola çıkarak pelvik taban sağlığı bilgi testinin geçerlilik ve güvenilirliği yüksek bir test olduğu görülmüştür (108) .

3.3.Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında elde edilen veriler SPSS 24 programı ile analiz edildi. Araştırma kapsamında demografik özelliklerine göre dağılımlarının verilmesinde betimleyici analizlerden frekans ve yüzde analizi kullanıldı. Araştırmada kullanılan ölçeklere ait betimleyici analizlerin verilmesinde ise ortalama ve standart sapma değerleri verildi. Elde edilen verilerin dağılımının normal dağılım olması sonucu hipotez testleri istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde test edilmiş olup ölçeklerden elde edilen puanların 2'li gruplara göre farklarının incelenmesi için Bağımsız Örneklem T-testi, 2'den fazla gruplar arasındaki farkların belirlenmesi için Tek Yönlü Varyans Analizi yapıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi için Ki-kare analizi yapıldı. Örneklem hacminin hesaplamasında G-power programı kullanılmıştır, G-power programında parametreler için %85 güç düzeyinde, %95 güven ve %5 hata ile çalışıldı. Örneklem büyüklüğünün

hesaplanması için önceki araştırmalarda elde edilen grupların ortalama, standart sapma ve ilişki düzeyleri ya da değişkenlerin birbirlerine oranları bilinmelidir ve böylelikle bu oranlar ve bilgiler aracılığı ile etki büyüklüğü hesaplanabilir. Bu araştırmanın hipotezlerine uygun olarak kadınların Pelvik Taban Sağlığı düzeylerini değerlendiren deneysel araştırmalar incelendi. Sonuçta bu araştırmaya referans olarak alınan çalışmadaki araştırmacı, araştırmayı yaptıktan sonra Pelvik Taban Sağlığı  leğine ait etki büyüklüğünü 0.25 olarak hesaplandı. Bu bilgi ışığında, $\alpha=0.05$, $1-\beta=0.85$ olarak alındı ve 0.25'lik etki büyüklüğü ile her örnekleme hacmi toplamda 220 kişi olarak hesaplandı.

4. BULGULAR

Çalışmamıza katılmak üzere toplamda 254 kişi davet edildi. Davet edilenlerden 26 tanesi çalışmaya katılmak istemedi veya çalışmayı yarıda bıraktı. 8 katılımcı ise dahil edilme kriterlerini karşılamadı.

Katılımcılara ait demografik özellikler Tablo 4. 1' de verildi.

Tablo 4. 1: Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

| Demografik | Grup | N | Yüzde% |
|-----------------------------|---------------|------------|--------------|
| Cinsiyet | Kadın | 220 | 100,0 |
| | Erkek | 0 | 0,0 |
| Yaş | 18-25 yaş | 68 | 30,9 |
| | 26-35 yaş | 37 | 16,8 |
| | 36-45 yaş | 55 | 25,0 |
| | 46-55 yaş | 25 | 11,4 |
| | 56-65 yaş | 35 | 15,9 |
| Eğitim Durumu | İlkokul | 13 | 5,9 |
| | Ortaokul | 6 | 2,7 |
| | Lise | 70 | 31,8 |
| | Lisans | 100 | 45,5 |
| | Lisansüstü | 31 | 14,1 |
| Medeni Durum | Bekâr | 107 | 48,6 |
| | Evli | 113 | 51,4 |
| Çalışma Durumu | Çalışıyor | 90 | 40,9 |
| | Çalışmıyor | 130 | 59,1 |
| Sağlık Çalışanı Olma Durumu | Evet | 48 | 21,8 |
| | Hayır | 172 | 78,2 |
| | Toplam | 220 | 100,0 |

Evren üzerinden seçtiğimiz rastgele örnekleme grup sayıları farklı, dağılımlar homojendir. Dağılımların homojenlik göstermediği bazı noktalarda farklı istatistiksel testler kullanarak sonuçlara ulaşıldı. Bu testler katılımcı sayısı ve homejenlik faktörü göz önünde bulundurularak analiz edildi.

Katılımcılara ait betimsel bulgular Tablo 4. 2' de verilmiştir.

Tablo 4. 2: Katılımcıların Değişkenlerine Ait Betimsel Bulgular

| Değişkenler | \bar{X} | s.s. |
|---------------------|-----------|-------|
| Boy (cm) | 163,55 | 9,33 |
| Vücut Ağırlığı (kg) | 65,75 | 13,02 |
| VKİ | 25,04 | 0,39 |
| Gradiva | 1,44 | 1,77 |
| Parite | 1,01 | 1,22 |
| Düşük | 0,18 | 0,47 |
| Küretaj | 0,35 | 0,85 |
| Yaşayan Bebek | 1,34 | 1,77 |

VKİ: Vücut Kütle İndeksi

Çalışmamıza katılımcıların vücut kütle indexlerine göre; kilolu bireyler kategorisinde olduğu görülmüştür (109) .

Katılımcıların değişkenlere göre dağılımı Tablo 4. 3' de verilmiştir.

Tablo 4.3: Katılımcıların Değişkenlere Göre Dağılımları

| Değişkenler | Grup | N | Yüzde% |
|-----------------|-----------------------|-----|--------|
| Doğum Şekli | Nulipar | 104 | 47,3 |
| | Sezaryen | 54 | 24,5 |
| | Vajinal doğum | 62 | 28,2 |
| Menstrüel Durum | Düzenli menstrüasyon | 133 | 60,5 |
| | Düzensiz menstrüasyon | 44 | 20,0 |
| | Spontan menopoz | 43 | 19,5 |
| Kronik Öksürük | Var | 27 | 12,3 |
| | Yok | 193 | 87,7 |
| Konstipasyon | Var | 41 | 18,6 |

| | | | |
|---|------------------------|-----|------|
| | Yok | 179 | 81,4 |
| Sigara | Var | 80 | 36,4 |
| | Yok | 140 | 63,6 |
| Alkol | Var | 57 | 25,9 |
| | Yok | 163 | 74,1 |
| Düzenli Egzersiz(haftada 150-300 dk orta şiddetli veya 75-150 dk şiddetli egzersiz) | Var | 71 | 32,3 |
| | Yok | 149 | 67,7 |
| Utanma | Evet | 32 | 14,5 |
| | Hayır | 188 | 85,5 |
| Pelvik Taban Şikâyeti ile Doktora Gitme | Evet | 148 | 67,3 |
| | Hayır | 72 | 32,7 |
| Pelvik Taban Problemini Daha Önce Duyma | Evet | 99 | 45,0 |
| | Hayır | 121 | 55,0 |
| Duyumun Kaynağı | Arkadaş/tanıdık | 14 | 6,4 |
| | Doktor | 15 | 6,8 |
| | Fizyoterapist | 35 | 15,9 |
| | İnternet | 21 | 9,5 |
| | Diğer | 39 | 17,7 |
| | Duymadım | 96 | 43,6 |
| Pelvik Taban Egzersizlerini Bilme | Evet | 67 | 30,5 |
| | Hayır | 153 | 69,5 |
| Pelvik Taban Egzersizlerini Uygulama | Evet | 26 | 11,8 |
| | Hayır | 194 | 88,2 |
| *Pelvik Taban Disfonksiyonu | Sık idrara çıkma | 36 | 13,2 |
| | Ani sıkışma hissi | 29 | 10,6 |
| | Kabızlık | 33 | 12,0 |
| | Pelvik bölgesinde ağrı | 22 | 8,0 |
| | Diğer | 58 | 21,2 |
| | Hiçbiri | 96 | 35,0 |
| *Başvurulan Doktor | Jinekolog | 124 | 52,5 |
| | Ürolog | 28 | 11,9 |
| | Aile hekimi | 15 | 6,4 |

| | | | |
|--|---------------|------------|--------------|
| | Diğer | 17 | 7,2 |
| | Bilmiyorum | 52 | 22,0 |
| | Toplam | 220 | 100,0 |

*Çoklu cevap olduğundan n sayısı farklılık gösterebilir.

PELVİK TABAN SAĞLIĞI BİLGİ DÜZEYLERİNE AİT ANALİZ SONUÇLARI

Araştırmanın bu bölümde katılımcılar için pelvik taban sağlığı bilgi düzeylerine ait, betimsel istatistikleri, demografik özelliklere göre farklılıklarının belirlenmesine ait bulgulara yer verildi.

Katılımcıların pelvik taban sağlığı bilgi düzeylerine ait normallik testi sonuçları Tablo 4. 4' de verilmiştir.

Tablo 4. 4: Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerine Ait Normallik Testi Sonuçları

| Alt Boyutlar | Kolmogrov-Smirnov | | | Merkezi Eğilim Ölçümleri | | | |
|------------------------|-------------------|-----|--------------|--------------------------|--------|-----------|----------|
| | İstatistik Değeri | Sd | P | \bar{X} | Medyan | Çarpıklık | Basıklık |
| Fonksiyon/Disfonksiyon | 0,213 | 220 | $\leq 0,001$ | 3,24 | 3,00 | 0,208 | -1,508 |
| Risk Ve Etiyoloji | 0,214 | 220 | $\leq 0,001$ | 4,96 | 5,00 | 0,262 | -1,530 |
| Tanı Ve Tedavi | 0,252 | 220 | $\leq 0,001$ | 3,71 | 4,00 | 0,033 | -1,737 |

Elde edilen verilerin dağılımlarının belirlenmesinde merkezi eğilim ölçümlerinden aritmetik ortalama, medyan, çarpıklık ve basıklık katsayıları kullanıldı. Medyan ile aritmetik ortalama değerinin birbirine yakın ya da eşit olması ile çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 2 sınırları içerisine düşmesi nedeniyle elde edilen verilerin dağılımının normal dağılımdan geldiği belirlendi (110) .

Katılımcıların pelvik taban sağlığı bilgi düzeylerine ait betimsel bulguları Tablo 4. 5'te verilmiştir.

Tablo 4. 5: Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerine Ait Betimsel Bulgular

| Alt Boyutlar | \bar{X} | s.s. |
|------------------------|-----------|------|
| Fonksiyon/Disfonksiyon | 3,24 | 2,96 |
| Risk Ve Etiyoloji | 4,96 | 4,70 |
| Tanı Ve Tedavi | 3,71 | 3,35 |

\bar{X} = ortalama; s.s= standart sapma

Pelvik taban sağlığı bilgi düzeylerine ait betimsel bulgular incelendiğinde fonksiyon/disfonksiyon ortalamasının (\bar{x} =3,24) , risk ve etiyoloji ortalamasının (\bar{x} =4,96) tanı ve tedavi ortalamasının (\bar{x} =3,71) olduğu belirlendi.

Katılımcıların pelvik taban sağlığı bilgi düzeylerinin yaşlarına göre farklılaşmasının belirlenmesine yönelik anova testi sonuçları Tablo 4. 6' da verilmiştir.

Tablo 4. 6: Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerinin Yaşlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

| Alt Boyutlar | Yaş | N | \bar{X} | s.s | F | p | Scheffe |
|------------------------|--------------------------|----|-----------|------|-------|---------------|----------------|
| Fonksiyon/Disfonksiyon | 18-25 yaş ⁽¹⁾ | 68 | 4,66 | 3,14 | 6,627 | 0,001* | (1-3) (1-5) |
| | 26-35 yaş ⁽²⁾ | 37 | 2,92 | 3,03 | | | |
| | 36-45 yaş ⁽³⁾ | 55 | 2,60 | 2,64 | | | |
| | 46-55 yaş ⁽⁴⁾ | 25 | 2,80 | 2,61 | | | |
| | 56-65 yaş ⁽⁵⁾ | 35 | 2,14 | 2,30 | | | |
| Risk Ve Etiyoloji | 18-25 yaş ⁽¹⁾ | 68 | 6,74 | 4,87 | 3,756 | 0,006* | (1-3) (1-5) |
| | 26-35 yaş ⁽²⁾ | 37 | 4,49 | 4,99 | | | |
| | 36-45 yaş ⁽³⁾ | 55 | 4,18 | 4,37 | | | |
| | 46-55 yaş ⁽⁴⁾ | 25 | 4,04 | 3,79 | | | |
| | 56-65 yaş ⁽⁵⁾ | 35 | 3,91 | 4,37 | | | |

| | | | | | | | |
|----------------|--------------------------|----|------|------|-------|---------------|-------|
| | 18-25 yaş ⁽¹⁾ | 68 | 5,07 | 3,36 | | | |
| | 26-35 yaş ⁽²⁾ | 37 | 3,19 | 3,54 | | | |
| Tanı Ve Tedavi | 36-45 yaş ⁽³⁾ | 55 | 2,96 | 3,07 | 4,477 | 0,002* | (1-3) |
| | 46-55 yaş ⁽⁴⁾ | 25 | 3,56 | 3,12 | | | (1-5) |
| | 56-65 yaş ⁽⁵⁾ | 35 | 2,91 | 3,11 | | | |

p<0.05; \bar{x} = *ortalama*; s.s= standart sapma; n katılımcı sayısı, F=Anova testi tablo değeri; p= anlamlılık düzeyi;

#Tek yönlü Anova testi yapılmıştır.

Parantez içindeki rakamlar yaş gruplarını göstermektedir. 18-25 yaş (1) 1. gruptaki 18-25 yaş aralığındaki kişileri, 26-35 yaş(2) 2. gruptaki 26-35 yaş aralığındaki kişileri, 36-45 yaş(3) 3. gruptaki 36-45 yaş aralığındaki kişileri, 46-55 yaş(4) 4. gruptaki 46-55 yaş aralığındaki kişileri, 56-65 yaş(5) 5. gruptaki 56-65 yaş aralığındaki kişileri ifade etmektedir.

Katılımcıların pelvik taban sağlığı bilgi düzeylerinin yaşlarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğini belirlenmesi için yapılan Anova testi sonucuna göre; fonksiyon/disfonksiyon düzeylerinin yaşlarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı. (F= 6.627; p=0.001; p<0.05). 18-25 yaşındakilerin (\bar{x} =4,66) fonksiyon/disfonksiyon düzeyleri 36-45 yaş (\bar{x} =2,60) ve 56-65 yaşındakilere (\bar{x} =2,14) göre daha yüksekti. Risk ve etiyoloji düzeylerinin yaşlarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı. (F= 3.756; p=0.006; p<0.05). 18-25 yaşındakilerin (\bar{x} =6,74) risk ve etiyoloji düzeyleri 36-45 yaş (\bar{x} =4,18) ve 56-65 yaşındakilere (\bar{x} =3,91) göre daha yüksekti. Tanı ve tedavi düzeylerinin yaşlarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı. (F= 4.477; p=0.002; p<0.05). 18-25 yaşındakilerin (\bar{x} =5,07) tanı ve tedavi düzeyleri 36-45 yaş (\bar{x} =2,96) ve 56-65 yaşındakilere (\bar{x} =2,91) göre daha yüksekti. Gruplar arasındaki farkın kaynağı post-hoc testlerinden scheffe testi ile belirlendi. Varyansların tüm gruplar için homojen olduğu belirlendi.

Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerinin Sağlık Çalışanı Olmalarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları Tablo 4. 7'de verilmiştir.

Tablo 4. 7: Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerinin Sağlık Çalışanı Olmalarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

| Alt Boyutlar | Sağlık Çalışanı Olma | | N | \bar{X} | s.s | t | Sd | P |
|------------------------|----------------------|-------|------|-----------|-------|-----|---------------|---|
| | Evet | Hayır | | | | | | |
| Fonksiyon/Disfonksiyon | Evet | 48 | 5,94 | 2,46 | 8,126 | 218 | 0,001* | |
| | Hayır | 172 | 2,49 | 2,64 | | | | |
| Risk Ve Etiyoloji | Evet | 48 | 8,81 | 3,69 | 7,114 | 218 | 0,001* | |
| | Hayır | 172 | 3,89 | 4,38 | | | | |
| Tanı Ve Tedavi | Evet | 48 | 6,73 | 2,26 | 7,981 | 218 | 0,001* | |
| | Hayır | 172 | 2,87 | 3,13 | | | | |

*p<0.05; \bar{X} = ortalama; s.s= standart sapma; n katılımcı sayısı, t= t testi tablo değeri; sd= serbestlik derecesi; p= anlamlılık düzeyi; #Bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır.

Katılımcıların pelvik taban sağlığı bilgi düzeylerinin sağlık çalışanı olmalarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan t-testi sonucuna göre; fonksiyon/disfonksiyon düzeyleri sağlık çalışanı olmalarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı. (t= 8.126; p=0.001; p<0.05). Sağlık çalışanı olanların (\bar{X} =5,94) fonksiyon/disfonksiyon düzeyleri sağlık çalışanı olmayanlara (\bar{X} =2,49) göre daha yüksekti. Risk ve etiyoloji düzeyleri sağlık çalışanı olmalarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı. (t= 7.114; p=0.001; p<0.05) . Sağlık çalışanı olanların (\bar{X} =8,81) risk ve etiyoloji düzeyleri sağlık çalışanı olmayanlara (\bar{X} =3,89) göre daha yüksekti. Tanı ve tedavi düzeyleri sağlık çalışanı olmalarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı. (t= 7.981; p=0.001; p< 0.05). Sağlık çalışanı olanların (\bar{X} =6,73) tanı ve tedavi düzeyleri sağlık çalışanı olmayanlara (\bar{X} =2,87) göre daha yüksekti. Varyansların tüm gruplar için homojen olduğu belirlendi.

Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerinin Pelvik Taban Egzersizlerini Bilmelerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları Tablo 4. 8’de verilmiştir.

Tablo 4. 8: Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerinin Pelvik Taban Egzersizlerini Bilmelerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

| Alt Boyutlar | Pelvik Taban | | N | \bar{X} | s.s | T | Sd | P |
|------------------------|----------------|-------|-----|-----------|------|--------|-----|---------------|
| | Egzersizlerini | Bilme | | | | | | |
| Fonksiyon/Disfonksiyon | Evet | | 67 | 5,88 | 2,17 | 10,825 | 218 | 0,001* |
| | Hayır | | 153 | 2,09 | 2,48 | | | |
| Risk Ve Etiyoloji | Evet | | 67 | 9,06 | 3,41 | 10,475 | 218 | 0,001* |
| | Hayır | | 153 | 3,17 | 4,01 | | | |
| Tanı Ve Tedavi | Evet | | 67 | 6,66 | 2,02 | 10,550 | 218 | 0,001* |
| | Hayır | | 153 | 2,42 | 3,00 | | | |

*p<0.05; \bar{X} = ortalama; s.s= standart sapma; n katılımcı sayısı, t= t testi tablo değeri; sd= serbestlik derecesi; p= anlamlılık düzeyi; #Bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır.

Katılımcıların pelvik taban sağlığı bilgi düzeylerinin pelvik taban egzersizlerini bilmelerine göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan t-testi sonucuna göre; fonksiyon/disfonksiyon pelvik taban egzersizlerini bilmelerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı (t= 10.825; p=0.001; p<0.05). Pelvik taban egzersizlerini bilenlerin (\bar{X} =5,88) fonksiyon/disfonksiyon düzeyleri pelvik taban egzersizlerini bilmeyenlere (\bar{X} =2,09) göre daha yüksekti. Risk ve etiyoloji pelvik taban egzersizlerini bilmelerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı. (t= 10.475; p=0.001; p<0.05). Pelvik taban egzersizlerini bilenlerin (\bar{X} =9, 06) risk ve etiyoloji düzeyleri pelvik taban egzersizlerini bilmeyenlere (\bar{X} =3,17) göre daha yüksekti. Tanı ve tedavi pelvik taban egzersizlerini bilmelerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı. (t= 10.550; p=0.001; p<0.05). Pelvik taban egzersizlerini bilenlerin (\bar{X}

=6,66) tanı ve tedavi düzeyleri pelvik taban egzersizlerini bilmeyenlere (\bar{X} =2,42) göre daha yüksekti. Varyansların tüm gruplar için homojen olduğu belirlendi.

Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerinin Eğitim Durumlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları Tablo 4. 9’da verilmiştir.

Tablo 4. 9: Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerinin Eğitim Durumlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

| Alt Boyutlar | Eğitim Durumu | N | \bar{X} | s.s | F | P | Scheffe |
|------------------------|---------------------------|-----|-----------|------|-------|---------------|-------------------------|
| Fonksiyon/Disfonksiyon | İlkokul ⁽¹⁾ | 13 | 1,23 | 1,64 | 2,969 | 0,020* | (1-4) (3-4) |
| | Ortaokul ⁽²⁾ | 6 | 2,50 | 2,26 | | | |
| | Lise ⁽³⁾ | 70 | 2,91 | 2,86 | | | |
| | Lisans ⁽⁴⁾ | 100 | 3,84 | 3,04 | | | |
| | Lisansüstü ⁽⁵⁾ | 31 | 3,03 | 3,08 | | | |
| Risk Ve Etiyoloji | İlkokul ⁽¹⁾ | 13 | 2,23 | 3,42 | 3,045 | 0,018* | (1-4) (3-4) |
| | Ortaokul ⁽²⁾ | 6 | 2,67 | 3,88 | | | |
| | Lise ⁽³⁾ | 70 | 4,24 | 4,53 | | | |
| | Lisans ⁽⁴⁾ | 100 | 5,93 | 4,73 | | | |
| | Lisansüstü ⁽⁵⁾ | 31 | 5,06 | 4,91 | | | |
| Tanı Ve Tedavi | İlkokul ⁽¹⁾ | 13 | 1,38 | 2,40 | 3,215 | 0,014* | (1-3) (1-4) (1-5) |
| | Ortaokul ⁽²⁾ | 6 | 1,67 | 2,88 | | | |
| | Lise ⁽³⁾ | 70 | 3,43 | 3,35 | | | |
| | Lisans ⁽⁴⁾ | 100 | 4,33 | 3,36 | | | |
| | Lisansüstü ⁽⁵⁾ | 31 | 3,74 | 3,30 | | | |

*p<0.05; \bar{X} = ortalama; s.s= standart sapma; n katılımcı sayısı,F=Anova testi tablo değeri; p= anlamlılık düzeyi; #Tek yönlü Anova testi yapılmıştır.

Katılımcıların pelvik taban sağlığı bilgi düzeylerinin eğitim durumlarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan anova testi sonucuna göre; fonksiyon/disfonksiyon düzeylerinin eğitim durumuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı. (F= 2.969; p=0.020; p<0.05). Lisans mezunlarının (\bar{X} =3,84)

fonksiyon/disfonksiyon düzeyleri ilkökul ($\bar{X}=1,23$) ve lise mezunlarına ($\bar{X}=2,91$) göre daha yüksekti. Risk ve etiyoloji düzeylerinin eğitim durumuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı (F= 3.045; p=0.018; p<0.05). Lisans mezunlarının ($\bar{X}=5,93$) risk ve etiyoloji düzeyleri ilkökul ($\bar{X}=2,23$) ve lise mezunlarına ($\bar{X}=4,24$) göre daha yüksekti. Tanı ve tedavi düzeylerinin eğitim durumuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı. (F= 3.125; p=0.014; p<0.05). İlkokul mezunlarının ($\bar{X}=1,38$) tanı ve tedavi düzeyleri lise ($\bar{X}=3,43$), lisans ($\bar{X}=4,33$) ve yüksek lisans mezunlarına ($\bar{X}=3,74$) göre daha düşüktü. Gruplar arasındaki farkın kaynağı post-hoc testlerinden scheffe testi ile belirlendi. Varyansların tüm gruplar için homojen olduğu belirlendi.

Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerine Bağlı Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri Tablo 4. 10'da verilmiştir.

Tablo 4. 10: Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerine Bağlı Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri

| PELVİK TABAN SAĞLIĞI BİLGİ ÖLÇEĞİ | Yanlış | Doğru | \bar{x} | s.s |
|--|----------------|-------|-----------|------|
| İdrar kaçırma bir pelvik taban problemidir | F 109 | 111 | 0,50 | 0,50 |
| | % 49,50 | 50,50 | | |
| Pelvik organ sarkması(idrar torbası, rahim, bağırsak) pelvik taban problemlerinden biridir | F 102 | 118 | 0,54 | 0,50 |
| | % 46,40 | 53,60 | | |
| Dışkı veya gaz kaçırma bir pelvik taban problemi değildir | F 151 | 69 | 0,31 | 0,47 |
| | % 68,60 | 31,40 | | |
| Pelvik taban gerginliği pelvik ağrının(leğen bölgesindeki ağrının) nedeni olabilir | F 118 | 102 | 0,46 | 0,50 |
| | % 53,60 | 46,40 | | |
| Pelvik taban problemleri bel ağrısı ile ilişkili değildir | F 154 | 66 | 0,30 | 0,46 |
| | % 70,00 | 30,00 | | |
| Pelvik taban cinsel sağlıkta önemlidir | F 105 | 115 | 0,52 | 0,50 |

| | | | | | |
|--|----------|-------|-------|-------------|-------------|
| | F | 183 | 37 | 0,17 | 0,37 |
| | % | 47,70 | 52,30 | | |
| Pelvik taban solunum sistemi ile ilişkilidir | F | 125 | 95 | 0,43 | 0,50 |
| | % | 56,80 | 43,20 | | |
| Pelvik taban zayıflığı pelvik ağrıya neden olabilir | F | 101 | 119 | 0,54 | 0,50 |
| | % | 45,90 | 54,10 | | |
| Pelvik taban problemlerinin birçok sebebi olabilir | F | 117 | 103 | 0,47 | 0,50 |
| | % | 53,20 | 46,80 | | |
| Gebelik pelvik tabanı olumsuz etkileyebilir | F | 128 | 92 | 0,42 | 0,49 |
| | % | 58,20 | 41,80 | | |
| Çok kez normal doğum(vajinal)yapmak pelvik tabanı zayıflatabilir | F | 140 | 80 | 0,36 | 0,48 |
| | % | 63,60 | 36,40 | | |
| Aşırı şişman bireylerde pelvik taban problemlerinin görülme olasılığı düşüktür | F | 161 | 59 | 0,27 | 0,44 |
| | % | 73,20 | 26,80 | | |
| Sigara bağımlılığı pelvik tabanı zayıflatabilir | F | 109 | 111 | 0,50 | 0,50 |
| | % | 49,50 | 50,50 | | |
| Sürekli ağırlık taşıma pelvik tabana zarar verebilir | F | 138 | 82 | 0,37 | 0,48 |
| | % | 62,70 | 37,30 | | |
| Kabızlık pelvik tabanın zayıflamasına neden olabilir | F | 148 | 72 | 0,33 | 0,47 |
| | % | 67,30 | 32,70 | | |
| Pelvik taban problemleri gençlerde yaşlılara göre daha fazla görülebilir | F | 143 | 77 | 0,35 | 0,48 |
| | % | 65,00 | 35,00 | | |
| Zorlayıcı sporlar/egzersizler (zıplama, halter kaldırma gibi) pelvik tabanı zayıflatabilir | | | | | |

| | | | | |
|--|----------------|-------|-------------|-------------|
| Duruş bozukluğu pelvik tabanı etkilemez | F 150 | 70 | 0,32 | 0,47 |
| | % 68,20 | 31,80 | | |
| Menopoz pelvik taban problemlerini etkileyebilir | F 136 | 84 | 0,38 | 0,49 |
| | % 61,80 | 38,20 | | |
| Bazı ilaçlar pelvik taban problemlerine neden olabilir | F 154 | 66 | 0,30 | 0,46 |
| | % 70,00 | 30,00 | | |
| Pelvik organlarla(mesane, prostat, rahim...) ilgili cerrahi yaklaşımlar pelvik tabanı zayıflatabilir | F 143 | 77 | 0,35 | 0,48 |
| | % 65,00 | 35,00 | | |
| Pelvik taban problemlerini belirlemede hasta muayenesi önemlidir | F 102 | 118 | 0,54 | 0,50 |
| | % 46,40 | 53,60 | | |
| Pelvik taban problemlerini belirlemede bazı özel testler kullanılır | F 131 | 89 | 0,40 | 0,49 |
| | % 59,50 | 40,50 | | |
| Pelvik taban problemlerinde klinik muayenenin yanında hastanın şikâyeti de önemlidir | F 95 | 125 | 0,57 | 0,50 |
| | % 43,20 | 56,80 | | |
| Pelvik taban egzersizleri pelvik taban problemlerini önleyebilir | F 107 | 113 | 0,51 | 0,50 |
| | % 48,60 | 51,40 | | |
| Fizik tedavi pelvik taban problemlerinin tedavisinde kullanılabilir | F 128 | 92 | 0,42 | 0,49 |
| | % 58,20 | 41,80 | | |
| İlaç, pelvik taban problemlerinde tek tedavi yöntemidir | F 136 | 84 | 0,38 | 0,49 |
| | % 61,80 | 38,20 | | |
| Ameliyat, pelvik taban problemlerinde kesin çözüm olmayabilir | F 142 | 78 | 0,35 | 0,48 |
| | % 64,50 | 35,50 | | |
| | F 102 | 118 | 0,54 | 0,50 |

| | | | |
|--|---|-------|-------|
| Düzenli yapılan aktivite ve fiziksel egzersiz pelvik taban problemleri için yararlıdır | % | 46,40 | 53,60 |
|--|---|-------|-------|

\bar{X} = ortalama; s.s= standart sapma; n katılımcı sayısı, f= frekans sayısı, %= yüzde değeri

Tablo 10' da yer alan disiplin pelvik taban sağlığı bilgi ölçeği maddeleri incelendiğinde; 'Pelvik taban problemlerinde klinik muayenenin yanında hastanın şikâyeti de önemlidir' maddesi ($\bar{X}=0,57$) en çok doğru yanıt verilen madde olurken, "Pelvik taban solunum sistemi ile ilişkilidir" maddesi ($\bar{X}=0,17$) ile en az doğru yanıt verilen madde olduğu belirlendi.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızın hedefi 18-65 yaş arası Türk kadınlarının farklı yaş gruplarına göre pelvik taban sağlığı ve fizyoterapi yöntemleri hakkında bilgi ve farkındalık düzeyini incelemektir. Çalışmamız sonucunda Türk kadınlarında farklı yaş gruplarında pelvik taban sağlığı konusunda farklı farkındalık ve algı düzeyine sahip oldukları belirlendi. Fakat tüm katılımcı kadınların pelvik taban sağlığı ve fizyoterapi yöntemleri konusunda yetersiz bilgi farkındalık ve algı seviyesine sahip olduğunu görüldü. Özellikle 18-25 yaş aralığındaki kadınların pelvik taban algı düzeyi düşük de olsa diğer yaş grubundaki kadınlara göre önemli ölçüde yüksek algı ve farkındalık düzeyine sahip olduğu bulundu. Bunun sonucunda pelvik taban sağlığı hakkında farkındalık ve algının yaştan etkilendiği sonucuna ulaşıldı. Bu etkilenim sosyokültürel faktörlerin yanısıra kadınların farklı yaş aralıklarında nullipar, peripartum, gebelik, postpartum, premenopozal ve postmenopozal olmak üzere pelvik tabanı etkileyen birçok farklı evreden geçmesi olarak yorumlanabilir.

Çalışmamıza katılan katılımcıları 18-25, 26-35, 36-45, 46-55, 56-65 yaş grubu olmak üzere beş farklı grupta kategorileştirdik. Bu yaş kategorilerinde 18-25 yaş aralığındaki katılımcıların PTSS'ye verdikleri cevapların doğruluğu diğer yaş gruplarındaki bireylere göre yüksek bulundu. Bu durumda genç yaş grubundaki kadınların pelvik tabana dair bilgi düzeyi diğer yaş gruplarına göre daha fazladır. Genç bireylerin kendi hastalıklarıyla başa çıkma konusunda deneyimsizlikleri dolayısıyla; hastalıkları daha tehdit edici bularak daha araştırmacı olması bilgi farkındalık düzeylerinin yüksek olmasına neden olabilmektedir (111). Mitneş (1990) ve ark. yaptığı çalışmaya göre yetişkinlik döneminde pelvik taban disfonksiyonu hakkında bilgi düzeyinin yüksek olması ileri yaşlarda pelvik taban problemlerine çözüm üretmeyi kolaylaştıracağını düşündürdü (112). Bir diğer taraftan Whitford ve arkadaşları 2007 yılında yaptığı çalışmada bilgilendirme oturumlarına katılan kadınların, pelvik taban disfonksiyonlarının önlenmesi ve tedavisi için ilk basamak olduğu bilinen rutin pelvik taban kas egzersizlerini yapma olasılığının daha yüksek olduğunu gösterdiler. Fakat bu araştırmanın birincil amacı olarak, hiç doğum yapmamış genç kadınların pelvik taban fonksiyonlarının bilgisini değerlendirmek amacıyla katılımcılara 36 soruluk bir anket uygulandı. Bu anket sonucundan hareketle pelvik tabanın ne olduğunu, ne gibi fonksiyonlarının olduğunu ve ne gibi sorunlara sebep olabileceğinin kadınlar tarafından çok bilinmediği sonucuna ulaşıldı. Klinik anlamda rehabilitasyona gelen kişilerin bu konuda bilinçlendirilmesinin gerçekten çok büyük önem taşıdığı sonucuna varıldı (96). Lamerton ve ark. (2020) yaptığı çalışmada 22-27 yaş grubu arasındaki kadınların daha fazla kiloya

sahip olma durumu, en az bir çocuk sahibi olma durumu, obezite ve psikolojik problemlerinin olması üriner inkontinans oranını arttırdı. Çalışmaya katılan kadınların %11'inde üriner inkontinans görüldü. Bu kadınların çoğunluğu bu problem için yardım aramadı. Çalışmada bu yaş grubundaki kadınların bilgi düzeyini artırmak, erken önleme ve etkili yönetim stratejilerini ön plana çıkarmak gerektiği öne sürüldü (113) . Alabama üniversitesine kayıtlı öğrenciler arasında yapılan başka bir çalışmada;25 ila 30 yaş arasındaki kadınlar, ergen kadınlara (19-24 yaş aralığındaki katılımcılar) kıyasla pelvik taban disfonksiyonları konusunda daha fazla farkındalık ve anlayışa sahipti (114) . Bizim çalışmamızda ise genç kadınların bilgi düzeylerinin diğer yaş gruplarına göre yüksek olduğu bulundu, bu ileri de ülkemiz için pelvik taban problemlerinin erken tanı ve tedavisinde umut vericidir. Aynı zamanda kadınlarımız için gelecekte daha yüksek yaşam kalitesi anlamına gelmektedir. Biz fizyoterapistler olarak Türk kadınlarının yaşam kalitesini artırmak için bu yaş gruplarının özelliklerini göz önünde bulundurarak çeşitli çalışmalar yaparak kadınlarımızın yaşam kalitesi ve sağlık durumlarını geliştirebiliriz. Aynı zamanda bu konuda çalışan diğer sağlık profesyonellerine tanı ve tedavi hakkında destekleyici seçenekler sunulabilir, multidisipliner çalışmalarla kadınlarımıza destek olabiliriz.

Çalışmamıza katılan kadınların %21,8'i sağlık çalışanıydı. Sağlık çalışanı olan katılımcıların pelvik taban sağlığı bilgi testinin fonksiyon/disfonksiyon, risk ve etyoloji, tanı ve tedavi olmak üzere üç alt boyutunda da sağlık çalışanı olmayan katılımcılara göre doğru cevap verme oranı daha yüksekti. Temel hipotezlerimiz arasında olmamasına rağmen katılımcıların sağlık çalışanı olup olmamasının da etken olabileceğini düşündüğümüz için bu boyutu da değerlendirmek istedik. Chen ve ark (2021) tarafından Çin'deki obstetrik sağlık çalışanları arasında pelvik taban disfonksiyonu hakkında bilgi, tutum ve uygulama hakkında yapılmış kesitsel çalışmada çoğu obstetrik sağlık çalışanı, pelvik taban disfonksiyonu hakkında umut verici derecede bilgi sahibiydi ve konu hakkında olumlu bir tutum sergilediler. Fakat çalışanların hastalara rutin olarak pelvik taban danışmanlığı ve mentorluğu sağlamadıkları görüldü. Katılımcıların pelvik taban ile ilgili uygulamaları yalnızca bilgi ve tutumlarından değil; aynı zamanda yaşlarından, pelvik taban disfonksiyonu tedavisi veya hemşirelik deneyimlerinden, kendi pelvik taban disfonksiyonu ya da akraba/arkadaşlarının geçmişlerinden ve hastanelerinin pelvik taban problemleri ile ilgili ilgili departman yapısından da etkilendi (115) . Bu konuda ülkemizde de sağlık çalışanlarının pelvik taban sağlığı hakkında uygulamaları ve bilgi düzeyleri hakkında daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca spesifik olarak pelvik taban fizyoterapisti olsun veya

olmasın tüm alanlarda çalışan fizyoterapistlerin bilgi düzeyleri ve hastalara sundukları danışmanlık hizmetleri, pelvik taban hakkındaki mentörlük sağlama durumları belirlenmelidir. Fizyoterapistlerin bu konudaki koşul ve şartlarını araştırılmasının fizyoterapi ve rehabilitasyon bilimine katkısı olacaktır.

Katılımcıların eğitim düzeyi incelediğinde lisans ve yüksek lisans düzeyi katılımcıların pelvik taban sağlığı bilgi düzeyi her 3 alt boyutta da ilkökul mezunlarına göre yüksek olduğu görüldü. Yani eğitim düzeyi artıkça pelvik taban hakkında sahip olunan bilgi düzeyi yükseldi. Literatürdeki birçok çalışmada eğitim düzeyi artıkça pelvik taban sağlığı hakkında bilincin arttığını gösterdi (116,101) . UI ve POP için bilgi yetersizliği, birinci basamak için başvuran kadınlar arasında özellikle eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda yaygın olarak görüldü. UI için, sağlık hizmeti sunan kişiler, olası yanlış anlamaları ortadan kaldırmak için, özellikle eğitim düzeyi düşük olanlar arasında, hastaların hastalığa ilişkin gerçek anlayışlarını değerlendirmelidir. POP için, birçok kadın bu durumu daha önce duymamış olabileceğinden, bu hastalık hakkında farkındalığın artırılmasına odaklanılmalıdır. Basit stratejiler bu alanlardaki bilgileri artırabilir ve bakım arama davranışlarını değiştirebilir (117) .

Akbayrak ve ark. (2015) eğitim düzeyinin kadınların üriner inkontinansa olan bakış açısını etkilediğini belirtti. Eğitim düzeyi düşük kadınların üriner inkontinans için sağlıklarının daha olumsuz etkilendiğini düşündükleri belirlenirken, eğitim düzeyi yüksek kadınlara göre bu problemi fazla rahatsız edici buldukları görüldü (118) . Bu durum fizyoterapistler olarak farklı eğitim düzeyindeki kadınların pelvik tabana farklı bakış açıları geliştirdiklerini göz önünde bulundurmamız gerektiğini gösterir. Gerek pelvik taban terapilerinde gerekse hasta ile olan iletişimde veya hasta olmadan danışmanlık alan bir bireyde eğitim düzeyini göz önünde bulundurmak; bizlerin daha etkin tedaviler, daha etkin danışmanlık hizmetleri verebilmemize yardımcı olur.

Katılımcılardan pelvik taban problemini daha önce duyanların pelvik taban sağlığı bilgi testi daha yüksekti. Burada katılımcılar bu duyumu fizyoterapist ve diğer kaynaklardan elde etme oranı doktor, arkadaş/tanıdık ve internete yüksekti. Hedwing ve ark. (2016) çalışmasına göre nullipar kadınların pelvik taban hakkındaki bilgiyi okulda veya arkadaş tanıdık vasıtasıyla elde ettiği görüldü (119) . Neill ark. (2016) çalışmasında ise kadınların yüksek öğrenim düzeyi artıkça pelvik taban bilgisi artarken, bu bilgiyi elde eden primer kadınların %84'ünün internet yoluyla elde ettiği görülürken, bizim çalışmamızda internet

oranı %9,5' du (120) . Türk kadınlarda ise fizyoterapistten duyum oranının yüksek olması Türkiye'de fizyoterapistlerin bu konuda öncü olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda yapılan çalışmalara göre; internet üzerindeki pelvik taban problemlerine kadın pelvik taban bozuklukları için aranan tüm alan adları, çoğu web sitesinin sertifikalı olmadığını ortaya çıkardı. İnternet, sağlık bilgilerinin dağıtımı ve elde edilmesi için yoğun olarak kullanılan bir kaynak haline geldi. Erişilebilirliğe rağmen, kadın pelvik taban bozukluklarıyla ilgili bilgilerle ilgili çoğu site için sertifikasyon ve doğrulama eksikti. İlerledikçe, İnternet'i referans olarak kullanan hastalara uygun rehberlikle birlikte İnternet'teki bilgilerin kalitesinin iyileştirilmesi zorunludur (103) . Başka bir çalışmaya göre; Ürojinekoloji polikliniğine başvuran kadınların internet kullanımı ve öğrenme isteği yüksekti. Pelvik taban problemi olan kadınların sevkleri en sık kadın doğum uzmanından gelmekteydi. Kadınların birincil arama motoru Google'dı. Pelvik taban problemi olan kadınlar interneti en çok tıbbi araştırma ve kişisel motivasyonlarını artırmak için kullanmıştı, kadın sağlığı problemleriyle ilgili olarak interneti kullanma oranı olarak 55-64 yaş arası bireylerin genç bireylerle benzerdi (121) . Lee ve ark (2012) tarafından yapılan çalışmaya göre; 42-94 yaşları arasında pelvik taban bozukluğu olan toplam 36 kadın çalışmaya alındı. Artan yaşla birlikte sağlık okuryazarlığı puanlarının azaldığını buldu; bununla birlikte, tüm hastaların pelvik taban tanılarını hatırlama yüzdesi düşük ve sağlık okuryazarlığı puanlarının yüksek olmasına rağmen pelvik taban durumlarını anlamada yetersizlikleri vardı. Pelvik prolapsusu olan hastaların hatırlama ve hastalık anlayışının üriner inkontinanslı hastalara göre daha kötü olduğu görüldü, yüksek sağlık okuryazarlığı, hastaların pelvik taban bozuklukları gibi karmaşık fonksiyonel durumları anlama yeteneği ile ilişkili olmayabilir. Anlama eksikliği, gerçekçi olmayan tedavi beklentilerine, tedavi için bilgilendirilmiş onam verilememesine ve bakımdan memnuniyetsizliğe yol açabilir. Hastalık anlayışını geliştirmek için daha iyi yöntemlere ihtiyaç vardır (122) . Biz fizyoterapistler olarak hastalık bilincinin kadın sağlığındaki önemini göz önünde bulundurarak pelvik taban egzersizleri ve pelvik taban problemleri ile ilgili bilgilendirme yöntemleri geliştirmek durumundayız. Özellikle internet üzerinde güvenilir platformlar yaratarak kadınlarımızın güvenilir ve doğru bilgiye ulaşarak farkındalık ve algılarını geliştirme sorumluluğunu üstlenmeliyiz. Bu uygulamalar danışanlarımızdan gelecek gerçekçi olmayan tedavi beklentilerinin önüne geçme, yaptığımız tedaviden memnuniyetsizlik durumu gibi kadın sağlığında fizyoterapiye olan tutumu olumsuz etkileyecek nedenleri azaltmamıza yardımcı olacaktır.

Çalışmamızda pelvik taban egzersizlerini bilen katılımcıların pelvik taban sağlığı bilgi testi sonuçları tüm alt boyutlarda bu egzersizleri bilmeyenlere göre yüksek bulundu. Goodridge ve ark. (2021) yaptığı çalışmada pelvik taban disfonksiyonları hakkında yüksek bilgi düzeyine sahip kişilerin pelvik taban egzersizlerini bildiğini açıkladı. Fakat Pelvik taban egzersizlerini bilen kişilerin bu egzersizlere katılmadığı görüldü. Bu açığı kapatmanın kadın sağlığı için önemli olduğu düşünüldü (123) . 1992-2008 yılları arasında yapılan retrospektif bir çalışmada ise; hastanelerde jinekologlar ve ürologlar tarafından sevk edilen pelvik taban disfonksiyonu olan kadınların yarısından azının jinekologlar ve ürologlar tarafından yönlendirildikleri fizyoterapi programını tamamladığı görüldü. Katılımcıların %48'i programı tamamlarken, %30'u programı bıraktı, %22'si ise programı terk etti veya iptal ettirdi. Yaş, sevk yılı, evden hastaneye uzaklık, bekleme listesi süreleri ve tanı, hastanın uyruğu programa katılım durumunu önemli ölçüde etkilemişti (124) . Pelvik taban bozukluğunun tedavisi için rehabilitasyona sevk edilen her 5 hastadan sadece 1'i önerilen tedavi ile uyumluydu. Uyumsuz hastaların reçete yazan profesyonelle geri dönme olasılığı daha düşüktü ve sevk edilen hastaların yarısından azının geri bildirimde bulunduğu görüldü (125) . Literatüre bakıldığında pelvik tabanı bilmenin ve bir tedavi programı reçete edilmesinin pelvik taban sorunlarının çözüm bulmada kesin yeterli olmadığı düşünüldü. Pelvik taban bilgisinin artırımı yanında tedavi ve egzersizlere uyum üzerinde de bireyler bilinçlendirilmelidir. Bu anlamdaki farkındalık ve algı düzeyi üzerinde de durulmalıdır. Bizim çalışmamızda da katılımcıların %30,5'inin egzersizleri bildiği, fakat %88,2'sinin egzersizleri uygulamadığı görüldü. Buna bağlı olarak ülkemizde de bu açığı kapatmak için çalışmalara ihtiyacımız olduğu görülmektedir. Fizyoterapistler olarak özellikle bu konuya dikkat etmeliyiz. Pelvik taban egzersizlerini bilen bireyleri pelvik taban bilgisi yeterli olarak kabul etmeden önce diğer parametreleri sorgulamalıyız. Danışanlarımızın pelvik taban egzersizlerini yapmanın önemine dair farkındalıklarını sorgulamalı ve egzersiz programına uyumu artırmaya yönelik alternatifler üretebiliriz. Rehabilitasyon programlarında danışanların pelvik taban egzersizleri yapma ihtimallerinin toplumsal yüzde olarak az olduğunu göz önünde bulundurmalıyız. Rehabilitasyon planlarımızı bu yönde aktifleştirmeliyiz.

Anketimizde 29 soruda oluşan PTSB bilgi testini kullandık. Katılımcılar bu sorulardan 'Pelvik taban problemlerinde klinik muayenenin yanında hasta şikayeti de önemlidir' sorusuna en çok doğru yanıtı verirken, 'Pelvik taban problemleri solunum ile ilişkilidir' sorusuna en az doğru yanıtı verdi. Bu madde için doğru cevapların %94,7 si sağlık çalışanı

olmayan bireylerden geldi. Bu da sağlık çalışanı dışında bireylerinde Şikayetler hakkında yüksek algısının olduğunu gösterdi. Bu soruya doğru cevap bireylerin %95,80 inin pelvik taban egzersizlerini bilmediği görüldü. Buradan hareketle pelvik taban egzersizlerini bilen veya bilmeyen çoğu kişinin hasta Şikayetlerinin farkında olduğunu çıkarımına ulaşıldı. Katılımcıların yaş gruplarına göre bu soruya doğru cevap verme olasılıkları arasında anlamlı bir ilişki yoktu, yani belli bir yaş grubunun farkındalığının yüksek ya da düşük olması söz konusu değildi. Eğitim durumu ile soruya verilen yanıtlar incelendiğinde bu nokta da da herhangi bir farklılık grlemedi, herhangi bir eğitim düzeyinden bir bireyin bu soruyu doğru cevaplama oranı yüksek olabilir.

Çalışma bulgularımız ve literatürdeki çalışmalara göre kadınların çoğunluğu pelvik taban sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahip değildi. lkemiz kadınlarında pelvik taban problemleri hakkında yapılan araştırmalara göre; 18 yaş ve üzeri kadınlarda üriner inkontinans grlme oranı %23.9, 20 yaş ve üzeri kadınlarda %46,3 iken 65 yaş ve üzeri kadınlarda 15-24 yaş arası kadınlara göre 6.24 kat daha fazladır; anal inkontinans ise 15-34 yaş arası %3.5 iken, 55-74 yaş arası %13.2'ye ulaştığı görüldü. Yaş pelvik taban problemlerini ciddi lde etkilemiştir (126) . Bu durumun da etkisiyle yaş aralıklarına göre de pelvik tabanı bilme, pelvik tabanı araştırma ve pelvik taban egzersizlerini yapma durumlar değişebilir. Örneğin bir kadın gebelik süreci sonrasında veya yaşlılıkla beraber yaşadığı üriner inkontinans, pelvik organ prolapsusu gibi problemler yaşaması sonucu pelvik taban hakkında daha çok bilgi sahibi olabilir, egzersizleri uygulayabilir, fakat bizim çalışmamızda pelvik taban hakkında en çok bilgi sahibi olan grup 18-25 yaş aralığıdır. Bu durum diğer gruplarda pelvik taban problemlerinin ötelendiği, normal olarak kabul edildiği gibi sonuçları düşündürebilir. Çünkü 25 yaş üzeri kadınlarda pelvik taban problemlerini tetikleyecek etkenler daha fazladır. Yaşla birlikte pelvik taban problemlerinin artığı görüldü (127) . Fakat bilgi düzeyinin az olması düşük yaşam kalitesiyle bu problemlerle yaşamlarına devam ettiklerini gösterebilir. Fizyoterapistlerimizin bu bulguyu dikkate alıp daha ileri yaş gruplarındaki kadınların pelvik taban problemlerini ötelemesini engellemeye yönelik çalışmalarını artırmalarını önermekteyiz.

Çalışmamızda pelvik taban Şikayeti ile doktora başvuran katılımcıların; %52, 2 'si kadın doğum, %11, 9'unun ürolog, %6, 4'ünün aile hekimi, %7, 2'sinin diğer doktorlara uğradığı belirlendi. Bu oranlara bakıldığında kadın doğum doktorlarının halk tarafından daha çok tercih edildiği görüldü. Fakat Dessie ve ark. (2015) tarafından yapılan bir araştırmaya göre kadın doğum doktoruna başvuran kadınlara doğum öncesi ve sonrası pelvik

taban hakkında danışmanlık veren ve hastaları pelvik taban terapisine yönlendiren doktor sayısının oldukça az olduğu bulundu. Asistan doktorlarda ise danışmanlık verme oranı daha da düştüğü görüldü. Bunun sebebi olarak doktorlar; zaman ve eğitim kaynağı eksikliğinden yakındı. Bunu yeterli bilgi eksiliği, hastaların pelvik taban disfonksiyonunun normal gebelik ve doğumun bir parçası olduğunu bildikleri varsayımı, düşük pelvik taban disfonksiyonu insidansı takip etti. Aynı zamanda hastaların vajinal doğumla ilişkili riskler hakkında bilgilendirilmeleri halinde sezaryen doğumu seçecekleri endişesi doktorları bu konu hakkında bilgi vermemeye yöneltti. Çalışmaya katılan doktorların yaklaşık üçte biri pelvik taban bozukluğu olan kadınları hiçbir zaman fizik olarak uzmanlık alanında yetersiz eğitimden bahsettiler. Katılımcıların çoğu, kadın pelvik tıbbı ve rekonstrüktif cerrahinin'nin güvenilir bir alt uzmanlık olması gerektiğini düşündü (128) . Fakat başka bir çalışmaya göre ise; pelvik taban rehabilitasyonunda gelişmiş hasta danışmanlığının eklenmesi, hastanın hazırlık durumunu veya ürojinekolojik rehabilitasyona katılma olasılığını iyileştirmediği görüldü. Tedaviye katılımı çevreleyen bağlılık davranışları çok faktörlüdür ve katılımının önündeki engelleri aydınlatmak için daha fazla nitel araştırma gerektiği öngörüldü (129) . Berzuk ve ark. (2015) çalışmasında randomize kontrollü çalışmasına göre 18-69 yaş aralığında pelvik taban bilgi düzeyi düşük olan kadınlara verilen eğitim sonucu pelvik taban sağlığı bilgi düzeyinde artış görüldü (94) . Bu anlamda literatürde bireylere pelvik taban eğitimi vermenin anlamı farklı görüşlerce tartışılabilir. Biz fizyoterapistler olarak pelvik taban farkındalığının yüksek olmasının hastanın pelvik taban rehabilitasyonuna katılımına etkisini araştıran çalışmalar yapabiliriz.

Kadınların pelvik taban sağlığının gelişmesi konusunda doktorların ürojinekolojik rehabilitasyon alanında tavsiyeleri ve danışmanlık hizmetleri büyük önem taşımaktadır. Bu noktada çalışmamıza göre en çok tercih edilen doktor olan kadın doğum doktorlarının rolü büyüktü. Kadın doğum doktorlarının bu alanda daha hassas davranması ve fizyoterapistlerle iş birliği yapması Türk toplumunun pelvik taban sağlığının korunması ve geliştirilmesinde çok etkili olacağı düşünüldü. Bu noktada fizyoterapistlerin kadın doğum doktorları ile olan iş birliğini artırmaları sonucunda Türk kadınlarına sağlayabilecekleri faydanın artacağı konusuna fizyoterapistlerin ve doktorların farkındalığını artıracığı bir gerçektir. Bu da daha çok kadının pelvik taban rehabilitasyon programına erişimini sağlayacaktır. Fizyoterapistlere katkısı ise daha koordineli, etkin rehabilitasyon uygulamaları yapabilmek olacaktır.

Ayrıca asistanlığın erken dönemlerinde pelvik taban bozuklukları ile ilgili asistan eğitiminin genişletilmesi ve hasta eğitim materyallerinin iyileştirilmesi, sınırlı süreli ziyaretler sırasında danışmanlığın iyileştirilmesine yardımcı olabilir. Ek olarak, semptomlar yaşayan hastalar, doğum öncesi ve sonrası süreçte basit davranışsal terapiler uygulayabilir veya bir fizik tedavi süreci izleyebilir (130) .

Toplumumuzun pelvik taban problemleri hakkında diğer doktorlara da başvurabileceği konusunda bilgi düzeylerini artırmaları yönünde çalışmaların yapılması hem kadın doğum doktorlarının yükünü azaltarak hem de bu alanda yetkinlik sahibi diğer doktorların halk sağlığını geliştirmesi açısından faydalı olabilir. Fizyoterapistler rehabilitasyon esnasında rehabilitasyon programı sürecinde zaman anlamında daha uygun olacak doktorlarla rahat iletişime geçebilecek, bu da pelvik taban rehabilitasyonun etkinliğini artıracaktır. Bu alanda çalışan fizyoterapistler olarak; rehabilitasyon uygulamalarımızın başarıya ulaşması konusunda işbirliği yaptığımız doktorların zaman durumlarını değerlendirmek bizleri daha başarılı sonuçlara ulaştıracaktır.

Westerman ve ark. (2016) çalışmasında birincil basamak sağlık hizmeti sağlayan personeline eksiklikleri açıklandı. Büyük bir sağlık sistemindeki birinci basamak sağlık çalışanları, UI ve aşırı aktif mesaneyeye POP'tan daha aşındı ve genellikle POP'un prevalansını hafife alıyordu. Neredeyse beşte biri sistemlerindeki ürojinekologlardan habersizdi. Pelvik taban bozuklukları ve ürojinekoloji uzmanlığı ile ilgili eğitim desteği, hastanın bakıma erişimini büyük olasılıkla iyileştirecekti (131) . Bu noktadan hareketle diğer çalışanlarında pelvik taban sağlığı bilgi ve tutumları göz önünde bulundurulmalıdır. Fizyoterapistlerin bu noktada çalıştıkları kliniklerde sağlık çalışanların bilgi, tutum ve davranışlarını olumlu yönde değiştirme konusunda çalışmalar yapması gerektiği konusuna dikkat çekmekteyiz.

Dawson ve ark. (2013) tarafından 18-30 yaş aralığında 327 kadına yapılan araştırmada katılımcıların yaklaşık %15'i üriner inkontinans yaşadıklarını belirtti. %15'inin sadece %31, 9' u inkontinans için profesyonel yardım almayı düşüneceklerini söyledi. Çalışmaya katılanların yaklaşık %71' inin idrar kaçırma konusunda yardımcı olacak profesyoneller olduğunun farkında olmasına rağmen, kadınların idrar kaçırma hakkında özgürce konuşamadıklarını hissetti. İnkontinanslı denekler, inkontinans için profesyonel yardımın mevcudiyetinin daha az farkındaydı. İnkontinanslı kadınların çoğu, durum için profesyonel yardım almayacaklarını belirtti. Bu bulgular, inkontinansın sosyal olarak kabul edilemez bir

tartışma konusu olduğu fikrini destekledi. Çözüm yaratmak için ise inkontinas problemlerinde sosyal kabulü teşvik etme çalışmalarına başvurulabilir (132) .

Wu ve ark. (2011) tarafından yapılan bir çalışmaya göre; 2010 yılında 210.700 olan toplam üriner inkontinans ameliyatı olacak kadın sayısı %47,2 artarak 2050 yılında 310.050'ye çıkacaktır. Benzer şekilde, sarkma ameliyatı olacak toplam kadın sayısı da 2010 yılında 166.000 iken 2050 yılında 245.970'e yükselecektir. Pelvik taban bozuklukları için ameliyat oranları değişmeden kalırsa, önümüzdeki 40 yıl içinde üriner inkontinans ve POP ameliyatlarının sayısı önemli ölçüde artacaktır (133) . Çalışmamıza katılan kadınların pelvik taban şikayetlerine göre dağılımları incelendiğinde; %13, 2'sinin sık idrara çıkma, %10,6'sının ani sıkışma hissi, %12,0' inin kabızlık, %8,0'ının pelvik bölgesinde ağrı, %21,2'sinin diğer şikayetlere sahip olduğu belirlenirken, %35,0'ının hiç şikayeti olmadığı belirlendi. Laura ve ark. (2012) yılında yaptığı çalışmada katılımcı tüm kadınların UI ve POP hakkında bilgi yeterliliği yoktu, ancak UI hakkındaki bilgileri POP hakkındaki bilgilerinden biraz daha fazlaydı. Genel olarak, deneklerin %71,2' si UI yeterliliğinden yoksunken, %48, 1' i POP bilgisinde yeterliliğe sahip değildi. Siyah kadınlar, yaş, eğitim ve hane geliri için ayarlamalardan önce ve sonra beyaz kadınlara göre UI ve POP hakkında önemli ölçüde daha az bilgi gösterdi. Bir grupta birleştirildiğinde, Asyalı, Hispanik ve diğer kadınlar da beyaz kadınlardan önemli ölçüde daha az UI ve POP bilgisi gösterdi. UI semptomları bildiren kadınların çoğu, sorunları için tedavi görmemiştir (134) . Fizyoterapistler olarak toplumumuzda pelvik tabana dair psikososyal problemleri çözümlenmek durumundayız.

Çalışmamızda katılımcıların %24,5'i sezaryen, %28,2'sinin normal doğum yaptığı görüldü. Hannestad ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmaya göre pelvik taban disfonksiyonunun nasıl oluştuğunun bilinmesi, önleyici stratejilerin ve tedavinin geliştirilmesi için faydalıdır. Sezaryen, kendi başına iyi bir önleme stratejisi olarak adlandırılmaz, çünkü bu işlemin anne ve çocuk için hala birçok olumsuz sonucu vardır. Bununla birlikte, pelvik taban eğitiminin idrar kaçağını önlediği iyi belgelenmiştir ve ayrıca prolapsus semptomları üzerinde etkisi olduğu görüldü ve bu tedavinin finansal ve tıbbi maliyetleri düşüktü (135) . Fernandez ve ark. (2014) çalışmaya göre; Üİ prevalansı postpartum 3. ayda % 11,3 ve 6. ayda %6,9 idi. İnkontinans hastalarının %70' inde hamilelik sırasında zaten vardı ve hastaların %30'unda doğumdan sonra da ortaya çıktı. Doğum sonrası Üİ prevalansı gebelikte Üİ olan kadınlarda daha yüksek, sezaryen vakalarında daha düşüktü. Çoğu kadın pelvik taban egzersizleriyle düzelmişti (136) . Çalışmalar bize;

sezaryen doğumun doğurgan yaştaki kadınlarda üriner inkontinansa karşı koruyabileceğini, ancak kadınlar yaşlandıkça ve inkontinans prevalansı en yüksek olduğunda etkinin devam etmediğini gösterdi. Anal inkontinans için, anal sfinkter rüptürü birincil öneme sahiptir. Bu tür yırtılmaları önleme stratejileri, anal inkontinansı önlemek için sezaryen kullanmaktan çok daha önemlidir. Vajinal doğumu takiben pelvik organ sarkması riskinin yüksek olduğu belgelenmiştir (137) . Cohen ve ark. (2015) göre; doğumdan bir yıl sonra primipar kadınların üçte ikisi, bir dereceye kadar rahatsızlığa neden olan pelvik taban disfonksiyonu semptomlarından muzdariptir. Sorulduğunda, kadınlar pelvik taban işlevini tartışmaya isteklidirler; bakıcılar tartışmayı başlatmalı ve gerektiğinde kadınları derhal müdahalelere yönlendirmelidir (137) . Fizyoterapistler olarak; gebelik öncesi, gebelik dönemi ve gebelik sonrası dönemde kadınlarda oluşan bilgi ve pelvik taban rehabilitasyonunun farkında olup bu alanlara yönelik çalışmalar yapmalıyız.

Yapılan çalışmalar ilk doktor ziyaretinin hastaların pelvik taban bozukluklarını anlamaları üzerinde önemli bir etkisi olduğunu gösterdi. Doktorla görüşükten sonra tanısal hatırlamadaki farklılıklara rağmen, hastalar tedavi planlarını iyi anladı. Bu, algılanan kontrolü artırmaya ve hastaların korkularını yeterince gidermeye hizmet etti (138) . Düşük sağlık okuryazarlığına sahip İspanyolca konuşan kadınların pelvik taban bozuklukları ile ilgili bilgileri anlamada yaşadıkları zorluğu vurguladı. Bu özel popülasyonda, hekimin hastaların tedavi kararlarını etkilemede ve durumları hakkında sahip olabilecekleri korkuların üstesinden gelmelerine yardımcı olmada önemli bir rolü vardır (139) .

Alas ve ark (2015) tarafından yapılan araştırmaya göre hastalarının POP' un ne olduğu, nedenleri ve tedavileri hakkında yanılgıları vardı. İkinci olarak, hasta ve hekim arasında tanı ve tedavi seçenekleri hakkında anlayışın azalmasına neden olan büyük bir iletişimsizlik vardı. Bu, kadınların çoğu zaman anlamadıkları bilgilerle boğulmuş olmaları gerçeğini de içeriyordu. Buna bağlı olarak, POP' lu kadınlar için hastalık ve tedavi anlayışını elde etmek için daha iyi yöntemlere oldukça ihtiyaç olduğu ortaya çıktı (140) . Bu çalışmalardan yola çıkarak fizyoterapistlerin pelvik taban rehabilitasyonu planlarken ve uygularken iletişim, tedaviyi anlama, algılama, uygulama gibi konuların ne derece olduğu ve sebeplerini düşünmeleri gerekmektedir.

Chu ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı çalışmaya göre; araştırmaya alınan kadınlar POP'larından utanıyorlar ve doktorlar da dahil olmak üzere bu konuda konuşmaktan rahatsız oluyorlar. Kadınları Pelvik organ prolapsusu konusunda utançlarını azaltmak; semptomlar ve

mevcut tedaviler konusunda eğitmek, hastaların rahatsızlıklarını tartışma ve tıbbi yardım alma becerilerini geliştirebilir (141) . Hanzal ve ark (2011) yaptığı çalışmaya göre; yüksek prevalansına rağmen, üriner inkontinans Avusturya'da test edilen kişilerin %60'a varan bir kısmında hala bir tabu olarak kabul edildi. Üriner inkontinansın utanç ve mahcubiyet düzeyi, depresyon ve kanserden önemli ölçüde yüksekti (142) . Çalışmamıza katılan katılımcılardan %85,5'i pelvik taban problemlerinden utanç duymuyor ve katılımcıların %67,3'ü pelvik taban ile ilgili herhangi bir problem yaşadığında doktora gidiyordu. Fakat Hollanda'ya göçmen olarak gitmiş Faslı ve Türk kadınlara yapılan bir araştırmada birçok kadının idrar kaçırma hakkında doktoru da dahil olmak üzere utanç dolayısıyla hiç kimseyle konuşmadığı görüldü. Problemlerini anlatan kadınların ise üçte biri doktorlarının onları ciddiye almadığını hissettiler. Ayrıca doktorlardan gelen açıklamaları anatomi, fizyoloji ve mevcut tedaviler hakkında eksik bilgiler nedeniyle algılayamadıklarını belirttiler. Fizyoterapistleri ile olan iletişimde ise egzersizleri anladıklarını fakat egzersizlerin amaçlarını anlayamadıklarını düşündüler. Katılımcı kadınlar erkek doktorlardan utanç nedeniyle kadın doktorları tercih ettiler. Tüm bunlar yetersiz bakıma yol açtı (143) . Bu bağlamda ülkemiz kadınları pelvik problemlere daha kolay çözüm bulup, tedavi davranışlarının iyi olabileceği, pelvik taban konusunda sağlık çalışanlarımızın destekleyici ve teşvik edici olduğu düşünülebilir. Ayrıca Türkiye'deki fizyoterapistler utanç, egzersiz bilinci, egzersizlerin amaçları gibi parametreleri düşünerek rehabilitasyona farklı yönde bakmalıdırlar.

Birleşik Arap Emirliklerindeki kadınlarda yapılan bir araştırmaya göre; çalışmaya katılan kadınların yüzde 81'i (%20,3) Üİ'yi kabul etti; bunlardan sadece 25'i (%30,9) tıbbi yardım istedi. Bunun nedenleri utanma (%38,2), tıbbi bakımdan beklentilerinin düşük olması nedeniyle kendi kendine tedaviyi seçme (%38,2) ve Üİ'nin normal olduğunu varsayarak konuyu arkadaşlarıyla tartışmayı tercih etme (%23,3) idi. Hastalar dua edememekten (%90) ve cinsel ilişkiye girememekten (%33,3) rahatsız oldu. Üİ'nin algılanan nedenleri felç (%45), doğum (%35,4) ve yaşlılık veya menopoz (%33,7) idi (144) . Bu anlamda pelvik taban rehabilitasyonu konusunda bireylerin rehabilitasyonundan beklentisinin belli bir düzeyde tutmak, psikosozal problemleri aşmasını sağlama konusunda çalışmalar fizyoterapi ve rehabilitasyona artan ilgi ile kadınların yaşam kalitelerini artırabilir.

Fekal inkontinans yaygın olmakla birlikte, kültürel tutumlar ve yetersiz halk bilgisi nedeniyle Birleşik Arap Emirlikleri kadınları tarafından yeterince bildirilmedi Hastalar doktorlarına danışmaktan çekindikleri için doktora başvurmadılar (yüzde 64,7), gaita

kaçırmanın kendiliğinden geçeceğini (yüzde 47,1) veya normal olduğunu (yüzde 31,3) zannederek zorluğu arkadaşlarıyla tartışmayı tercih ettiler. Katılımcılar pelvik taban konusunda tıbbi bakımdan beklentilerini düşük olduğu için kendi kendilerine çözüm bulmaya çalıştılar. Hastalar dua edememekten (yüzde 92,2) ve cinsel ilişkiye girememekten (yüzde 43,1) rahatsız oldular (145) .

Kimberley ve ark. (2017) yaptığı bir çalışmaya göre; pelvik taban rehabilitasyonunun önünde birçok engel vardı. Katılımcılar tarafından belirlenen en önemli engeller finansal kısıtlamalar (%51,4) , algılanan fayda eksikliği (%37,1) , zaman kısıtlamaları (%30,0) ve seyahat sorunları (%18,6)' ydı. Katılımcıların %84,4'ünde bir veya daha fazla komorbid ağrı durumu vardı. %51,4'ü pelvik taban rehabilitasyonu seçeneği ile ilgili bir miktar kaygı ifade ederken, katılımcıların sadece %9,6'sı tedavi korkusu nedeniyle tedaviye başlamamıştı (146) . Yapılan çalışmalardan anlaşıldığı üzere pelvik taban rehabilitasyonunun önündeki finansal problemler, zaman ve yer problemleri, tedavilere olan inanca kadar birçok farklı parametre pelvik taban rehabilitasyonundaki süreci etkilemektedir. Diğer uluslarda yapılan çalışmalara bakıldığında insan olmanın doğası gereği bu problemlerin Türk kadınlarda da olabileceği göz önünde bulundurulması gerektiği fizyoterapistlere önerilmektedir.

Literatürdeki çalışmalarda farklı yaş grubu, kültür ve ırktan gelen kadınların pelvik taban sağlığı hakkında yetersiz bilgiye sahip olduklarını, pelvik taban problemlerinden utanıldığı, tedaviye devam ve uyum konusunda sıkıntılar olduğunu, bu problemler konusunda yardım arama davranışının eksikliğiyle beraber kadın beden algı imajlarının da etkilendiğini gösterdi.

Çalışmamızın Güçlü Yanları

Çalışmamızın belli yaş aralığındaki Türk kadınlarının pelvik taban sağlığı hakkındaki bilgi düzeyini ve pelvik taban problemlerine bakış açısını belirleyerek fizyoterapi-rehabilitasyon ve halk sağlığı alanındaki çalışmalara önemli bulgular sağladığını düşünmekteyiz. Örneklem büyüklüğümüz örneklem büyüklüğü analizine göre hesaplanmış ve örneklem hacmimizin geniş olması çalışmamızın avantajlarından.

Çalışmamızın Limitasyonları

Çalışmamız Ankara ilinde belli bir bölgede yaşayan kadınlara yapılmıştır ve toplumun diğer kesimlerindeki durumu içine alamadan tamamlandı. Farklı demografik özelliklere sahip kadınlarda daha fazla araştırma, bulgularımızın ne kadar genel olduğunu tanımlamaya

yardımcı olabilir. Farklı yaş gruplarından eşit sayıda kişinin katılmaması, sağlık çalışanlarının dahil edilmesi çalışmamızın limitasyonlarındanadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. 18-65 yaş arası Türk kadınlarının pelvik taban algısının düşük olduğu bulundu.
2. Pelvik taban sağlığı algı ve farkındalık düzeyi beş farklı yaş aralığının herbirinde yetersiz olduğu görülmüştür. 18-25 yaş aralığındaki grubun pelvik taban bilgi düzeyi diğer yaş gruplarına göre yüksek olduğu görüldü.
3. Sağlık çalışanı olan kadınların diğer kadınlara göre bilgi düzeyinin belirgin derecede yüksek olduğu görüldü.
4. Türk kadınlarının eğitim düzeyi arttıkça pelvik taban hakkında bilgi ve farkındalık düzeyinin arttığı görüldü.
5. Türk toplumundaki kadınların pelvik taban egzersizlerini yapma oranının oldukça düşük olduğu görüldü.

Öneriler

İleri yaş grubundaki kadınlar başta olmak üzere Türk toplumundaki kadınlara pelvik taban sağlığı hakkında bilgi ve farkındalık düzeyini artırmaya yönelik eğitimler verilmesi görüşünderiz. Fizyoterapistlere pelvik taban sağlığı ile ilgili rehabilitasyon programları planlarken Türk kadınların farkındalık ve algı düzeyini göz önünde tutmalarını öneriyoruz. Bu tutum daha başarılı rehabilitasyon programları ve uygulamaları olarak danışan ve fizyoterapistlere geri dönecektir. Pelvik taban ile ilgili akademik eğitim düzeyi düşük olan kadınlara da fizyoterapistlerimizce pelvik taban sağlığı hakkında destekleyici ve anlaşılır planlar hazırlanması önerisindeyiz. Türkiye'deki halkın pelvik taban problemlerini en çok kullanılan bilgi alma araçlarından bir tanesi olan interneti kullanarak öğrenmesi için güvenilir bilgi sağlayan web siteleri ve internet materyalleri üretilmesi görüşünderiz. Pelvik taban hakkında halka bilgi sağlayabilecek her türlü mecrada konu ile ilgili geçerli ve güvenilir içeriğin çoğaltılmasını öneriyoruz. Pelvik taban sağlığı ile ilgili başvuru doktor ile hasta arasındaki iletişimi düzenlemeye yönelik planların yanı sıra; doktorlara ürojinekolojik rehabilitasyona olan tavsiyelerini artırmaları yönünde farkındalık sağlanması gerektiği tavsiyesinde bulunuyoruz. Türk kadınlarını pelvik taban egzersizlerine katılımını, gerekli eğitimin elde edilmesi sağlayacak sosyal fırsatlar üretilmesini ve sağlık

profesyonellerinin pelvik taban tedavisi ve rehabilitasyonuna teşvikini artıracak çalışmalarda bulunulmasını tavsiye ediyoruz. Türkiye'deki sağlık profesyonellerin pelvik tabana olan tutumunu belirleyen çalışmalara ihtiyacımız vardır. Gelecekteki araştırmalar, kadınların nasıl bilgilendirilmek istediklerini ve hangi kampanyaların en çok tercih edileceğini araştırmalıdır. Türkiye'de çalışan fizyoterapistlerin pelvik taban sağlığı hakkında bilgi düzeyleri araştırılmalı, bu bilgileri uygulama düzeyleri araştırılmalıdır. Türkiye'de faaliyet gösteren fizyoterapistlerin pelvik taban sağlığı hakkında gelişimlerini desteklenmesi, pelvik taban sağlığı konusunda danışmanlık sağlayabilecekleri koşulların yaratılması için çalışmalar yapılmalıdır. Fizyoterapistlerimizin pelvik taban ile ilgili danışmanlık, rehabilitasyon veya farkındalık hizmetleri sunarken bireylerin yaş gruplarını dikkate almaları önerilir. Tezimizin bulgularından hareketle pelvik tabana dair yapacakları çalışmaları yaş aralıklarına göre şekillendirmelidirler. Fizyoterapistlerin pelvik taban konusunda kadın doğum doktorların yanı sıra diğer doktorları da topluma tanıtması önerilmektedir. Bu davranış kadın doğum doktorlarının yükünü azaltırken diğer doktorlarda daha etkin iletişim kurularak pelvik taban danışmanlık ve rehabilitasyon programlarını daha etkin kılabilir. Fizyoterapistlere; kadınların pelvik taban problemleri hakkında utanma, ayıplanma, korku vs. gibi psikolojik ve sosyal problemlere çözüm üretmeleri önerilmektedir. Fizyoterapistler pelvik taban hakkında hizmet verirken iletişim, hastaların problemi anlama, tedaviyi anlama, tedaviden beklentisi, rehabilitasyona olan tutumları gibi etkenlerin tedavi planlarını etkileyeceklerini göz önünde bulundurmalarıdır. Fizyoterapistlerin toplumun algısını şekillendiren en etkin araçlardan biri olan interneti kullanarak, Türk kadınlarını pelvik taban sağlığı hakkında doğru ve güvenilir bilgi ile aydınlatma çalışmaları yapmalarını önermekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Raizada V, Mittal RK. Pelvic floor anatomy and applied physiology. *Gastroenterol Clin North Am.* 2008 Sep;37(3):493-509, vii.
2. Neels H, Wyndaele JJ, Tjalma WA, De Wachter S, Wyndaele M, Vermandel A. Knowledge of the pelvic floor in nulliparous women. *J Phys Ther Sci.* 2016 May;28(5):1524-33
3. Good MM, Solomon ER. Pelvic Floor Disorders. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2019 Sep;46(3):527-40.
4. Drutz HP, Alarab M. Pelvic organ prolapse: demographics and future growth prospects. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006 Jun;17 Suppl 1:S6-9.
5. Davis K, Kumar D. Pelvic floor dysfunction: a conceptual framework for collaborative patient-centred care. *J Adv Nurs.* 2003 Sep;43(6):555-68.
6. Bharucha AE. Pelvic floor: anatomy and function. *Neurogastroenterol Motil.* 2006 Jul;18(7):507-19.
7. Herschorn S. Female pelvic floor anatomy: the pelvic floor, supporting structures, and pelvic organs. *Rev Urol.* 2004;6 Suppl 5:S2-S10.
8. Siccardi, M. A., Valle, C. *Anatomy, Bony Pelvis and Lower Limb, Pelvic Fascia.*2018
9. Version 8.25 from the Textbook OpenStax Anatomy and Physiology Published 2016 URL: <https://cnx.org/contents/FPtK1z mh8.108:b3YG6PIp6/Axial-Muscles-of-the-Abdominal-Other> ,(Erişim tarihi:15.02.2022)
10. Anatomical illustration of the female pelvis in mid-section 2014,URL:https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Grant_1962_236.png.(Erişim tarihi:15.02.2022)

11. Simonova LB. Fascia canals of the greater sciatic foramen and their practical importance. *Arkh Anat Gistol Embriol.* 1979 Oct;77(10):36-8.
12. Wein AJ, Rovner ES. Definition and epidemiology of overactive bladder. *Urology.* 2002 Nov;60(5 Suppl 1):7-12; discussion 12.
13. Kinsey D, Pretorius S, Glover L, Alexander T. The psychological impact of overactive bladder: A systematic review. *J Health Psychol.* 2016 Jan;21(1):69-81.
14. Rovner ES, Gomes CM, Trigo-Rocha FE, Arap S, Wein AJ. Evaluation and treatment of the overactive bladder. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo.* 2002 Jan-Feb;57(1):39-48.
15. Balcı UG, Balcı U, Öngel, K. Obez hastalarda aşırı aktif mesane semptomlarının OAB-V8 formu ile değerlendirilmesi. *New Journal of Urology*,2013; 8(3), 8-13.
16. Bump RC, McClish DK. Cigarette smoking and urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol.* 1992 Nov;167(5):1213-8.
17. Dicipinigaitis PV. Prevalence of stress urinary incontinence in women presenting for evaluation of chronic cough. *ERJ Open Res.* 2021 Jan;7(1):00012-2021.
18. Thakar R, Sultan AH. Hysterectomy and pelvic organ dysfunction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2005 Jun;19(3):403-18.
19. Wei JT, De Lancey JO. Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. *Clin Obstet Gynecol.* 2004 Mar;47(1):3-17.
20. Demaria F, Boquet B, Porcher R, Rosenblatt J, Pedretti P, Raibaut P, et al. Post-voiding residual volume in 154 primiparae 3 days after vaginal delivery under epidural anesthesia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008 May;138(1):110-3.
21. D'Haene, E. G. M., Sterk, C. (1984). Quantitative retrograde isotope miction cystourography according to Conway. *Nucleair Geneeskundig Bulletin*, 6(1), 32.

22. K m rc ,  . , Uğur, G. M. Doğuma Bağlı Ortaya ıkan Pelvik Taban Değişiklikleri. İnkontinans Ve N ro roloji B lteni,2017; 4, 25-34.
23. Romero-Culler s G, Peğa-Pitarch E, Jan -Feixas C, Arnau A, Montesinos J, Abenoza-Guardiola M. Intra-rater reliability and diagnostic accuracy of a new vaginal dynamometer to measure pelvic floor muscle strength in women with urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2017 02;36(2):333-7.
24. Henry Vandyke C. ,Henry G. (1918) *Anatomy of the Human Body ,Gray's Anatomy,*
25. de Groat WC. Integrative control of the lower urinary tract: preclinical perspective. *Br J Pharmacol.* 2006 Feb;147 Suppl 2:S25-40.
26. Staskin, D. , Kelleher, C. , Avery, K. , Bosch, R. , Cotterill, N. , Coyne, K. , Kopp, Z. (2009). Initial assessment of urinary and faecal incontinence in adult male and female patients. *Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence.* Paris, France: Health Publications, 311-412.
27. Sarma AV, Wei JT. Clinical practice. Benign prostatic hyperplasia and lower urinary tract symptoms. *N Engl J Med.* 2012 Jul 19;367(3):248-57.
28. Takeda M, Araki I, Kamiyama M, Takihana Y, Komuro M, Furuya Y. Diagnosis and treatment of voiding symptoms. *Urology.* 2003 Nov;62(5 Suppl 2):11-9.
29. Naumova I, Castelo-Branco C. Current treatment options for postmenopausal vaginal atrophy. *Int J Womens Health.* 2018;10:387-95.
30. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet.* 2007 Mar 24;369(9566):1027-38.
31. Hickling, D. R. , Sun, T. T. Wu, X. R. Anatomy and physiology of the urinary tract: relation to host defense and microbial infection. *Urinary Tract Infections: Molecular Pathogenesis and Clinical Management,* 2017;1-25.

32. Goh J, Romanzi L, Elneil S, Haylen B, Chen G, Ghoniem G, et al. An International Continence Society (ICS) report on the terminology for female pelvic floor fistulas. *Neurourol Urodyn*. 2020 11;39(8):2040-71.
33. Wesselmann U, Burnett AL, Heinberg LJ. The urogenital and rectal pain syndromes. *Pain*. 1997 Dec;73(3):269-94.
34. Warren JW, Meyer WA, Greenberg P, Horne L, Diggs C, Tracy JK. Using the International Continence Society's definition of painful bladder syndrome. *Urology*. 2006 Jun;67(6):1138-42; discussion 1142-3.
35. Kaur H, Arunkalaivanan AS. Urethral pain syndrome and its management. *Obstet Gynecol Surv*. 2007 May;62(5):348-51; quiz 353-4.
36. Baggish MS, Miklos JR. Vulvar pain syndrome: a review. *Obstet Gynecol Surv*. 1995 Aug;50(8):618-27.
37. Lotery HE, McClure N, Galask RP. Vulvodynia. *Lancet*. 2004 Mar 27;363(9414):1058-60.
38. Robert R, Prat-Pradal D, Labat JJ, Bensignor M, Raoul S, Rebai R, et al. Anatomic basis of chronic perineal pain: role of the pudendal nerve. *Surg Radiol Anat*. 1998;20(2):93-8
39. Haugstad GK, Haugstad TS, Kirste UM, Leganger S, Klemmetsen I, Malt UF. Mensendieck somatocognitive therapy as treatment approach to chronic pelvic pain: results of a randomized controlled intervention study. *Am J Obstet Gynecol*. 2006 May;194(5):1303-10.
40. Weber AM, Abrams P, Brubaker L, Cundiff G, Davis G, Dmochowski RR, et al. The standardization of terminology for researchers in female pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2001;12(3):178-86.

41. Bø K. Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. *Sports Med.* 2004;34(7):451-64.
42. Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. Urinary incontinence in women. *Nat Rev Dis Primers.* 2017 Nov 16;3:17097.
43. Tong, Y. C. Diagnosis and treatment of geriatric urinary incontinence. *Incont Pelvic Floor Dysfunct,* 2009; 3(3), 69-72.
44. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 Jul;187(1):116-26.
45. Persu C, Chapple CR, Cauni V, Gutue S, Geavlete P. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) - a new era in pelvic prolapse staging. *J Med Life.* 2011 Jan-Mar;4(1):75-81.
46. Choi KH, Hong JY. Management of pelvic organ prolapse. *Korean J Urol.* 2014 Nov;55(11):693-702.
47. Pelvic Organ Prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2019 Nov/Dec;25(6):397-408.
48. Özengin, N. Pelvik organ prolapsusu olan kadınlarda stabilizasyon egzersizleri ile elektromyografik biofeedback eğitiminin karşılaştırılması (2012).
49. Özengin N, Ün Yıldırım N, Duran B. A comparison between stabilization exercises and pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse. *Turk J Obstet Gynecol.* 2015 Mar;12(1):11-7.
50. Weintraub AY, Gliner H, Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Int Braz J Urol.* 2020 Jan-Feb;46(1):5-14.

51. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet*. 2007 Mar 24;369(9566):1027-38.
52. Abrams P. Describing bladder storage function: overactive bladder syndrome and detrusor overactivity. *Urology*. 2003 Nov;62(5 Suppl 2):28-37; discussion 40-2.
53. Rovner ES, Gomes CM, Trigo-Rocha FE, Arap S, Wein AJ. Evaluation and treatment of the overactive bladder. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*. 2002 Jan-Feb;57(1):39-48.
54. Demaagd GA, Davenport TC. Management of urinary incontinence. *P T*. 2012 Jun;37(6):345-361H.
55. Cheng C, Chan AO, Hui WM, Lam SK. Coping strategies, illness perception, anxiety and depression of patients with idiopathic constipation: a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003 Aug 1;18(3):319-26.
56. Simren, M., Palsson, O. S. , Whitehead, W. E. (2017). Update on Rome IV criteria for colorectal disorders: implications for clinical practice. *Current gastroenterology reports*, 19(4), 1-8.
57. Damon H, Guye O, Seigneurin A, Long F, Sonko A, Faucheron JL, et al. Prevalence of anal incontinence in adults and impact on quality-of-life. *Gastroenterol Clin Biol*. 2006 Jan;30(1):37-43.
58. Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *Int Urogynecol J*. 2018 May;29(5):631-8.
59. Roos AM, Thakar R, Sultan AH, Burger CW, Paulus AT. Pelvic floor dysfunction: women's sexual concerns unraveled. *J Sex Med*. 2014 Mar;11(3):743-52.

60. 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*. 2000 Dec;107(12):1460-70.
61. Yaman SO, Eroğlu S, Karahan N. Identification of the factors affecting pelvic floor muscle strength in women. *EJONS International Journal on Mathematic, Engineering and Natural Sciences*. 2020 Dec
62. Bø K, Nygaard IE. Is Physical Activity Good or Bad for the Female Pelvic Floor? A Narrative Review. *Sports Med*. 2020 Mar;50(3):471-84.
63. Vazquez Roque M, Bouras EP. Epidemiology and management of chronic constipation in elderly patients. *Clin Interv Aging*. 2015;10:919-30.
64. Bodner-Adler B, Alarab M, Ruiz-Zapata AM, Latthe P. Effectiveness of hormones in postmenopausal pelvic floor dysfunction-International Urogynecological Association research and development-committee opinion. *Int Urogynecol J*. 2020 08;31(8):1577-82.
65. Fuganti PE, Gowdy JM, Santiago NC. Obesity and smoking: are they modulators of cough intravesical peak pressure in stress urinary incontinence. *Int Braz J Urol*. 2011 Jul-Aug;37(4):528-33.
66. Deng DY. Urinary incontinence in women. *Med Clin North Am*. 2011 Jan;95(1):101-9.
67. Lamin E, Parrillo LM, Newman DK, Smith AL. Pelvic Floor Muscle Training: Underutilization in the USA. *Curr Urol Rep*. 2016 Feb;17(2):10.
68. Koc O, Duran B, Ozdemirci S, Bakar Y, Ozengin N. Is cesarean section a real panacea to prevent pelvic organ disorders. *Int Urogynecol J*. 2011 Sep;22(9):1135-41
69. Ashton-Miller JA, DeLancey JO. Functional anatomy of the female pelvic floor. *Ann N Y Acad Sci*. 2007 Apr;1101:266-96.

70. Jimenez-Cidre MA, Lopez-Fando L, Esteban-Fuertes M, Prieto-Chaparro L, Llorens-Martinez FJ, Salinas-Casado J, et al. The 3-day bladder diary is a feasible, reliable and valid tool to evaluate the lower urinary tract symptoms in women. *Neurourol Urodyn*. 2015 Feb;34(2):128-32.
71. Krhut J, Zachoval R, Smith PP, Rosier PF, Valanský L, Martan A, et al. Pad weight testing in the evaluation of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2014 Jun;33(5):507-10.
72. Jundt K, Peschers U, Kantenich H. The investigation and treatment of female pelvic floor dysfunction. *Dtsch Arztebl Int*. 2015 Aug 17;112(33-34):564-74.
73. de Jong TP, Klijn AJ. Urodynamic studies in pediatric urology. *Nat Rev Urol*. 2009 Nov;6(11):585-94.
74. Sirls LT, Richter HE, Litman HJ, Kenton K, Lemack GE, Lukacz ES, et al. The effect of urodynamic testing on clinical diagnosis, treatment plan and outcomes in women undergoing stress urinary incontinence surgery. *J Urol*. 2013 Jan;189(1):204-9.
75. Vodusek DB. Clinical neurophysiological tests in urogynecology. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2000 Dec;11(6):333-5.
76. Vining DJ, Zagoria RJ, Liu K, Stelts D. CT cystoscopy: an innovation in bladder imaging. *AJR Am J Roentgenol*. 1996 Feb;166(2):409-10.
77. Teng CH, Huang YH, Kuo BJ, Bih LI. Application of portable ultrasound scanners in the measurement of post-void residual urine. *J Nurs Res*. 2005 Sep;13(3):216-24.
78. Ouslander JG, Simmons S, Tuico E, Nigam JG, Fingold S, Bates-Jensen B, et al. Use of a portable ultrasound device to measure post-void residual volume among incontinent nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 1994 Nov;42(11):1189-92.
79. Makal J., Idźkowski A., Walendziuk W. Computer assisted uroflowmetry diagnostic system. In *Photonics Applications in Astronomy, Communications, Industry, and*

High-Energy Physics Experiments International Society for Optics and Photonics.2006 Oct;6347, p. 63472B.

80. Rosier PFWM, Schaefer W, Lose G, Goldman HB, Guralnick M, Eustice S, et al. International Continence Society Good Urodynamic Practices and Terms 2016: Urodynamics, uroflowmetry, cystometry, and pressure-flow study. *Neurourol Urodyn.* 2017 Jun;36(5):1243-60.
81. Andersson KE, Soler R, Füllhase C. Rodent models for urodynamic investigation. *Neurourol Urodyn.* 2011 Jun;30(5):636-46.
82. Ribeiro Jdos S, Guirro EC, Franco Mde M, Duarte TB, Pomini JM, Ferreira CH. Inter-rater reliability study of the Peritron™ perineometer in pregnant women. *Physiother Theory Pract.* 2016;32(3):209-17.
83. Kimura, J. *Electrodiagnosis in diseases of nerve and muscle: principles and practice.* New York, Oxford University Press (2013).
84. Dumoulin C, Bourbonnais D, Lemieux MC. Development of a dynamometer for measuring the isometric force of the pelvic floor musculature. *Neurourol Urodyn.* 2003;22(7):648-53.
85. Brandão S, Da Roza T, Parente M, Ramos I, Mascarenhas T, Natal Jorge RM. Magnetic resonance imaging of the pelvic floor: from clinical to biomechanical imaging. *Proc Inst Mech Eng H.* 2013 Dec;227(12):1324-32.
86. Passavanti MB, Pota V, Sansone P, Aurilio C, De Nardis L, Pace MC. Chronic Pelvic Pain: Assessment, Evaluation, and Objectivation. *Pain Res Treat.*;2017:9472925.
87. Merriam-webster'website. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/knowledge> (Erişim tarihi: 22.01.2022).

88. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 271-280.
89. Berzuk K. A strong pelvic floor: how nurses can spread the word. *Nurs Womens Health*. 2007 Feb;11(1):54-61.
90. Kiyosaki K, Ackerman AL, Histed S, Sevilla C, Eilber K, Maliski S, et al. Patients' understanding of pelvic floor disorders: what women want to know. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2012 May-Jun;18(3):137-42.
91. Cardoso AMB, Lima CROP, Ferreira CWS. Prevalence of urinary incontinence in high-impact sports athletes and their association with knowledge, attitude and practice about this dysfunction. *Eur J Sport Sci*. 2018 Nov;18(10):1405-12.
92. Hsieh CH, Su TH, Chang ST, Lin SH, Lee MC, Lee MY. Prevalence of and attitude toward urinary incontinence in postmenopausal women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008 Feb;100(2):171-4.
93. Mallett VT, Jezari AM, Carrillo T, Sanchez S, Mulla ZD. Barriers to seeking care for urinary incontinence in Mexican American women. *Int Urogynecol J*. 2018 02;29(2):235-41.
94. Berzuk K, Shay B. Effect of increasing awareness of pelvic floor muscle function on pelvic floor dysfunction: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J*. 2015 Jun;26(6):837-44.
95. Hatchett L, Hebert-Beirne J, Tenfelde S, Lavender MD, Brubaker L. Knowledge and perceptions of pelvic floor disorders among african american and latina women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2011 Jul;17(4):190-4.
96. Neels H, Wyndaele JJ, Tjalma WA, De Wachter S, Wyndaele M, Vermandel A. Knowledge of the pelvic floor in nulliparous women. *J Phys Ther Sci*. 2016 May;28(5):1524-33.

97. Buurman MB, Lagro-Janssen AL. Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study. *Scand J Caring Sci.* 2013 Jun;27(2):406-13.
98. Frota IPR, Rocha ABO, Neto JAV, Vasconcelos CTM, De Magalhaes TF, Karbage SAL, et al. Pelvic floor muscle function and quality of life in postmenopausal women with and without pelvic floor dysfunction. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2018 May;97(5):552-9
99. Mckay ER, Lundsberg LS, Miller DT, Draper A, Chao J, Yeh J, et al. Knowledge of Pelvic Floor Disorders in Obstetrics. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2019 Nov/Dec;25(6):419-25.
100. Kepenekci 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. *Dis Colon Rectum.* 2011 Jan;54(1):85-94.
101. Liu J, Tan SQ, Han HC. Knowledge of pelvic floor disorder in pregnancy. *Int Urogynecol J.* 2019 06;30(6):991-1001.
102. Neels H, Wyndaele JJ, Tjalma WA, De Wachter S, Wyndaele M, Vermandel A. Knowledge of the pelvic floor in nulliparous women. *J Phys Ther Sci.* 2016 May;28(5):1524-33.
103. Sajadi KP, Goldman HB, Firoozi F. Assessing Internet health information on female pelvic floor disorders. *J Urol.* 2011 Aug;186(2):594-6.
104. Shield KD, Soerjomataram I, Rehm J. Alcohol Use and Breast Cancer: A Critical Review. *Alcohol Clin Exp Res.* 2016 06;40(6):1166-81.
105. Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tob Control.* 2005 Oct;14(5):315-20.

- 106.Wala'a, A.D. , ÇELENAY, Ş. T. . Development of Pelvic Floor Health Knowledge Quiz in Turkish People: validity and reliability. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*,2021; 32(2): 122-131.
- 107.Alomar-Jiménez, W. , Fry, A. , Miranda-Comas, G. (2021). Exercise Prescription. In *Essential Sports Medicine*.2021;31-43.
- 108.AL-DEGES, W. Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi Geliştirme, Geçerlik ve Güvenirliği, Master's dissertation, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019
- 109.Prentice AM, Jebb SA. Beyond body mass index. *Obes Rev*. 2001 Aug;2(3):141-7.
- 110.George D, Mallery P. SPSS for windows a step by step: A simple Guide and Reference.2010
- 111.Sawicki GS, Sellers DE, Robinson WM. Associations between illness perceptions and health-related quality of life in adults with cystic fibrosis. *J Psychosom Res*. 2011 Feb;70(2):161-7.
- 112.Mittiness LS. Knowledge and beliefs about urinary incontinence in adulthood and old age. *J Am Geriatr Soc*. 1990 Mar;38(3):374-8.
- 113.Lamerton TJ, Mielke GI, Brown WJ. Urinary incontinence in young women: Risk factors, management strategies, help-seeking behavior, and perceptions about bladder control. *Neurourol Urodyn*. 2020 11;39(8):2284-92.
- 114.Parden AM, Griffin RL, Hoover K, Ellington DR, Gleason JL, Burgio KL, et al. Prevalence, Awareness, and Understanding of Pelvic Floor Disorders in Adolescent and Young Women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2016 Sep-Oct;22(5):346-54.
- 115.Chen Z, Wang X, Jin Y, Feng S. Knowledge, attitude and practice of pelvic floor dysfunction among obstetrical healthcare workers in China: A cross-sectional study. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2021 Oct;50(8):102068.

- 116.Mandimika CL, Murk W, Mühlhäuser McPencow A, Lake A, Wedderburn T, Collier CH, et al. Knowledge of pelvic floor disorders in a population of community-dwelling women. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 Feb;210(2):165.e1-9.
- 117.Chen CCG, Cox JT, Yuan C, Thomaier L, Dutta S. Knowledge of pelvic floor disorders in women seeking primary care: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2019 05 23;20(1):70.
- 118.Kaya S, Akbayrak T, Orhan C, BEKSAÇ S. Kadınlarda farklı üriner inkontinans tiplerinde hasta özelliklerinin ve üriner parametrelerin karşılaştırılması: retrospektif bir çalışma. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*,2015; 2(3), 93-100
- 119.Neels H, Wyndaele JJ, Tjalma WA, De Wachter S, Wyndaele M, Vermandel A. Knowledge of the pelvic floor in nulliparous women. *J Phys Ther Sci*. 2016 May;28(5):1524-33.)
- 120.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. *Int Urogynecol J*. 2017 Jan;28(1):125-9.
- 121.Mazloomdoost D, Kanter G, Chan RC, Deveaneau N, Wyman AM, Von Barga EC, et al. Social networking and Internet use among pelvic floor patients: a multicenter survey. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Nov;215(5):654.e1-654.e10.
- 122.Anger JT, Lee UJ, Mittal BM, Pollard ME, Tarnay CM, Maliski S, et al. Health literacy and disease understanding among aging women with pelvic floor disorders. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2012 Nov-Dec;18(6):340-3.
- 123.Goodridge SD, Chisholm LP, Heft J, Hartigan S, Kaufman M, Dmochowski RR, et al. Association of Knowledge and Presence of Pelvic Floor Disorders and Participation in Pelvic Floor Exercises: A Cross-sectional Study. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2021 05 1;27(5):310-4.

124. Tibaek S, Dehlendorff C. Do women with pelvic floor dysfunction referred by gynaecologists and urologists at hospitals complete a pelvic floor muscle training programme? A retrospective study, 1992-2008. *Int Urogynecol J*. 2013 Aug;24(8):1361-9.
125. Woodburn KL, Tran MC, Casas-Puig V, Ninivaggio CS, Ferrando CA. Compliance With Pelvic Floor Physical Therapy in Patients Diagnosed With High-Tone Pelvic Floor Disorders. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2021 Feb 1;27(2):94-7.
126. Doğan H, Global pelvik taban rahatsızlık anketinin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliği, Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
127. Trowbridge ER, Wei JT, Fenner DE, Ashton-Miller JA, Delancey JO. Effects of aging on lower urinary tract and pelvic floor function in nulliparous women. *Obstet Gynecol*. 2007 Mar;109(3):715-20.
128. Christakis MK, Shore EM, Pulver A, McDermott CD. Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery in Canada: A Survey of Obstetrician-Gynecologists and Urologists. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2017 May/Jun;23(3):195-203.
129. Shannon MB, Adams W, Fitzgerald CM, Mueller ER, Brubaker L, Brincat C. Does Patient Education Augment Pelvic Floor Physical Therapy Preparedness and Attendance? A Randomized Controlled Trial. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2018 Mar/Apr;24(2):155-60.
130. Dessie SG, Hacker MR, Dodge LE, Elkadry EA. Do Obstetrical Providers, Counsel Women About Postpartum Pelvic Floor Dysfunction. *J Reprod Med*. 2015 May-Jun;60(5-6):205-10.
131. Mazloomdoost D, Westermann LB, Crisp CC, Oakley SH, Kleeman SD, Pauls RN. Primary care providers' attitudes, knowledge, and practice patterns regarding pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J*. 2017 Mar;28(3):447-53.

132. Tremback-Ball A, Levine A. M, Perlis S. M, Dawson, G. Young Women's Urinary Incontinence Perceived Educational Needs. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 2013; 37(1), 29-34.
133. Wu JM, Kawasaki A, Hundley AF, Dieter AA, Myers ER, Sung VW. Predicting the number of women who will undergo incontinence and prolapse surgery, 2010 to 2050. *Am J Obstet Gynecol*. 2011 Sep;205(3):230.e1-5.
134. Mandimika CL, Murk W, Mühlhäuser McPencow A, Lake A, Wedderburn T, Collier CH, et al. Knowledge of pelvic floor disorders in a population of community-dwelling women. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 Feb;210(2):165.e1-9.
135. Rørtveit G, Hannestad YS. Association between mode of delivery and pelvic floor dysfunction. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2014 Oct 14;134(19):1848-52.
136. Martin-Martin S, Pascual-Fernandez A, Alvarez-Colomo C, Calvo-Gonzalez R, Muñoz-Moreno M, Cortiñas-Gonzalez JR. Urinary incontinence during pregnancy and postpartum. Associated risk factors and influence of pelvic floor exercises. *Arch Esp Urol*. 2014 May;67(4):323-30.
137. Lipschuetz M, Cohen SM, Liebergall-Wischnitzer M, Zbedat K, Hochner-Celnikier D, Lavy Y, et al. Degree of bother from pelvic floor dysfunction in women one year after first delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015 Aug;191:90-4.
138. Sevilla C, Wieslander CK, Alas AN, Dunivan GC, Khan AA, Maliski SL, et al. Communication between physicians and Spanish-speaking Latin American women with pelvic floor disorders: a cycle of misunderstanding. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2013 Mar-Apr;19(2):90-7.
139. Anger JT, Lee UJ, Mittal BM, Pollard ME, Tarnay CM, Maliski S, et al. Health literacy and disease understanding among aging women with pelvic floor disorders. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2012 Nov-Dec;18(6):340-3.

140. Wieslander CK, Alas A, Dunivan GC, Sevilla C, Cichowski S, Maliski S, et al. Misconceptions and miscommunication among Spanish-speaking and English-speaking women with pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2015 Apr;26(4):597-604.
141. Dunivan GC, Anger JT, Alas A, Wieslander C, Sevilla C, Chu S, et al. Pelvic organ prolapse: a disease of silence and shame. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2014 Nov-Dec;20(6):322-7.
142. Elenskaia K, Haidvogel K, Heidinger C, Doerfler D, Umek W, Hanzal E. The greatest taboo: urinary incontinence as a source of shame and embarrassment. *Wien Klin Wochenschr*. 2011 Oct;123(19-20):607-10.
143. van den Muijsenbergh ME, Lagro-Janssen TA. Urinary incontinence in Moroccan and Turkish women: a qualitative study on impact and preferences for treatment. *Br J Gen Pract*. 2006 Dec;56(533):945-9.
144. Rizk DE, Shaheen H, Thomas L, Dunn E, Hassan MY. The prevalence and determinants of health care-seeking behavior for urinary incontinence in United Arab Emirates women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 1999;10(3):160-5.
145. Rizk DE, Hassan MY, Shaheen H, Cherian JV, Micallef R, Dunn E. The prevalence and determinants of health care-seeking behavior for fecal incontinence in multiparous United Arab Emirates females. *Dis Colon Rectum*. 2001 Dec;44(12):1850
146. Zoorob D, Higgins M, Swan K, Cummings J, Dominguez S, Carey E. Barriers to Pelvic Floor Physical Therapy Regarding Treatment of High-Tone Pelvic Floor Dysfunction. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2017 Nov/Dec;23(6):444-8.

EK 1: ETİK KURUL ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 02.11.2021-74997



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu

Sayı : E-94603339-604.01.02-74997
Konu : Proje Onayı

02.11.2021

DAĞITIM YERLERİNE

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünde görev yapmakta olan Doç. Dr. Nihan Özünlü Pekyavaş'ın danışmanlığında Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fatma Aslan'ın sorumluluğunda yürütülecek olan KA21/409 nolu "18-65 yaş arası kadınların pelvik taban problemlerinde fizyoterapi yöntemleri konusunda farkındalığı ve algısının araştırılması" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 20/10/2021 tarih ve 21/141 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayınlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

Kurul Başkanı

Dağıtım:
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

| GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI | | |
|---|--------------|--------------|
| PROJE NO | KARAR SAYISI | KARAR TARİHİ |
| KA21/409 | 21/141 | 20/10/2021 |

Sağlık Bilimleri Fakültesi / Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünde görev yapmakta olan Doç. Dr. Nihan Özünlü Pekyavaş tarafından yürütülecek olan KA21/409 nolu "18-65 yaş arası kadınların pelvik taban problemlerinde fizyoterapi yöntemleri konusunda farkındalığı ve algısının araştırılması" başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.



EK 2: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirivermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak ldikten sonra özgürce amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anolursa hekiminize sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp layamadığınız ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak imzalamadan önce hekiminiz size zaman tanıyacaktır. Kararınız ne olursa olsun, hekimleriniz bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu sizin tam sağlık halinizin sağlanmasına ve korunmasına yönelik görevlerini bundan sonra da eksiksiz yapacaklardır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

1. ARAŞTIRMANIN ADI

Kadınlarda Pelvik Taban Bilgisinin ve Pelvik Taban Disfonksiyonlarında Fizyoterapi Konusunda Farkındalığın Araştırılması

2. GÖNÜLLÜ SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam gönüllü sayısı220.....'dir.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 20 dk'dır.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı, "18-65 yaş arası kadın bireylerin pelvik taban problemleri ve rehabilitasyonu hakkında bilgi ve farkındalık düzeylerini araştırmaktır"

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dâhil edilebilmeniz için gereken koşullar Őunlardır:

- 1.18-65 yaş arası kadın olmak
- 2.Ana dili Türkçe olmak
- 3.Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırma size yaklaşık 20 dk süre ile anket yöntemiyle yapılacaktır.

7. GÖNÜLLÜNÜN SORUMLULUKLARI

Size verilen anket formunu dikkatlice okuyunuz ve size uygun doğru yanıtları veriniz.

8. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR

"Araştırmamız sizi pelvik taban problemleri ve tedavileri hakkında bilgilendirir. Aynı zamanda ülke genelinde kadınların pelvik taban problemleri ve rehabilitasyonu konusunda bilgi düzeyi ve farkındalığının artırılmasına katkı sağlar"

9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Araştırmadan kaynaklanabilecek olası herhangi bir risk yoktur.

10. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırma nedeniyle bir zarar görmeniz söz konusu olursa, tedavi için gereken

masraflar.....BAŞKENT...ÜNİVERSİTESİ.....
tarafından karşılanacaktır.

11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Uygulama süresince, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırıcıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da

araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki veya diğer rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonunu aşağıda belirtilen ilgili hekime ulaşabilirsiniz.

İstediginizde Günün 24 Saati Ulaşılabilir Hekimin Adres ve Telefonları:

Fzt Fatma ASLAN

İş:

Cep:

Adres:

13. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM

Araştırmayı destekleyen kurumBAŞKENT ÜNİVERSİTESİ..... dir.

14. GÖNÜLLÜYE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAĞI

Bu araştırmaya katılmanızla, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

15. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili tıbbi bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü tıbbi bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabileceksiniz.

16. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KOŞULLARI

Uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, araştırma programını aksatmanız, araştırmaya bağlı veya araştırmadan bağımsız gelişebilecek istenmeyen bir etkiye

maruz kalmanız vb. nedenlerle hekiminiz sizin izniniz olmadan sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durum size uygulanan tedavide herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır.

Ancak araştırma dışı bırakılmanız durumunda da, sizinle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

17. ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŐINDAKİ DİŐER TEDAVİLER

Araştırmada uygulanacak tedavi dışında herhangi bir tedavi yoktur. Araştırmamızda herhangi bir tedavi uygulaması yapılmayacaktır.

18. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; araştırmada yer almayı reddetmeniz veya katıldıktan sonra vazgeçmeniz halinde de kararınız size uygulanan tedavide herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır.

Araştırmadan ekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

19. YENİ BİLGİLERİN PAYLAŐILMASI VE ARAŞTIRMANIN DURDURULMASI

Araştırma sürerken, araştırmayla ilgili olumlu veya olumsuz yeni tıbbi bilgi ve sonuçlar en kısa sürede size veya yasal temsilcinize iletilecektir. Bu sonuçlar sizin araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilir. Bu durumda karar verene kadar araştırmanın durdurulmasını isteyebilirsiniz.

(Katılımcının/Hastanın/Anne-Baba/Yasal Temsilcinin Beyanı)

Sayın Fzt Fatma Aslan tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (gönüllü) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük zen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca, tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim anlatıldı.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntıyla rıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

| GÖNÜLLÜ | | İMZASI |
|---------------------|--|---------------|
| İSİM SOYİSİM | | |
| ADRES | | |
| TELEFON | | |
| TARİH | | |

| VASI (Varsa) | | İMZASI |
|---------------------|--|---------------|
| İSİM SOYİSİM | | |
| ADRES | | |
| TELEFON | | |
| TARİH | | |

| ARAŞTIRMACI | | İMZASI |
|--------------------------------------|--|---------------|
| <i>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</i> | | |
| TELEFON | | |
| <i>TARİH</i> | | |
| | | |

| ONAM ALMA İŞİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİ | | İMZASI |
|--|--|---------------|
| <i>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</i> | | |
| <i>ADRES</i> | | |
| <i>TELEFON</i> | | |
| <i>TARİH</i> | | |

EK 3: DEĞERLENDİRME FORMU

Doğum tarihi(yıl): Boy: Vücut ağırlığı: Tarih:

En son hangi okulu bitirdiniz:

İlkokul.....Ortaokul.....Lise.....Üniversite.....Lisansüstü

Medeni hali: Evli.....Bekar.....

Çalışma durumu: Çalışıyor..... Çalışmıyor.....

Mesleği:

Sağlık çalışanı: Evet..... Hayır.....

Gebelik sayısı.....Doğum sayısı.....Düşük sayısı..... Küretaj sayısı..... Yaşayan sayısı...

Doğum tipi: Normal.....Sezeryan.....Her ikisi.....Doğum yok.....

Menstrüel durum: Düzenli adet..... Düzensiz adet..... Doğal menopoz..... Tıbbi menopoz.....

Kronik öksürük: Var..... Yok.....

Kabızlık:Var..... Yok.....

Sigara(günde en az 1 adet sigara içimi varsa var seçeneğini,yoksa yok seçeneğini işaretleyiniz): Var..... Yok.....

Alkol(günde 15 cc ve üzeri alkollü içecek tüketimi varsa var,yoksa yok seçeneğini işaretleyiniz): Var..... Yok.....

Düzenli egzersiz alışkanlığı (haftada 150-300 dk orta şiddetli veya 75-150 dk şiddetli egzersiz yapıyorsanız var seçeneğini;yapmıyorsanız yok seçeneğini işaretleyiniz.):

Var..... Yok.....

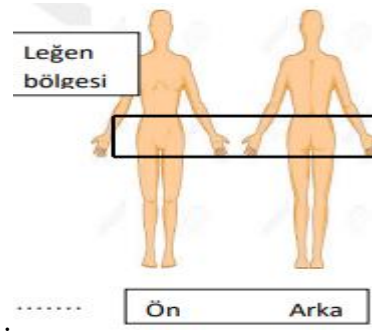
Aşağıdaki şikayetlerden hangisi/hangilerine sahipsiniz ?

İdrar kaçırma..... Sık idrara çıkma (gece/gündüz).....

Ani sıkışma hissi..... Gece yatağı ıslatma.....

Rahim/idrar torbası sarkma..... Dışkı (Büyük abdest)/gaz kaçırma.....

Kabızlık.....Pelvik (leğen bölgesinde) ağrı.....



Cinsel fonksiyon bozukluğu.....Diğer.....

Pelvik taban şikayetleri ile ilgili hangi doktora başvursunuz?

Kadın Doğum.....Ürolog.....Gastroenterolog.....Aile hekimi.....Diğer (açıklama yazabilirsiniz).....

Bu problemlerinden dolayı utanır mısınız? Evet..... Hayır.....

Bu problemlerden birine sahip olunca hemen doktora gider misiniz ? Evet..... Hayır.....

Pelvik taban problemlerini daha önce duydunuz mu? Evet.....Hayır.....

Nereden duydunuz? Doktor..... Hemşire..... Fizyoterapist..... TV.....İnternet..... Kitap..... Arkadaş/Tanıdık.....Diğer(açıklama yazabilirsiniz).....

Pelvik taban egzersizlerini biliyor musun? Evet..... Hayır.....

Pelvik taban egzersizlerini yapıyor musunuz? Evet..... Hayır.....

Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi

Açıklama: Pelvik taban, leğen kemiğinin alt tarafında yerleşim gösteren bir yapıdır. Bu yapı kadınlarda mesane, rahim ve kalın barsak ile, erkeklerde mesane, prostat bezi ve kalın barsak ile komşudur.



Aşağıda pelvik taban problemlerine yönelik bazı ifadeler bulunmaktadır. Lütfen pelvik taban sağlığı ile ilgili aşağıdaki ifadeleri dikkatli bir şekilde okuyunuz. Her bir ifadeyi okuduktan sonra, bu ifadeyi doğru buluyorsanız “Evet”, yanlış buluyorsanız “Hayır”, bu ifade hakkında herhangi bir fikriniz yoksa “Bilmiyorum” cevabının altına “X” işareti ekleyiniz.

| Maddeler | Evet | Hayır | Bilmiyorum |
|--|-------------|--------------|-------------------|
| 1. İdrar kaçırma, bir pelvik taban problemidir. | | | |
| 2. Pelvik organ sarkması (idrar torbası, rahim, barsak) pelvik taban problemlerinden biridir. | | | |
| 3. Dışkı veya gaz kaçırma, bir pelvik taban problemi değildir. | | | |
| 4. Pelvik taban gerginliği, pelvik ağrının (leğen bölgesinde ağrının) nedeni olabilir. | | | |
| 5. Pelvik taban problemleri bel ağrısı ile ilişkili değildir. | | | |
| 6. Pelvik taban cinsel sağlıkta önemlidir. | | | |
| 7. Pelvik taban, solunum sistemi ile ilişkilidir. | | | |
| 8. Pelvik taban zayıflığı pelvik ağrıya neden olabilir. | | | |
| 9. Pelvik taban problemlerinin birçok sebebi olabilir. | | | |
| 10. Gebelik, pelvik tabanı olumsuz etkileyebilir. | | | |
| 11. Çok kez normal (vajinal) doğum yapmak pelvik tabanı zayıflatabilir. | | | |
| 12. Aşırı şişman bireylerde pelvik taban problemlerinin görülme olasılığı düşüktür. | | | |
| 13. Sigara bağımlılığı, pelvik tabanı zayıflatabilir. | | | |
| 14. Sürekli ağırlık taşıma pelvik tabana zarar verebilir. | | | |
| 15. Kabızlık pelvik tabanın zayıflamasına neden olabilir. | | | |
| 16. Pelvik taban problemleri gençlerde yaşlılara göre daha fazla görülebilir. | | | |
| 17. Zorlayıcı sporlar/egzersizler (zıplama, halter kaldırma gibi) pelvik tabanı zayıflatabilir. | | | |
| 18. Duruş bozukluğu pelvik tabanı etkilemez. | | | |
| 19. Menopoz, pelvik taban problemlerini etkileyebilir. | | | |
| 20. Bazı ilaçlar, pelvik taban problemlerine neden olabilir. | | | |
| 21. Pelvik organlarla (mesane, prostat, rahim...) ilgili cerrahi yaklaşımlar pelvik tabanı zayıflatabilir. | | | |
| 22. Pelvik taban problemlerini belirlemede hasta muayenesi önemlidir. | | | |
| 23. Pelvik taban problemlerini belirlemede bazı özel testler kullanılır. | | | |
| 24. Pelvik taban problemlerinde klinik muayenenin yanında hastanın şikâyeti de önemlidir. | | | |
| 25. Pelvik taban egzersizleri, pelvik taban problemlerini önleyebilir. | | | |
| 26. Fizik tedavi, pelvik taban problemlerinin tedavisinde kullanılabilir. | | | |
| 27. İlaç, pelvik taban problemlerinde tek tedavi yöntemi değildir. | | | |
| 28. Ameliyat, pelvik taban problemlerinde kesin çözüm olmayabilir. | | | |
| 29. Düzenli yapılan fiziksel aktivite ve egzersiz pelvik taban problemleri için yararlıdır. | | | |

Kadınlarda Pelvik Taban Bilgisinin ve Pelvik Taban Disfonksiyonlarında Fizyoterapi Konusunda Farkındalığın Araştırılması

Yazar

Fatma

Aslan

Gönderim Tarihi: 28-Nis-2022 09:25AM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 1822615431

Dosya adı: fatma_turnitin. docx (1.48M)

Kelime sayısı: 14334

Karakter sayısı: 100700

1.GİRİŞ

Askı görevi gören kaslar, ligamentler ve fasyadan oluşan pelvik taban, mesaneyi, üreme organlarını ve rektumu destekleyen bir yapıdır. Pelvik taban, üriner ve fekal kontinansın sürdürülmesinde ve pelvik organları bir hamak gibi desteklemekte önemli bir rol oynar (1).

Pelvik taban disfonksiyonu büyük bir halk sağlığı sorunudur. Kadınların yaklaşık %10'u ameliyat gerektiren pelvik taban problemleriyle karşı karşıyadır. Yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl pelvik organ prolapsusu ve stres üriner inkontinans için yaklaşık 300.000 ameliyat yapılmaktadır. Bu veriler, pelvik taban disfonksiyonunun, yaygın ve çözümlenemeyen bir durum olduğunu göstermektedir (2,3). Pelvik organ prolapsusu, pelvik ağrı, bel ağrısı, cinsel sağlık problemleri, inkontinans gibi rahatsızlıklar pelvik taban kas fonksiyon bozukluğu ile tetiklenebilmektedir. Ayrıca bu problemlerin ortaya çıkmasında bireyin kadın olması, yaşı, doğum sayısı ve doğum tipi, menopoz durumu, vücut ağırlığı, pelvik taban bölgesine alınmış travma veya cerrahiler, kronik öksürük, zorlayıcı sporlar, ağırlık kaldırma gibi durumlar etkili olabilmektedir (4).

Pelvik taban problemleri hakkında yapılan çalışmalara göre çeşitli toplumlarda kadınların pelvik taban problemleri hakkında yetersiz bilgi ve algıya sahip oldukları, aynı zamanda kendi başlarına bu konu hakkında bilgi aramadıkları ortaya konulmuştur. Bu konuda bilgi ve farkındalık düzeyi yüksek kadınların kliniklere başvuru ve tedaviye uyum konusunda yüksek katılımlarının olduğu görülmüştür (5,6).

Literatürde Türk toplumunda belli yaş aralıklarına göre kadınların pelvik taban algı ve farkındalığını araştırmış kapsamlı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Türk toplumunda kadınların pelvik taban hakkındaki tutumlarının belirlenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinde gerekli programların yapılması, toplumsal farkındalık seviyesinin artırılması, pelvik taban problemlerinden korunma ve bu problemlerin tedavi edilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle çalışmamızın amacı; farklı yaş gruplarındaki Türk kadınlarında pelvik taban sağlığı hakkında farkındalık ve algıyı araştırmaktır.

Bu çalışmanın hipotezleri;

H0: Türk toplumunda 18-65 yaş arası farklı yaş gruplarındaki Türk kadınların pelvik taban sağlığı ve fizyoterapi yöntemleri hakkında bilgi ve algı düzeyi farklı değildir.

H1: Türk toplumunda 18-65 yaş arası farklı yaş gruplarındaki Türk kadınların pelvik taban sağlığı ve fizyoterapi yöntemleri hakkında bilgi ve algı düzeyi farklıdır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Pelvik Taban Anatomisi

Pelvik taban, birkaç önemli ürolojik, jinekolojik, gastroenterolojik ve pulmoner fonksiyonda rol oynayan iyi tanımlanmış bir kas yapısıdır. Bu yapı kubbe şeklinde, çizgili bir yapıya sahiptir. Mesaneyi, rahmi ve rahmi çevreleyen kas tabakası ile rektum ve anal sfinkterler birlikte depolama ve atılımın düzenlenmesinde önemli rol oynamaktadır (7).

2.1.1.Kemik yapı

Pelvik taban ilium, ischium, pubis, sacrum ve coccyx kemiklerinden meydana gelir. Bu kemikler birbirine ligamentler yardımı ile bağlanır. Bu ligamentler genç yaşlarda esnek bir yapıya sahipken yaşla beraber esnekliği azalmaktadır. Kontinansın sürdürülmesi ve pelvik organ prolapsusunun önlenmesi; pelvik tabanın destek mekanizmalarına bağlıdır. Kemikli pelvis, arkada sakruma ve önde birbirine pubik simfizde kaynaşmış iki kalça kemiğinden oluşur. Her bir kalça kemiği, gençlikte kıkırdak ile birbirine bağlanan ancak erişkinde kaynaşmış olan ilium, ischium ve pubis'ten oluşur. Pelvisin majör pelvis ve minör pelvis olmak üzere iki havzası vardır. Abdominal iç organlar majör pelvisi işgal eder; minör pelvis ise büyük pelvisin altta daha dar devamıdır. Alt pelvik çıkış, pelvik taban tarafından kapatılır (7).

Kadın pelvisi erkekte daha geniş bir çapa ve daha dairesel bir şekle sahiptir. Daha geniş giriş doğumu kolaylaştırır. Daha geniş çıkış, sonraki pelvik taban zayıflığına yatkınlık yaratır. Çok sayıda çıkıntı ve kontur, ligamentler, kaslar ve fasyal tabakalar için bağlantı yerleri sağlar. Dikkat çeken ince ve üçgen sakrospinöz ligamenttir. Bu ligament iskiyal dikenlerden sakrumun lateral kenarlarına ve sakrotüberöz ligamanın önünden koksikse kadar uzanır. Pelvisin ön yüzeyi kaslıdır ve koksigeusu oluşturur; ligament genellikle kasın dejenere kısmı olarak kabul edilir. Daha büyük ve daha küçük siyatik foramenler ligamanın üstünde ve altındadır. Ayrıca pelvisin sağ ve sol sakroiliak eklem, simfizis pubis, sakrokoksigeal eklem olmak üzere dört tane eklemi vardır. Bu eklemler; sakrospinöz, sakrotüberöz, sakroiliak (ön, arka interesseöz ligamentler), iliolumbar ligamentler tarafından desteklenir ve stabilize edilir (7).

2.1.2.Pelvik duvar kasları ve fasya

2.1.2.1.Fasya

Pariyetal ve endopelvik fasya olarak ikiye ayrılır. Pariyetal fasya; pelvik iskelet kaslarını örter ve kaslara kemik pelvise tutunacak bağlantı noktaları sağlar. Vissseral fasya; pelviste gevşek olarak

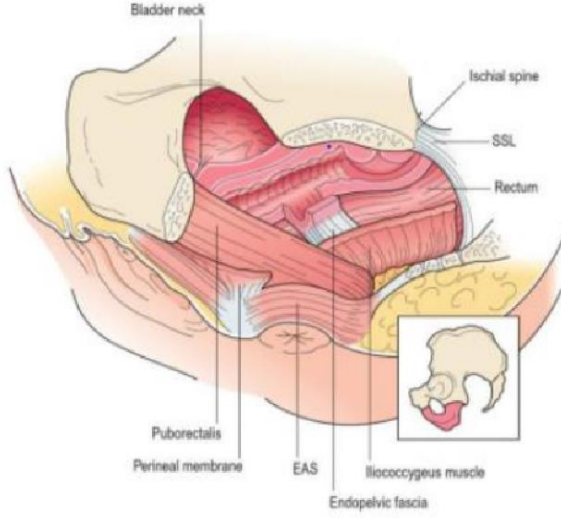
düzenlenmiş kollajen ve adipoz dokudan oluşan bir ağa benzer. Mesane, üretra, vajina ve uterus endopelvik fasya olarak adlandırılan bir bağ dokusu sistemi ile pelvik duvarlara bağlıdır. Bu yapı peritonun hemen altında yer alır ve belirli alanlarda çeşitli kalınlaşmalar veya yoğunlaşmalar olan sürekli bir birimdir. Endopelvik fasya, organları içeren bir kapsül sağlayan ve yer değiştirmelere ve hacim değişikliklerine izin veren visseral fasya ile süreklidir. Bu yapının farklı bölgelerine, değişik iç yapıya özellikle ligamentler ve fasya olmak üzere özel isimler verilir. Endopelvik fasya ve ligamentler elastin, düz kas hücreleri, fibroblastlar ve vasküler yapılar ile iç içe geçmiş ağ benzeri bir kollajen lif grubudur. Rahmi pelvis duvarına bağlayan yapılar; kardinal ligamentler, arterlerin ve damarların duvarlarını oluşturan destekleyici kolajenden güç alır. Endopelvik fasyanın pelvik yan duvar bağlantısı (pelvik fasyanın arkus tendineus) gibi diğer yapılar ağırlıklı olarak fibröz kollajendir (8).

2.1.2.2. Pelvik taban kasları

Pelvis tabanını kaslar ve fasya tabakası sınırları belirleyerek biçimlendirmektedir. Pelvik kaslar kemikli pelvisin herhangi bir kısmına bağlıdır; kemiğin dışında kemikli pelvise bağlı olanlar; pelvik boşluk ve pelvik boşluk içinde bulunanlar olmak üzere iki sınıfa ayrılabilir. Pelvik boşluğun dışında kemikli pelvise bağlı kaslar alt ekstremitte kasları ve ön karın kasları bağlıdır. Pelvik boşluk içinde ise piriformis, obturator internus, koksigeus, ve levator ani kasları ile birlikte uterus, sağ ve sol rahim tüpleri, sağ ve sol yumurtalıklar, vajinanın intrapelvik kısmı mevcuttur (1). Pelvik boşluk içindeki kaslardan obturator internus kası iliumun pelvik yüzeyinden başlar torachanter majörün arka yüzeyine yapışır. L5-S1, aracılığıyla nervus obturator internus tarafından inerve edilir. Arcus tendineus levator ani (ATLA) pubokoksigeal ve iliokoksigeal kasların başlangıç noktasıdır. Bu kaslar pelvik diagram olarak koopere bir şekilde adlandırılırlar. Pelvisin ön duvarındaki U şeklinde aralıktan kadın üretra, rektum ve vajinası dışarı açılım sağlar. Puboviseral kas bu aralığı sınırlar ve puboüretal ve puborektal kaslar için destek sağlar. Puboviseral kas sayesinde pelvik organlar destek ve stabilizasyon kazanmış olur. Koksigeus kası da sakropinöz ligamandan başlar koksigeus ve sakruma yapışır. Pelvik tabanda ani kasılmalara ve tonus artışına cevap veren kas lifleri mevcuttur. Bu sayede hem karın içi ani basınçlarla gelen yüklenmeler dengelenir hem de pelvik taban tonusu korunur. Pelvik diagramı oluşturan kaslardan bir diğeri de piriformistir. Piriformis kası sakrumun anterior kısmından başlar, torachanter majöre yapışır. S1-S2'den köken alan n. piriformis yardımıyla uyarılır ve pelvisin retroversiyon hareketine katkıda bulunur. Pelvik diagramda bulunan kaslar vertikal olarak uzanmaktadır ve rektuma doğru kalınlaşır ve bu kalınlaşmayla kadın pelvik tabanı desteklenmiş olur (1).

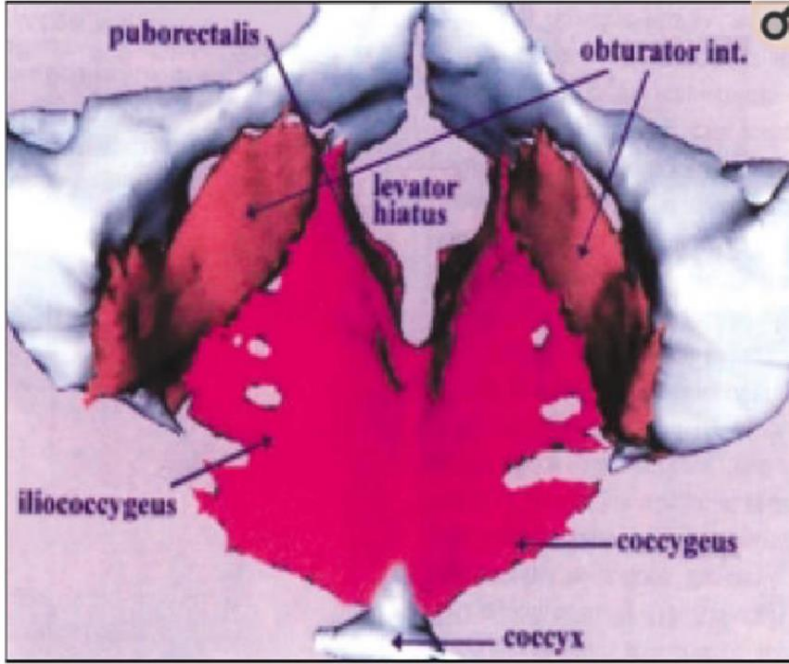
Pelvik taban kaslarının rektum dahil tüm abdominal organlar için destek sağlamak ve zemin görevi görmek olmak üzere iki ana işlevi vardır. Pelvik taban kasları vajinal, üretal ve anal kaslara

daraltıcı mekanizma sağlarlar. Fasya tabakalarıyla sarılmış levator ani ve koksigeus kası pelvik diafragmayı oluşturur(1).



Şekil 1.Endopelvik fasya ve pelvik kaslar(9)

Minör pelvisin iç yüzeyine bağlı olan levator ani ve koksigeus kasları pelvisin kaslı tabanını oluşturur. Karşı taraftaki karşılık gelen kasları ile pelvik diyaframı oluştururlar. Levator ani, medialden laterale doğru pubokoksigeus ve iliokoksigeus kasları olmak üzere iki ana kastan oluşur (8).



Şekil 2. 28 yaşında sağlıklı bir kadına ait bir pelvik tabanın kaslarının anatomik görüntüsü(10)

2.1.3. Pelvik taban ligamentleri ve bağ dokusu destekleri

Pelvik kemikleri sakrum ve koksikse bağlayan sakrospinöz ve sakrotuberöz ligament olmak üzere iki majör ligament bulunmaktadır. Sakrospinöz ligament foramen ishiadicum magnus ve foramen ishiadicum minus'u oluşturmada katkı sağlar. Ek olarak sakrotuberöz ligamente destek olarak sakroilik eklem stabilizasyonunda rol oynar (11).

Ön Destekler

Araştırmacılar arasında üretra, mesane ve vajinanın bağ dokusu desteklerinin pelvik diyafram üzerindeki pelvik fasyanın arkus tendineusuna kadar uzandığı konusunda fikir birliği vardır (12,13,14). Ürogenital hiatusta medial olarak boşluğu dolduran ön vajinal duvar dokusunun bir "hamak"ının vezikal boynu ve üretrayı desteklediği konusunda da fikir birliği vardır (13,14). Bununla birlikte, bu hamakla ilişkili bağ dokusu yapılarına odaklanan tartışmalar var.

Puboüretal ligamentler, üretradan kasık kemiğine uzanan bağ dokusu yapılarıdır. Çeşitli yazarlar bunları üretrayı desteklemekten ve kesecik boynunu kapalı tutmaktan sorumlu yapılar olarak tanımlamıştır (15).

Orta Destekler

Kardinal ligamentler (aynı zamanda Mackenrodt'un transvers servikal ligamentleri olarak da adlandırılır) serviksin lateral kenarlarından ve üst vajinadan lateral pelvik duvarlara kadar uzanır. Piriformis kasları üzerindeki büyük siyatik foramen bölgesinden, sakroiliak eklem bölgesindeki pelvik kemiklerden ve lateral sakrumdan geniş bir alandan kaynaklanırlar. Geniş ligamentlerin en alt kısımlarının yoğunlaşmasıdır (16).

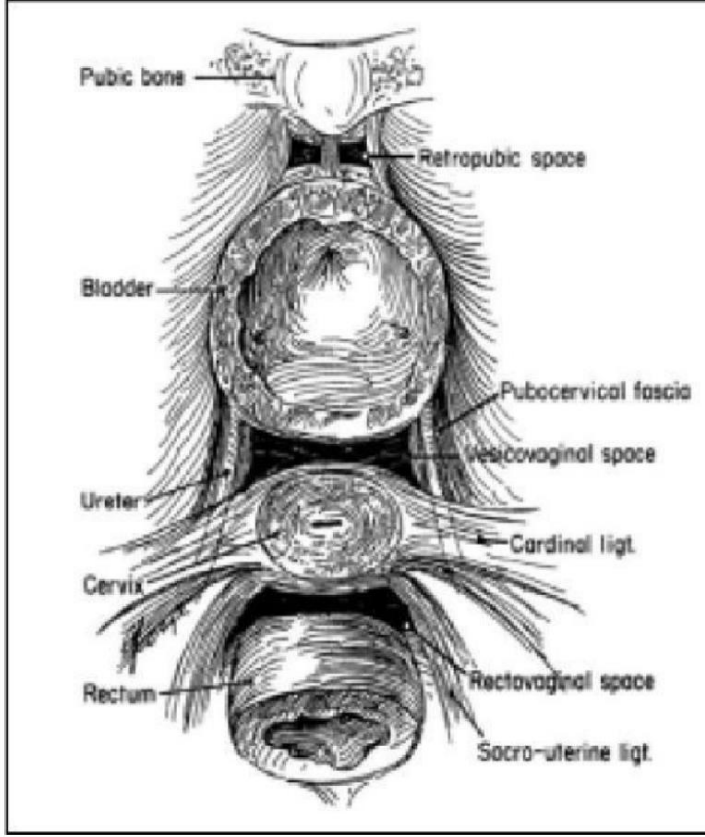
Uterosakral ligamentler, servikse ve üst vajinal forniklere posterolateral olarak bağlanır. Posteriorda sakroiliak eklem önündeki presakral fasyaya yapışırlar. Uterosakral bağların bağ dokusu, serviks çevresindeki kardinallerin bağ dokusu ile süreklidir. Kardinal ve uterosakral ligamentler, uterusu ve üst vajinayı levator plakası üzerinde uygun yerlerinde tutar (17). Bu destekleyici yapı kardinaller ve uterosakraller kontinans için doğrudan önemli değiller, ancak büyük sistosellerin cerrahi olarak düzeltilmesinde mesane tabanının desteklenmesinde rol oynarlar (18).

Arka Destekler

Kardinallerin altındaki posterior vajinal duvar, endopelvik fasyaya (bu bölgede rektovajinal fasya olarak adlandırılır) ve pelvik diyaframa bağlı parakolpium tarafından yanlardan desteklenir. Ön ve arka fasyal tabakalar vajinanın kenarları boyunca birleşir. DeLancey'e göre, (19) rektovajinal fasya çoğunlukla yanlarda bulunur ve vajinal duvarın orta hattında son derece incedir. Ancak peritoneal yansımadan perineal cisme uzanan fibromusküler elastik dokudan oluşan posterior rektovajinal septum tanımlanmıştır. Fetal yaşam sırasında, periton boşluğu perine gövdesinin kranial kısmına kadar uzanır, ancak yaşamın erken döneminde oblitere olur. Birleştirilmiş katmanları (Denonvillier fasyası) muhtemelen posterior vajinal duvarın alt yüzeyine yapışık olan rektovajinal septumun bir parçası haline gelir. Bu fasya, başka bir potansiyel boşluğun, rektovajinal boşluğun ön kenarını oluşturur. Rektovajinal septum, sağlam ve normal ise, rektal ve vajinal duvarların bağımsız hareketliliğine izin verir (20).

Vajina distalinde, himeneal halkanın 2 cm ila 3 cm yukarısında, vajina duvarı herhangi bir parakolpium araya girmeden doğrudan çevre yapılara yapışiktır. Önde vajina, üretra ve perineal membran ve kasların (ürogenital diyafram) bağ dokusu ile birleşir. Lateralde levator ani kasları ile birleşir ve posteriorda perineal cisim ile kaynaşır. Rektovajinal fasya bu bölgede en kalındır, (21) ve bu bölgedeki vajinanın komşu yapılardan ayrı bir hareketliliği yoktur (22).

Rektum için fasyal destekler, lateral rektal ligamentler, posterolateral pelvik yan duvardan (üçüncü sakral vertebra seviyesinde) rektuma uzanır ve orta rektal arterleri çevreler. Ek prerektal ve pararektal fasyal elemanlar sıklıkla tanımlanır (23).



Şekil 3.Kardinal ve uterosakral ligamentler, Serviks seviyesinde retropubik, vezikovajinal ve rektovajinal boşluklar (24)

2.1.4.Alt üriner sistem

Alt üriner sistem mesane ve üretra olmak üzere iki fonksiyonel birimin karşılıklı aktivitesiyle idrarın depolanması ve periyodik olarak atılmasından sorumlu sistem olarak tanımlanabilir (25).

Alt üriner sistemde görülen semptomlar

Alt üriner sistemde idrarın depolanması, boşaltımı ve boşaltım sonrası semptomlar görülmektedir (26).

Urgency, frequency, noktüri, üriner inkontinans, mikst tip üriner inkontinans, nokturnal entürezis, koital üriner inkontinans ve giggle üriner inkontinans olmak üzere birçok semptom idrarın depolanması aşamasındaki semptomlardandır (26).

İdrar boşaltımı esnasında ise idrarın akışı zayıf olabilir, idrar akışı kesintili olabilir, miksiyon zorlu veya kesintili idrar, idrarın son kısmının damla damla gelmesi şeklinde semptomlar görülebilir (27).

İşeme evresinde işeme semptomları yaşanır. Örneğin; yavaş akış, birey tarafından, genellikle önceki performansa veya diğerlerine kıyasla, azalmış idrar akışı algısı olarak rapor edilir. İdrar akışının bölünmesi veya püskürtülmesi rapor edilebilir, aralıklı akış, bireyin işeme sırasında bir veya daha fazla durumda durup başlayan idrar akışını tanımladığında kullanılan terimdir. Tereddüt, bir kişinin işemeye başlamadaki zorluğu tanımladığında kullanılan terimdir, bu da kişi idrara geçmeye hazır olduktan sonra işemenin başlamasında gecikmeye neden olur. Boşluğa zorlama, idrar akışını başlatmak, sürdürmek veya iyileştirmek için kullanılan kas çabasını tanımlar. Bu problemlerde suprapubik basınç, idrar akışını başlatmak veya sürdürmek için kullanılabilir. Credé manevrası ise bazı omurilik yaralanmalı hastalar tarafından kullanılır ve detrüsor yetersizliği olan kızlar bazen mesaneyi boşaltmaya yardımcı olmak için suprapubik olarak baskı yapar (28).

Terminal salya akışı; damlama yavaşladığında, bir kişi işemenin uzun bir son bölümünü tanımladığında kullanılan terimdir. İdrar bitimi tamamlandıktan sonra birey idrarın tamamlanmadığını hissedebilir, idrar bitiminden sonra idrar kontrol edilemez ve damla damla akmaya devam edebilir (28).

İşeme sonrası semptomlar, işemenin hemen ardından yaşanır (28).

Eksik boşalma hissi, bireyin idrarını yaptıktan sonra yaşadığı bir duygu için kendini açıklayan bir terimdir. İşeme sonrası damlama ise bir kişinin idrarını bitirdikten hemen sonra, genellikle erkeklerde tuvaleti terk ettikten sonra veya kadınlarda tuvaletten kalktıktan sonra istemsiz idrar kaybını tarif ettiği zaman kullanılan terimdir (28).

Cinsel ilişki ile ilişkili semptomlar

Disparoni, vajinal kuruluk ve inkontinans, kadınların ilişki sırasında veya sonrasında tanımlayabileceği semptomlar arasındadır. Bu semptomlar mümkün olduğunca eksiksiz olarak tanımlanmalıdır. Semptomlardan biri olan idrar kaçığı penetrasyon sırasında, cinsel ilişki sırasında veya orgazm sırasında olabilmektedir (29).

Pelvik organ prolapsusu ile ilişkili semptomlar

Bir aşağı inen bir yumru hissi, bel ağrısı, ağırlık hissi veya dışkıyı boşaltmak veya işemek için prolapsusu anatomik olarak değiştirme ihtiyacı, prolapsus olan kadınların tanımlayabileceği belirtiler arasındadır (30).

Genital ve alt idrar yolu ağrısı

Ağrı, rahatsızlık ve baskı, pelvik taban problemi olan birey tarafından hissedilen anormal duyular yelpazesinin bir parçasıdır. Ağrı hasta üzerinde en büyük etkiyi yaratır ve mesanenin doldurulması veya boşaltılması ile ilgili olabilir. Aynı zamanda ağrı işeme sonrasında hissedilebilir veya sürekli olabilir. Ağrı ayrıca tip, sıklık, süre, hızlandırıcı ve hafifletici faktörler ve lokasyona göre de karakterize edilmelidir (31).

Mesane ağrısı suprapubik veya retropubik olarak hissedilir ve genellikle mesane dolumu ile artar, işeme sonrasında da devam edebilir. Vulval ağrı, dış genital bölgede ve çevresinde hissedilir. Vajinal ağrı, vajinal girişin üzerinde, içten hissedilir. Perine ağrısı kadınlarda vajinal girişin arka dudağı ve anüs arasında ve erkeklerde skrotum ve anüs arasında hissedilir. Pelvik ağrı, örneğin mesane, üretral veya perine ağrısına göre daha az lokalize ve net tanımlanmıştır. Bu ağrı işeme döngüsü veya bağırsak fonksiyonu ile daha az ilişkilidir. Pelvik ağrı herhangi bir tek pelvik organa lokalize değildir (32).

Genitöüriner ağrı sendromlarının tümünde ağrı başlıca şikayettir ve doğası gereği kroniktir. Ağrıya eşlik eden şikayetler de alt üriner sistem, bağırsak, cinsel veya jinekolojik niteliktedir (33).

Ağrılı mesane sendromu, kanıtlanmış üriner enfeksiyon veya diğer belirgin patolojinin yokluğunda, gündüz ve gece sıklığında artış gibi diğer semptomların eşlik ettiği mesane dolumu ile ilgili bir suprapubik ağrı şikayetidir. ICS, bunun "interstisyel sistit" için tercih edilen bir terim olduğuna inanmaktadır. İnterstisyel sistit spesifik bir tanıdır ve tipik sistoskopik ve histolojik özelliklerle doğrulama gerektirir. Mesane ağrısının araştırılmasında karsinoma ve endometriozis gibi durumları dışlamak gerekebilir (34).

Üretral ağrı sendromu, kanıtlanmış enfeksiyon veya diğer belirgin patolojinin yokluğunda, genellikle işeme sırasında, gündüz sıklığı ve noktüri ile tekrarlayan epizodik üretral ağrının ortaya çıkmasıdır (35). Vulval ağrı sendromu ise işeme döngüsüyle ilgili veya idrar yolu veya cinsel işlev bozukluğunu düşündüren semptomlarla ilişkili, kalıcı veya tekrarlayan epizodik vulval ağrının ortaya çıkmasıdır. Kanıtlanmış bir enfeksiyon veya başka bir belirgin patoloji yoktur. ICS, tek bir semptom ile bir sendrom arasında karışıklığa yol açtığı için vulvodini (vulval-ağrı) teriminin kullanılmaması gerektiğini önermektedir (36).

Vajinal ağrı sendromu, idrar yolu veya cinsel işlev bozukluğunu düşündüren semptomlarla ilişkili, sürekli veya tekrarlayan, epizodik vajinal ağrının ortaya çıkmasıdır. Kanıtlanmış bir vajinal enfeksiyon veya başka bir belirgin patoloji yoktur (37).

Perineal ağrı sendromu, işeme döngüsüyle ilgili veya idrar yolu ve cinsel işlev bozukluğunu düşündüren semptomlarla ilişkili, kalıcı veya tekrarlayan epizodik perineal ağrının ortaya çıkmasıdır. Bu ağrı durumunda ispatlanmış bir enfeksiyon ve net bir patoloji yoktur (38).

Pelvik ağrı sendromu, alt üriner sistem, cinsel, bağırsak veya jinekolojik işlev bozukluğunu düşündüren semptomlarla ilişkili kalıcı veya tekrarlayan epizodik pelvik ağrının ortaya çıkmasıdır. Kanıtlanmış bir enfeksiyon veya başka bir belirgin patoloji durumu olmasına gerek yoktur (39).

Alt üriner sistem fonksiyon bozukluğunu düşündüren semptom sendromları

Klinik uygulamada, ampirik tanımlar genellikle bireyin alt üriner sistem semptomlarını, fiziksel bulgularını ve idrar tahlili sonuçlarını ve diğer belirtilen araştırmaları değerlendirdikten sonra ilk tedavinin temeli olarak kullanılır (40).

Sıkışma sendromu inkontinansı olan bireylerde; genellikle sık idrara çıkmayla birlikte noktüri görülebilir ve aşırı aktif mesane sendromu olarak da tanımlanabilir (41).

Bu semptom kombinasyonları, ürodinamik olarak gösterilebilir; detrüsrör aşırı aktivitesini düşündürür, ancak üretro-vezikal disfonksiyonun diğer formlarına bağlı olabilir. Bu olasılıklar haricinde herhangi bir enfeksiyon ve patolojik problem yoksa problemi tanımlamada verilen terimler kullanılabilir (41).

Kadınlarda işeme semptomlarının genellikle mesane çıkışı obstrüksiyonundan ziyade detrüsrör yetersizliğini düşündürdüğü düşünülür (42).

Pelvik taban kas fonksiyonu, rektal muayene sırasında, istirahatteki tonus ve istemli kasılmanın kuvveti ile güçlü, zayıf veya yok olarak niteliksel olarak tanımlanabilir (43).

İdrar konusunda yaşanacak sendromlardan bazıları aşağıdaki gibidir.

Frequency: Bu semptomda birey gün içerisinde 8 kez veya daha fazla idrara çıkmaktadır (44).

Urgency: Bu semptomda kişi acil olarak tuvalete gitme isteği duyar ve idrar kaçırma durumu gelişir (45).

Noktüri: Geceleri en az bir kez idrar yapma isteğiyle uykudan uyanma durumudur (46).

Noktürnal enürezis: Eğer kişi uykusunda idrar kaçırma ile karşı karşıya kalıyorsa buna noktürnal enürezis adı verilir (47).

2.1.4.1.Mesane

Mesane, idrar deposudur ve alt idrar yolu işlevi çok önemlidir. Pelviste pubik kemiklerin arkasında yer alır. Pubik kemiklerden yumuşak doku, damarlar ve destekleyici ligamentler içeren retropubik boşluk (retzius) ile ayrılır. Mesane kubbe kısmı düz kaslardan oluşan detrüsrörden, mesane tabanı üretral orifisler, mesane boynu ve trigonlardan oluşur. Mesane boşken piramit şekilli ve pelvik

bir organken, dolu iken sferik ve abdominal bir organdır. Mesane boynunda gerçek bir sfinkter yoktur, mesane boynu desteği pubovesikal ligamenttir. Miksiyon esnasında mesane boynu ve üretra açılır. Mesane boynu kapanması mesane boynunun pubovesikal ligamente kompresyonu sonucu oluşur. Bu yapıdaki hasar stres inkontinansa sebep olur (48).

Yaşlanmayla birlikte kişinin dış etkenlere uyumlanma kabiliyeti azalmaktadır. Yaş ile birlikte fonksiyonel vucüt yapısı değişmektedir (49).

Yaşlanmayla birlikte mesanede esnekliği ve mesanenin kasılmasını sağlayan yapılara destek olan maddeler azalırken bu yapıların rijiditesini artıran kolesterol gibi maddelerde artış görülmektedir. Özellikle yaşla beraber mesanede artan kollajen miktarı detrusörün kasılmasını azaltabilmektedir (49).

Yaşla beraber mesanede kasımlara aşırı duyarlı kısımlar oluşmaktadır bu kısımlar asetilkoline çok duyarlı hale gelip normalden daha sık mesane kasılmasına sebep olup inkontinansa neden olabilmektedir (49).

Yaşla beraber norepinefrin artışıyla mesanenin kendi kendine kasılma yeteneği ve hareketlilik durumu kısıtlanabilir. Bu elastik özelliklerin azalması ve basınç/hacim değişiminin artmasına neden olur (49).

Yaşla birlikte artan sağlık problemlerine bağlı ilaç kullanımı artar ve buna bağlı olarak uyku problemleri, inkontinans ve noktüri görülme durumu artmaktadır. Kullanılan ilaçlar ve yaş artışı sirkadiyen ritmi değiştirmektedir. Bu ritmin değişmesiyle uyku bozuklukları oluşabilir ve bu da inkontinans ve noktüri gibi problemlerde artışa yol açar (49).

Yaşlı bireylerde tüm bunların yanı sıra kas gücü, fiziksel aktive düzeyi, denge, beslenme düzeyi genç bireylere göre daha düşükken ilaç kullanımı fazladır. Bu durumda yaşla beraber pelvik taban problemlerinin artışına ve tedavisinin zorlaşmasına neden olabilmektedir (50).

Ayrıca mesaneye ait detrusör kası için kullanılan tanımlardan ve açıklamalardan bazıları şöyledir;

- İşeme sırasında detrusor işlevi
- Normal detrusör işlevi

Normal işeme, normal bir zaman aralığında ve obstrüksiyon yokluğunda mesanenin tamamen boşalmasına yol açan, gönüllü olarak başlatılan sürekli bir detrusor kontraksiyonu ile sağlanır. Belirli bir detrusor kasılması için, kaydedilen basınç artışının büyüklüğü, çıkış direncinin derecesine bağlı olacaktır (51).

Anormal detrusör aktivitesi alt bölümlere ayrılabilir:

Detrusor yetersizliği, mesane boşalmasının uzamasına veya normal bir zaman aralığında tam mesane boşalmasının sağlanamamasına neden olan, gücü veya süresi azalmış bir kasılma olarak tanımlanır (52).

Akontraktıl detrüör, ürodinamik çalışmalar sırasında kasıldığı gösterilemeyen bir detrüördür (53).

Normal bir detrüör kasılması yüksek çıkış direnci varsa yüksek basınç, normal çıkış direnci varsa normal basınç düşük çıkış direnci varsa düşük basınç şeklinde kaydedilecektir (54).

İşeme sonrası kalıntı (PVR), işemenin sonunda mesanede kalan idrar hacmi olarak tanımlanır (55).

İşeme sırasında üretral fonksiyon

İşeme sırasında üretral fonksiyon şunlar olabilir:

Normal üretra işlevi, mesanenin normal bir basınçta boşaltılmasına izin vermek için açılan ve sürekli olarak gevşeyen üretra olarak tanımlanır (56).

Anormal üretra işlevi, üretral aşırı aktivitenin tıkanmasına bağlı olabilir veya genişlemiş prostat, üretral darlık gibi anatomik anormallik nedeniyle üretra açılmayabilir (54).

Mesane çıkış obstrüksiyonu, işeme sırasında obstrüksiyon için kullanılan genel bir terimdir ve artmış detrusor basıncı ve azalmış idrar akış hızı ile karakterizedir. Genellikle akış hızı ve detrusor basıncının senkron değerleri incelenerek teşhis edilir (57).

Disfonksiyonel işeme, nörolojik olarak normal bireylerde işeme sırasında periüretral çizgili kasın istemsiz aralıklı kasılmaları nedeniyle aralıklı veya dalgalı bir akış hızı ile karakterize edilir. Disfonksiyonel işeme çok spesifik bir terim olmasa da “nörojenik olmayan nörojenik mesane” gibi terimlere tercih edilir. “İdiyopatik detrusor sfinkter dissinerjisi” veya “sfinkter aşırı aktivitesi işeme disfonksiyonu” gibi diğer terimler tercih edilebilir. Bununla birlikte, disfonksiyonel işeme terimi çok iyi bilinmektedir. Durum en sık çocuklarda görülür. Pelvik taban kasılmalarının sorumlu olduğu hissedilse de, üretra içi çizgili kas önemli olabilir (58).

Detrusor sfinkter dissinerjisi, üretral veya periüretral çizgili kasın istemsiz kasılması ile eş zamanlı detrusor kasılması olarak tanımlanır. Bazen akış tamamen engellenebilir. Detrusor sfinkter dissinerjisi tipik olarak suprasakral lezyonu olan hastalarda, örneğin yüksek omurilik yaralanmasından sonra ortaya çıkar ve alt kord lezyonlarında nadirdir. İntraüretral ve periüretral çizgili kaslar genellikle sorumlu tutulsa da, mesane boynu veya üretranın düz kasları da sorumlu olabilir (59).

Gevşemeyen **üretal sfinkter** obstrüksiyonu genellikle nörolojik lezyonu olan kişilerde meydana gelir ve idrar akışının azalmasına neden olan gevşemeyen, obstrüksiyon yapan bir üretra ile karakterizedir (60).

Gevşemeyen sfinkter tıkanıklığı meningomyelozel gibi sakral ve infrasakral lezyonlarda ve radikal pelvik cerrahi sonrası bulunur. Ek olarak, **mesane dolumu sırasında sıklıkla ürodinamik stres** inkontinansı vardır. Bu terim “**izole distal sfinkter** obstrüksiyonu”nun yerine geçer (61).

Akut idrar retansiyonu , hasta idrarını yapamadığı zaman ağrılı, elle hissedilen veya perküsyona uğrayan mesane olarak tanımlanır(62).

Akut retansiyonun genellikle ağrılı olduğu düşünülse de, örneğin prolapsus intervertebral disk nedeniyle, doğum sonrası veya epidural anestezi gibi bölgesel anesteziden sonra ağrı bazı durumlarda bir belirti özelliği olmayabilir. Retansiyon hacmi, beklenen normal mesane kapasitesinden önemli ölçüde daha büyük olmalıdır. Ameliyattan sonra hastalarda alt karın veya karın duvarı ağrısının bandajlanması nedeniyle ağrılı, ele gelen veya perküsyona uğrayan bir mesanenin saptanması zor olabilir (63).

Kronik idrar retansiyonu, hasta idrar yaptıktan sonra palpe edilebilen veya perküsyona uğrayan ağrısız mesane olarak tanımlanır. Bu tür hastaların inkontinansı olabilir (64).

ICS artık “taşma inkontinansı” terimini önermemektedir. Bu terim kafa karıştırıcı ve ikna edici bir tanımdan yoksun olarak kabul edilir. Kullanılıyorsa, kesin bir tanım ve azalmış üretal fonksiyon veya detrüör aşırı aktivitesi/düşük mesane kompliyansı gibi ilişkili herhangi bir patofizyoloji belirtilmelidir. Kronik retansiyon terimi, örneğin stres inkontinans ameliyatından sonra geçici işeme zorluğunu hariç tutar ve önemli miktarda idrar kalıntısı anlamına gelir(65).

2.1.4.2.Üretra

Kadınlarda üretra uzunluğu yaklaşık 4 cm'dir. Mesane ile birleşmesine mesane boynu denir. **Kontinansa önemli olan fibromusküler bir yapıdır. Sadece miksiyonda açılır** (66).

Üretra, mesanenin altından dış meatusa uzanan karmaşık bir tübüler yapıdır. Depolama (kontinans) ve işeme işlevine izin vermek için hem içeride hem de dışarıda ilişkili farklı kas elemanlarına sahiptir (7).

2.2.Pelvik taban disfonksiyonu

Kadın **pelvik taban** disfonksiyonu, üriner inkontinans, **pelvik organ prolapsusu** , dışkılama disfonksiyonu, cinsel **disfonksiyon** ve kronik **ağrı** sendromları dahil olmak üzere çok çeşitli klinik durumlara uygulanan bir terimdir (67).

Üriner İnkontinans

Üriner inkontinans , “herhangi bir istem dışı idrar kaçırma şikayeti” olarak tanımlanır ve 15-64 yaş arası kadınlarda %10 ile %55 arasında değişen prevalans oranlarıyla kadın popülasyonunda sık görülen bir sorundur (68). En yoğun görülen üç tipi stres, urge ve mix inkontinanstır. Kadınlarda üriner inkontinansın en sık görülen şekli, “efor veya eforla veya hapsirme veya öksürme sırasında istem dışı sızıntı” olarak tanımlanan stres üriner inkontinanstır. Aniden idrar yapma isteği gelip tuvalete giderken idrar kaçırmaya urge inkontinans denir. Bu iki tip inkontinans bir arada bulunursa mix tip inkontinans denir (69).

İdrar kaçırma muayene sırasında görülen idrar kaçağı olarak tanımlanır: bu üretral veya ekstraüretral olabilir (70).

Kategorize edilmemiş **inkontinans**, belirti ve semptomlar temelinde yukarıdaki kategorilerden birine sınıflandırılmayan istemsiz kaçağın gözlemlenmesidir (54).

Pelvik Organ Prolapsus

Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Koleji, pelvik organ sarkmasını (POP), pelvis içindeki organların vajina kanalına ve aşağı doğru kanal dışına sarkması olarak tanımlamıştır. POP, vajinanın ön duvarının (üretrosel, sistosel), vajinanın arka duvarının (enterosel, rektosel) ve vajinanın apikal segmentinin sarkmasını içerir (71).

Ön vajinal duvar prolapsusu, üretrovezikal bileşkenin (dış üriner meatusun 3 cm proksimalindeki bir nokta) veya bunun proksimalindeki herhangi bir ön noktanın 3 cm'den daha az olacak şekilde vajina ön duvarının aşağı inmesi olarak tanımlanır (71).

Vajinanın apikal bölümünün prolapsusu, vajinal kaf skarının (histerektomi sonrası) veya serviksın, kızlık zarı düzleminin üzerindeki toplam vajinal uzunluktan 2 cm daha az olan bir noktanın altına inmesi olarak tanımlanır (71).

Posterior vajinal duvar prolapsusu, posterior vajinal duvardaki orta hat noktasının kızlık zarı seviyesinin 3 cm yukarısında veya bunun proksimalindeki herhangi bir arka noktanın, vajinanın arka duvarının herhangi bir şekilde aşağı inmesi olarak tanımlanır (72).

POP, şiddet derecesine göre 0, 1, 2, 3, 4 olmak üzere 5 aşamada sınıflandırılır Bir veya iki kez doğum yapan kadınlarda POP tanısı alma olasılığı %50'dir (73). Sliker-ten Hove ve ark., yaptıkları çalışmada 45 ile 85 yaş arasındaki kadınların %40'ında en az evre 2 POP olduğunu bildirmiştir. Aynı

çalışmada prolapsuslu kadınların %10'unun prolapsus tedavisi için birden fazla cerrahi operasyon geçirdiği bildirilmiştir (74).

Prolapsusu olan kadınların çeşitli pelvik taban semptomları vardır. Bu semptomlar arasında pelvik şiddet, vajinada ağırlık hissi, vajinadan aşağı doğru gelen şişlik, nodül veya çıkıntı ve bel ağrısı sıklıkla görülmektedir. Ayrıca mesane veya barsak semptomları veya cinsel fonksiyon bozukluğu semptomları da sıklıkla görülebilmektedir. Bu belirtiler sarkma olan organla ilgili olabileceği gibi sarkmadan bağımsız da olabilir (75).

Prolapsus gelişimi, en tutarlı risk faktörleri olarak vajinal doğum, ilerleyen yaş ve artan vücut kitle indeksi ile çok faktörlüdür. Vajinal doğum, histerektomi, kronik zorlanma, normal yaşlanma ve bağ dokusu veya bağ dokusu onarımındaki anormallikler, bazı kadınları levator ani kompleksinin, vajinanın bağ dokusu eklerinin veya her ikisinin bozulmasına, gerilmesine veya işlev bozukluğuna yol açarak sarkmaya neden olur (76). Hastalar genellikle mesane, barsak ve pelvik semptomlar dahil olmak üzere çeşitli şikayetlerle başvururlar; ancak vajinal şişkinlik dışında hiçbiri sarkmaya özgü değildir. Ayrıca pelvik taban fonksiyon bozukluğu yaşayan kadınlarda %80 oranında pelvik organ prolapsusu ile birlikte inkontinansa görülür. Fakat pelvik organ prolapsuslarının yarısından fazlası asemptomatiktir (77).

Aşırı aktif mesane

Aşırı aktif mesane sendromunda acil idrar kaçırma olsun veya olmasın genellikle noktüri ve artan işeme sıklığının eşlik ettiği acil idrar kaçırma ile karakterize klinik bir tanıdır (78).

Detrüsör kasının aşırı aktivitesiyle karakterizedir, mesane istemsiz olarak kasılır ve kasılma sıklığı yaşla beraber artar. Gün içerisinde 8 defadan fazla idrara çıkma durumu ortaya çıkabilir (79). Detrüsör hiperrefleksisine bağlı olarak inme, demans ve omurga yaralanmalarının bir sonucu olarak görülmenin yanı sıra, mesane enfeksiyonu, pelvik organ prolapsusu, mesane çıkım tıkanıklığı, iyi huylu prostat büyümesi, inkontinans cerrahisi sonrası, mesane taş mesane tümörü gibi nörolojik olmayan durumlarda da aşırı aktif mesane problemlere eşlik edebilir. Kadınların bir kısmında idrar kaçırma ve mikst tip idrara kaçırma varken; bir kısmında idrar kaçırma yoktur veya sıkışma hissi belirgindir. Vücut kitle indeksi yüksek olanlarda aşırı aktif mesane sıklığının daha fazla görüldüğü saptanmıştır (80).

Kabızlık

Kabızlık psikolojik problemlerle ilintilidir. Kabızlık problemi olan hastalarda anksiyete, depresyon, kaygı bozukluğu gibi psikolojik sorunların daha fazla olduğu görülmüştür (81).

Roma 3 kabızlık kriterlerine göre: defekasyonda zorlanma, sert ya da topak şeklinde dışkı, tam boşaltamama, dışkılamada uzun zaman geçirme, dışkılama sırasında hastanın mekanik olarak perine veya vajina duvarına masaj yapma gereksinimi, semptomların en az 3 aydan beri var olması kabızlık göstergesidir (82).

Dışkılama öncelikle pelvik taban ve anal sfinkterin koordineli relaksasyonu ile başlar, ardından distal kolondaki içerik itilir, karın içi basınç artar, rektoanal açığı düzleşir ve dışkı tahliye edilir. Eğer defekasyon çıkışında rektum öne doğru fitiklaşmışsa tam dışkı boşaltımı sağlanamaz ve bireyler ancak vajina arka duvarına uygulayacakları baskı yoluyla boşaltımı sağlarlar (83).

Cinsel fonksiyon bozuklukları

Cinsel fonksiyon bozuklukları cinsel ilgi ve arzu bozuklukları, kadınlarda uyarılma bozuklukları, vajinismus problemleri gibi sorunlarla baş göstermektedir. Pelvik taban kasları cinsel organ bozukluklarında rol oynamaktadır. Çalışmalara göre; pelvik taban kasları zayıfladığında orgazm bozuklukları görülme durumu artmıştır (84).

Kadınlarda cinsel fonksiyonların bozulma durumu sık görülmekle birlikte bu durum herhangi bir pelvik taban problemi yaşayan kadınlarda daha sık görülmektedir. Bu problemleri yaşayan kadınlar ilişki sırasında idrar kaçırmaya, utanç durumu, idrar kokusu ve özgüven problemleri nedeniyle cinsel siklusun evrelerinin tam olarak gerçekleştiremeyebilir. Bu evreler; istek, uyarılma, orgazm ve çözülme aşamalarıdır. Bu aşamalarda yaşanan problemler kadınlarda cinsel istekte azalma, seksüel ağrı problemleri, ilişkiden kaçınma veya sıklığında azalma, cinsel uyarım bozukluğu şeklinde sıralanabilir (85).

2.3.Pelvik Taban Problemleri için Risk Faktörleri

Pelvik taban bozukluğunu tetikleyebilecek ve komplikasyonları artırabilecek risk faktörleri mevcuttur.

Cinsiyet; Kadınlarda pelvik taban problemleri erkeklerden fazladır (86).

Yaş; Yaş ilerledikçe pelvik taban problemlerinin görülme sıklığı artmaktadır. Pelvik taban kasları yaşla beraber zayıflama eğilimindedir (86).

Obezite; Obezite problemi pelvik tabana çok fazla yük bindirebilir ve pelvik taban bu yüklenmeyle olumsuz etkilenebilir (87).

Zorlayıcı Aktiviteler; Halter, ağırlık kaldırma, basketbol, voleybol gibi sıçramayla beraber karın içi basıncın artmasıyla pelvik tabana yük binebilir ve pelvik taban problemlerinin tetiklenme durumu görülebilir (88).

Kronik konstipasyon; Kronik kabızlık durumunda zorlayarak dışkı yapma durumunda pelvik taban kasları gücünü zamanla kaybedebilir (89).

Menopoz durumu; Menopoz döneminde östrojen hormonunun azalması ile birlikte pelvik taban kasları zayıflarken aynı zamanda bu dönemdeki kilo alımıyla birlikte pelvik taban kaslarına ciddi yük binerek çeşitli pelvik taban problemlerini tetikleyebilir (90).

Sigara durumu; Sigara içmek kalp-damar yapısını ve hormonal sistemi değiştirdiği için pelvik taban problemlerini artırabilir. Aynı zamanda sigaranın akciğerlere yaptığı olumsuz etki öksürük, hapsirme aksırma gibi karın içi basıncı artıracak durumların sık yaşanmasına neden olduğu için pelvik taban problemlerinde bir risk faktörüdür (91).

Kronik öksürük; Öksürük durumu şiddetli ve sık görüldüğünde karın içi basıncı artırıp inkontinans ve pelvik organ prolapsusu durumlarında problemi tetikleyebilir (92).

Pelvik cerrahi; Pelvik cerrahilerde birtakım organların tamamının veya bir kısmının alınmasıyla pelvik taban etkilebilir; aynı zamanda cerrahi esnasında dokunulan kasların zayıflama özelliği dolayısıyla pelvik taban problemleri tetiklenebilir (93).

Hamilelik; Hamilelik, doğum şekline bağlı olarak doğum sonrası kas güçsüzlüğünü artırır. Artmış stres üriner inkontinans semptomları vajinal doğum ile ilişkilidir(94)

2.4.Pelvik Taban Fonksiyon Bozukluğunun Değerlendirilmesi

Hasta hikaye sorgulaması; Hikaye alımı pelvik taban problemlerinde her aşama için çok önemlidir. Hikaye alımında obezite durumu, sosyal ve kültürel özellikler, menopoz ve menstrüasyon durumu, geçmişteki hastalık ve operasyon durumuyla beraber medikal ilaç kullanımı, hamilelik durumu ve doğum sayısı sorgulanmalı ve hastaların şuan ki başlıca şikayetleri sorgulanmalıdır (20).

Anatomik değerlendirme; Pelvik tabanın anatomik durumunu, prolapsus durumu, pelvik taban kaslarının bağların ve ligament durumunun yapısı ve konumuyla ilgili bir değerlendirme sistemidir (95).

Sistoretroskopi; Bu yöntem sık kullanılan ve birçok ürolojik hastalığın tanısında kullanılan bir tanı yöntemidir. İdrar yolu darlığı, anormal idrar sitolojisi, mesane tümörleri, interstisyel sistit gibi durumlarda dış idrar yolundan kamera ile girilerek uygulanan bir değerlendirme yöntemidir (96).

Nörofizyolojik testler; Pelvik taban problemlerinde sinir demiyelinizasyonu hatta denervasyonu görülebilir. Gerçekleşen hasarın mekanizması nörofizyolojik testler yardımıyla belirlenebilmektedir (97).

Ultrason; Ultrason yardımıyla mesane içi idrar volümü ve işeme sonrası rezidüel idrar bakılır (98).

PVR (post voiding rezidü):50 ml'den az rezidü mesanenin boşaldığını gösterir.Post voiding rezidü idrar boşaltımı sonrası mesanede kalan idrar miktarıdır(99).

Ürodinamik testler: Mesane ve üretranın anatomik ve fonksiyonel durumunu belirlemek amacıyla yapılır (100).

Üroflowmetri:İdrarın akış hızı,kuvveti ve süresini ölçen bir tanı yöntemi testidir(101).

Sistometri: Detrüsör fonksiyonunu,kapasitesini ve basıncını değerlendiren bir testtir(102).İşeme döngüsünün dolum fazının ürodinamik incelemesini tanımlamak için kullanılır(103).

Ped testi: İnkontinansın varlığını ve derecesini gösteren objektif bir testtir. İnkontinans epizodları sırasında kaybedilen idrar miktarını ölçmek için kullanılabilir Ped testi ile belirlenmiş bir zaman aralığında pedin ağırlığının öncesi ve sonrası tartılarak idrar kaçırma yoğunluğu belirlenir. Burada en ideal süre 1 ya da 2 günlük testlerdir, ancak saatlik kısa periyotlar içinde de test yapılabilir (104).

Mesane günlüğü

Mesane günlüğü 24 saat veya 48 saat içerisinde bireyin işeme sıklığı, idrar volümü, sıvı gıda miktarı, inkontinans sayısının belirlenmesi için tutulan bir günlüktür. ICS'e göre 3- 7 gün günlük tutarak değerlendirme yapmak en idealidir. Değerlendirme yapılan birey günlük periyotta günlük sıvı alımı, miktarı, gece idrar yapma sayısı ve kaçırma derecelerini zaman aralıklarıyla kaydeder. Eğer günlük tuttuğumuz birey bir çocuksa kesinlikle su iç, idrara git gibi komutlar vermeden doğal olan idrar durumu gözlenmelidir (105).

Nörolojik değerlendirme

Pelvik taban ile ilgili değerlendirme yaptığımız bütün bireylerde birçok nörolojik problemi belirlemede nörolojik değerlendirmeler önem taşır ve bu noktada duyu ve motor değerlendirmelerin yanı sıra, mental sağlık, kognitif ve bilişsel yetenekler, oryantasyon algı, koordinasyon gibi durumlar belirlenerek değerlendirmeler yapılır (106).

Ürodinamik değerlendirme

Cerrahi tedavi öncesinde, ciddi inkontinans varlığında, tekrarlayan üriner inkontinans varlığında, nörolojik bozukluk şüphesi durumlarında ürodinamik değerlendirmeye ihtiyaç duyulur. Ürodinami mesane kasları hakkında ayrıntılı bilgi verir. Üretra ve rektuma yerleştirilen kateter ile mesane ve karın içi basınç ölçülür. Mobil mesane boynunun saptanmasında Q tip test kullanılmıştır. Burada amaç üretranın aşırı mobil hareketlerini saptamaktır (107).

2.5.Pelvik Tabanın Fonksiyonel Değerlendirilmesi

Pelvik taban dinamometresi

Pelvik taban kas gücünü ölçmeye yarayan dinamometrelerdir (108).

Palpasyon ve gözlem

Pelvik taban değerlendirmesi yaptığımız bireyden pelvik taban kaslarını sıkmamızı istediğimizde üretral, vajinal ve anal açıklıkların daraldığı gözlemlenir. Palpasyon yöntemiyle değerlendirme yaparken ise; parmağımızı vajinal veya anal açıklığa koyarak değerlendirme yaptığımız hastanın parmağımızı güçlü bir şekilde sıkması istenir. Bu şekilde hastanın yapabildiği kas kontraksiyonu değerlendirilir (24).

Elektromiyografi

Elektromiyografi vücuttaki nörolojik ve muskuler dokudaki işleyişin incelendiği elektrofizyolojik bir yöntemdir. Bu yöntemle pelvik taban kaslarının da nörolojik ve kassal durumları hakkında bilgi sahibi olunabilir (109).

Manyetik rezonans görüntüleme

Pelvik tabanda bulunan kasların anatomik yapısı ve yaralanma durumları hakkında bilgi almamızı sağlayan değerlendirme yöntemidir (110).

Ağrı Değerlendirmesi: genital bölge, pelvik taban bölgesi, pelvis bölgesi, lomber bölgede ağrının sorgulandığı, ağrı şiddeti, bölgesi, ağrı süresi, ağrı miktarını etkileyen faktörler değerlendirilmek istenmiştir. Bu ölçümde vücut şemasının yanı sıra vizüel analog skala kullanılarak ağrı lokalizasyonu ve şiddeti gibi parametreler değerlendirilebilir (111).

Alt üriner sistem rehabilitasyonu, alt üriner sistem fonksiyonu için cerrahi olmayan, farmakolojik olmayan tedavi olarak tanımlanır ve şunları içerir:

Pelvik taban eğitimi, belirli pelvik taban kaslarının tekrarlayan seçici istemli kasılması ve gevşemesi olarak tanımlanır (112).

Biofeedback , normalde bilinçsiz bir fizyolojik süreç hakkındaki bilgilerin hastaya veya terapisteye görsel, işitsel veya dokunsal bir sinyal olarak sunulduğu bir tekniktir(112).

Davranış değişikliği, uyumsuz işeme paternlerinin tedavisi için hastanın semptomları ve çevresi arasındaki ilişkinin analizi ve değiştirilmesi olarak tanımlanır. Bu, hastanın davranışının veya ortamının değiştirilmesiyle sağlanabilir (113).

Elektrik stimülasyonu, pelvik organları veya onların sinir beslemesini uyarmak için elektrik akımının uygulanmasıdır. Elektrik stimülasyonunun amacı, doğrudan bir terapötik yanıtı indüklemek veya alt üriner sistem, bağırsak veya cinsel işlev bozukluğunu modüle etmek olabilir (112).

Kateterizasyon, mesaneyi veya idrar rezervuarını boşaltmak için bir kateter kullanarak mesaneyi boşaltmaya yönelik bir tekniktir (114).

Mesane refleksi tetikleme, dışsal uyaranlarla refleks detrüsör kasılmasını sağlamak için hasta veya terapist tarafından gerçekleştirilen çeşitli manevraları içerir. En sık kullanılan manevralar suprapubik vurma, uyluk kaşıma ve anal/rektal manipülasyondur (112).

Mesane ekspresyonu, mesane boşalmasını kolaylaştırmak için intravezikal basıncı arttırmayı amaçlayan çeşitli manevraları içerir (115). En sık kullanılan manevralar karın germe, Valsalva manevrası ve Crede manevrasıdır (116).

2.6.18-65 Yaş Aralığında Farklı Yaş Grubundaki Kadınların Pelvik

Taban ve Pelvik Taban Problemleri Hakkında Farkındalık ve Algısı

Farkındalık bireyin etrafındaki olayları bilme, algılama ve duyumsama becerisidir. Algı ise duyularımızın aldığı bilgileri yakalama, işleme ve aktif olarak anlamlandırma yeteneğidir (117). Bireyler hastalıkları ve semptomlarını algılamak; dış dünyadaki olayları tanımlamak ve öngörü oluşturmak için zihinlerinde birtakım şemalar oluştururlar. Hastalığın akut veya kronik olması, kişilere soyut veya somut kaynaklardan aktarılan bilgiler, hastalığın veya herhangi birkaç semptomun deneyimlenmesi, hastalığa olan inanç kalıpları ve çevresel girdiler bu şemaları etkilemektedir. Bireylerin hastalıklara olan algısı hastalıklarla karşılaştıklarında kendi kendilerine baş etme çabalarını, hastalığa çözüm bulma arayışlarını, hastalıktan psikolojik olarak etkilenme seviyelerini, hastalıklara olan yorumlarını, çevresindekileri etkileme düzeylerini ve yaşam kalitesi gibi birçok hasta yararına olan seçeneği olumlu veya olumsuz yönde etkilemektedir. Örneğin; hasta olan bir bireyin o hastalığı algılama düzeyi yüksekse hastalığın iyileşme gösterme düzeyi diğer bireylere göre yüksektir. Buradan hareketle bireylerin hastalık ve semptomlar hakkındaki algısının ne kadar olduğunun araştırılmasının önemine dikkat çekebiliriz (118).

Pelvik taban, kontinans, cinsel işlev, doğum ve daha fazlasını destekleyen kasları içermektedir. Ancak, çok az insan bu kasların var olduğunu veya genel sağlık ve esenlik için ne kadar önemli olduklarını bilmektedir (119). Pelvik taban hakkında eksik farkındalık ve algı düzeyi kadınların pelvik taban problemleri karşısında tutum ve davranışlarını olumsuz etkileyerek kadınların hayatlarına negatif sonuçları beraberinde getirmektedir (120). Lima ve ark yaptığı çalışmaya göre pelvik taban algısı farkındalık ve algısı yüksek sporcuların üriner inkontinas geliştirme olasılığı %57 azdır. Çalışmaya katılan kadın sporcuların çoğunluğunda üriner inkontinans görülmesine rağmen bu durumun ne olduğu ve tedavi olarak hangi davranışların sergilenmesi gerektiği bilincinin

katılımcılarda düşük olduğu görülmüştür ((121). Chang ve ark. çalışmasına katılan postmenopozal dönemdeki kadınların %54,3' ünün üriner inkontinansın anlamını bile bilmedikleri görülmüştür, inkontinansı olanların ise %30,3' ü doktora gitmiştir. Katılımcı grubun algı ve farkındalık düzeyi düşüktür. Katılımcılara arasında üriner inkontinans yaygın bir semptom olmasına rağmen, genellikle doktorlara bildirilmemiş, bu da yetersiz tedaviye yol açmıştır. Halk sağlığı açısından bakıldığında, üriner inkontinans ve tedavisi ile ilgili sağlık eğitimini artırarak kadınların yaşam kalitesini iyileştirilebilir (122). Jezari ve ark. üriner inkontinansı olan Meksikalı Amerikalı kadınlarda yaptığı araştırmaya göre kadınların tedavi arama tutumun önündeki engelin bu problem hakkında yetersiz bilgi ve farkındalıktır (123). Shay ve ark (2015) yaptıkları çalışmada düşük pelvik taban algısının yüksek pelvik taban disfonksiyonu prevalansı ile ilişkili olduğu ve pelvik taban ile ilgili verilen eğitim sonrası algı ve farkındalıktaki artış, yaşam kalitesinde de bir artış ve pelvik taban disfonksiyonları semptomlarında bir azalma ile önemli ölçüde ilişkili olduğu görülmüştür (124). Hatchett ve arkadaşlarının Amerika 'da yaşayan Afrikalı ve Latin Amerikalı kadınlarda yaptığı araştırmaya göre; kadınlar pelvik taban problemler nedenlerinden, semptomlarından ve mevcut tedavilerinden habersiz olduğu görülmüştür (125). Neels ve arkadaşlarına göre doğum yapmamış kadınlar, pelvik tabanın ne olduğu, ne gibi fonksiyonlarının olduğu ve ne gibi sonuçlara yol açabileceği hakkında yeterli bilgiye sahip değildir(126). Buurman ve ark (2012) çalışmasına göre; kadınların doğum sonrası pelvik taban sorunları hakkında oldukça bilgisiz olduğu ve profesyonel yardım aramaya teşvik edilmedikleri görülmüştür. Katılımcılar pelvik taban disfonksiyonlarını, problemlerin kendiliğinden çözüleceğine dair umutlarını besleyen yakınlarıyla paylaştıklarını ifade etmişlerdir; yanısıra profesyonel bilgiye ihtiyaç duyduklarını da belirtmişlerdir. Katılımcılar pelvik taban sorunlarını anlamak ve onlarla nasıl başa çıkacaklarını öğrenmek istemektedir (127). Postmenopozal kadınlara dair yapılan başka bir araştırmada ise pelvik taban disfonksiyonları ve bunlarla ilgili semptomların karmaşık olduğu ve tam olarak anlaşılmadığı algısının bu kadınlar arasında yaygın olduğu görülmüştür(128). Hamile ve doğum sonrası kadınlarında UI ve POP hakkında bilgi sahibi olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (129).

Kepekçi ve ark 2011 yılında Türk kadınlarında yaptığı araştırmada pelvik taban problemlerinin gelişiminde ana faktörün yaş olduğu görülmüştür (130). Liu ve ark (2019)'nın hamile kadınlarda yaptığı araştırmada yaş ve eğitim düzeyi artıkça pelvik taban algısı ve farkındalığı artmaktadır (131). Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde ergenlik, hamilelik, doğum sonrası, postmenopozal dönem gibi kadın yaşamının birçok evresinde ve farklı yaş aralıklarında kadınların pelvik taban farkındalık ve algı düzeyinin yetersiz olduğu görülmüştür. Kadınlara özel evrelerin bulunduğu farklı yaş aralıklarında pelvik tabana olan ilgi farklılaşmıştır. Neel ve ark (2016) çalışmasına göre peripartum kadınlar, postpartum kadınlara göre pelvik taban disfonksiyonunun oluşumu hakkında önemli ölçüde daha fazla karamsar algılara sahiptir. Peripartum kadınların

%75'inin ve menopoz sonrası kadınların %68'inin pelvik taban algı ve farkındalığının düşük olduğu görülmüştür. Kadınların pelvik taban kasları ve pelvik taban disfonksiyonları hakkında bilgisi yaş, menopoz, gebelik ve pariteye göre değişmektedir. Örneğin; nullipar kadınların pelvik taban algısı postmenopozal dönemdeki kadınlara göre azdır. Yine hamilelik dönemindeki kadınların algı ve farkındalık düzeyleri nullipar ve postmenopozal yaş aralıklarındaki kadınlardan farklı düzeydedir (132). Premenopozal orta yaş grubundaki kadınların yaşadığı dönem ve etkileşimde bulunduğu kişiler nedeniyle pelvik taban algısı düzeyi diğer kadınlara göre değişmektedir. Genç yaş grubundaki kadınların ise gerek teknoloji kullanımının fazlalığı gerekse bu konuyu deneyim eksiklerinden dolayı daha tehdit edici bulmalarından diğer kadın gruplarına göre çok daha fazla bilgi sahibi olabilmektedirler (132,133). Kadınlığın farklı evreleri ve farklı yaş aralıklarında algı ve farkındalık düzeyleri birçok etmene bağlı olarak farklılaşmaktadır. Fakat genel olarak çalışmalara bakıldığında tüm kadınlardaki pelvik taban farkındalık ve algısının beklenenden yetersiz olduğu görülmektedir. Bu eksiklik pelvik taban problemlerinin erken tanısı, tedaviye olan yaklaşım tarzı ve tedavi arayışına girme gibi pelvik taban problemlerine olumlu etki edecek tutumların önüne geçmektedir. Kadınlar hangi yaş, meslek, ırk ve kadın olmanın gereği olarak (gebelik, menopoz, menopoz sonrası vs.) hangi dönemde olursa olsun pelvik taban hakkında yetersiz algı, bilgi ve farkındalığa sahiptirler. Bu eksiklik kadınları tedavi arama davranışını, tedaviye uyumunu etkileyerek pelvik taban disfonksiyonlarının tedavisini olumsuz etkilemektedir. Bütün bu araştırmalar bize pelvik taban farkındalığına ve bilgi düzeyine olan yüksek ilgiyi göstermektedir. Pelvik taban hakkında sahip olunan algı ve farkındalığın kadınların yaşam kalitelerine etkisine verilen öneme dikkat çekmektedir.

Literatüre bakıldığında Türk kadınlarının pelvik tabana olan algı ve farkındalığını araştıran yeterli çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamız ile birlikte Türk kadınlarının pelvik taban problemleri hakkında farkındalık ve algı düzeyini araştırarak ülkemizdeki pelvik taban problemlerinin geleceği hakkında yorumlarda bulunmak ve fizyoterapi alanına bu konuya dair bilgiler kazandırarak çalışmacılara, klinisyenlere ve araştırmacılara yol göstermek amaçlandı. Bunun sonucunda ülkemiz toplumunda pelvik taban sağlığının geliştirilmesine yardımcı olmayı hedeflemekteyiz. Yanı sıra pelvik taban algısının nasıl geliştirileceğine ve bu çalışmaların etkinliğini sorgulayan çalışmalarında yapılmasına öncülük etmek istemekteyiz.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Bireyler

Bu çalışmaya Ankara ili Çankaya bölgesinde yaşayan 18-65 yaş aralığında 220 gönüllü Türk kadın dahil edildi. Bu kadınlar yaşlarına göre 18-25 yaş, 26-35 yaş, 36-45 yaş, 46-55 yaş ve 56-65 yaş olmak üzere beş farklı yaş grubuna ayrıldı.

Çalışma için Başkent Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan gereken izin alındı (KA21/409, 2022). Etik kurul onayı Ek1' de verildi. Bilgilendirilmiş onam formu ile katılımcılar çalışma ile ilgili bilgilendirildi ve onamları alındı. Bu formun katılımcı tarafından onaylanmasının ardından katılımcılara değerlendirme anketindeki sorular yöneltildi. Değerlendirme anketi katılımcılara online ve yüz yüze olmak üzere hibrit bir şekilde yapıldı. Bilgilendirilmiş onam formu Ek-2 de sunuldu.

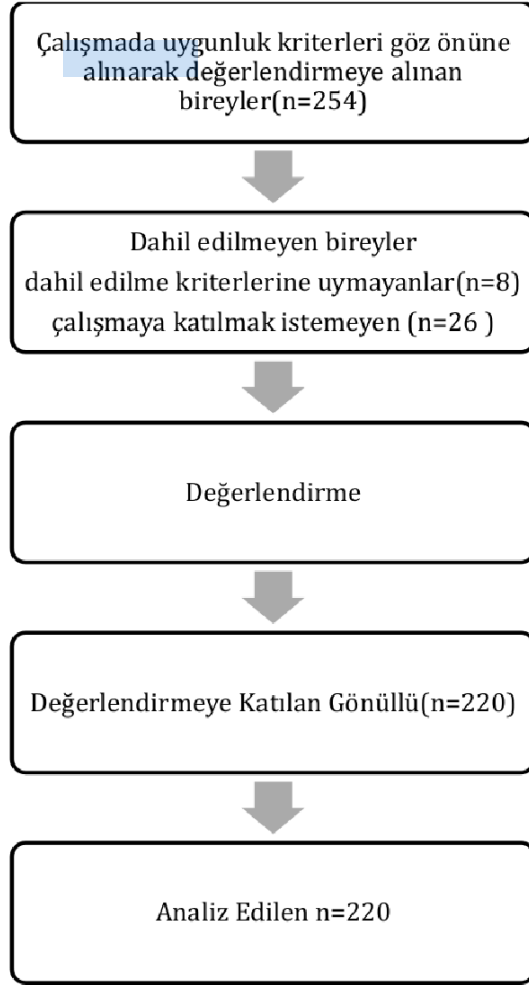
Araştırmaya alınan bireyler Ek-3'te verilen değerlendirme kriterlerindeki şartlara bağlı kalınarak değerlendirme formundaki soruları cevapladı.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- Ana dili Türkçe olmak
- 18-65 yaş aralığında kadın olmak
- Ankara ili Çankaya bölgesinde yaşıyor olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri;

- Yapılan anketi anlama problemi olanlar veya test cevaplarını ifade etmede yetersiz olanlar
- Uygulanan anketin tam doldurulmaması
- Yazılı veya sözlü ifade edilmiş bir anketi yanıtlamaya yönelik ciddi fiziksel ve zihinsel engeli bulunan kadınlar
- Anket çalışmamızı engelleyebilecek fiziksel, kognitif, kardiyak ya da nörolojik hastalığı olan bireyler



Şekil 4.Katılımcıların akış şeması

3.2.Değerlendirme

Çalışmamızda gönüllü olan ve kriterlere uyan 18-65 yaş arası kadınlara; tarafımızca hazırlanan değerlendirme formu kısaca açıklandı ve sorulara cevap vermeleri istendi. Değerlendirme formu içeriği şu bölümlerden oluşmaktadır.

- 1) Sosyal ve demografik bilgilere ek olarak pelvik taban sağlığı hakkında bilgi ve bireyin kısaca pelvik taban sağlığını sorgulayan genel bilgilerden oluşan değerlendirme soruları

2) Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi

Değerlendirme soruları

Değerlendirme sorularında ilk olarak bireylerin sosyal, fiziksel ve demografik bilgilerini edinecek sorular soruldu.

-İsim, Soyisim

-Fiziksel özellikler: Katılımcıların boyları santimetre cinsinden, ağırlıkları ise kilogram cinsinden anket formuna kaydedildi.

-Doğum Tarihi

-Eğitim Düzeyi: Katılımcıların öğrenim durumları; ilkokul, ortaokul, lise, üniversite ve lisansüstü olarak gruplandırılarak sorgulandı.

-Medeni durum: Evli ve bekar olmak üzere iki seçenek halinde soruldu.

-Mesleği, çalışma durumu: Bireylerin çalışma durumu ve meslekleri açık uçlu soru olarak bireyler yöneltildi.

-Sağlık çalışanı olup olmadığı; evet ve hayır şeklinde iki seçenek olarak katılımcılara sunuldu.

-Cinsiyet: Çalışma sadece kadın katılımcılara uygulandı.

-Obstetrik Özgeçmiş Sorgulaması: Katılımcıların gebelik sayısı, düşük sayısı, yaşayan çocuk sayısı, Küretaj sayısı ve kaç doğum yaptığı araştırıldı ve birey eğer doğum yaptıysa bunun normal mi sezeryan mı yoksa her ikisini de yapıp yapmadığı sorgulandı ve kaydedildi.

-Menstrüel Durum: Bireylerin menstrüel durumu düzenli adet, düzensiz adet, doğal menopoğ, tıbbi menopoğ olmak üzere 4 seçenek halinde sorgulandı.

-Kronik öksürük varlığı: Çalışmaya katılan bireylerde kronik öksürük durumu var, yok şeklinde iki seçenek halinde sorgulandı.

-Kabızlık varlığı: Çalışmaya katılan bireylerde kabızlık durumu var, yok şeklinde iki seçenek halinde sorgulandı.

-Sigara kullanımı: Bireyin sigara kullanıp kullanmadığı var ve yok olmak üzere iki seçenek halinde sorgulandı.

-Alkol kullanımı: Bireyin alkol kullanma durumu var, yok şeklinde iki seçenek halinde sorgulandı.

-Düzenli egzersiz alışkanlığı: Bireyin düzenli egzersiz alışkanlığı var, yok şeklinde iki seçenek halinde sorgulandı.

-Bireyin varsa sahip olduğu pelvik taban problemlerinin sorgulanma durumu: katılımcıların pelvik taban problemleri idrar kaçırma, sık idrara çıkma, ani sıkışma hissi, gece yatağı ıslatma rahim/ıdrar torbası sarkma, dışkı (büyük abdest kaçırma) / gaz kaçırma, kabızlık, pelvik ağrı, cinsel fonksiyon bozukluğu ve diğer şeklinde 8 seçenek halinde sorgulandı.

-Bireyin herhangi bir pelvik taban problemi durumunda hangi doktora başvurduğu: Katılımcılara kadın doğum, ürolog, aile hekimi ve diğer şeklinde 4 seçenek verildi. Diğer seçeneğinde katılımcı eğer seçenekler arasında olmayan bir doktora başvuruyorsa açıklaması istendi.

Pelvik taban problemlerini paylaşma hakkında utanç duyma durumu: bu durum evet ve hayır şeklinde iki seçenek halinde sorgulandı.

Pelvik taban problemleriyle karşılaştığında hemen doktora gitme durumu: Katılımcılara herhangi bir pelvik taban problemiyle karşılaşmaları halinde doktora gidip gitmedikleri evet ve hayır olmak üzere iki seçenek halinde soruldu.

Bireyin pelvik taban problemlerinden daha önce haberdar olma durumu/haberdar ise hangi kaynak ve kaynaklardan bu bilgiyi edindiği: katılımcı pelvik taban problemlerini duyduysa evet seçeneğini işaretleyerek nerden duyduğu hakkındaki doktor, hemşire, fizyoterapist, tv, internet, kitap, arkadaş veya tanıdık ve diğer seçeneği olmak üzere seçenekler verilmiş olup diğer seçeneğini işaretlemesi durumunda açıklaması istendi. Birey eğer pelvik taban problemleri hakkında hiçbir şey duymadıysa hayır seçeneğini işaretledi.

Bireyin pelvik taban egzersizlerini bilip bilmediği; Bu soru katılımcılara evet ve hayır şeklinde iki seçenek halinde yöneltildi.

Bireyin pelvik taban egzersizlerini yapıp yapmadığı; bu soruda ise kişinin pelvik taban egzersizlerini yapma durumu evet ve hayır şeklinde iki seçenek halinde sorgulandı.

Pelvik taban sağlığı bilgi testi

Pelvik taban sağlığı bilgi testi 2019 yılında Wala'a Al-Deges tarafından geliştirilmiş yüz geçerliliği anlamında anlaşılabilirliği %93.61 oranında anlaşılır olduğu kanıtlanan bir bilgi testidir. **Pelvik taban sağlığı bilgi testi** Türk toplumunda pelvik taban sağlığı bilgi düzeyini araştırmaktadır. Bu test pelvik tabana ait fonksiyon/disfonksiyon (8 madde), risk ve etyoloji (13 madde), tanı ve tedavi (8 madde) ile ilgili üç alt boyutta toplam 29 sorudan oluşmaktadır. Testte kullanılan olumlu maddeler için 'Evet', olumsuz maddeler için 'hayır', olumlu ya da olumsuz herhangi bir fikre sahip olmayan katılımcılar için 'bilmiyorum' seçeneği mevcuttur.

Testin güvenilirlik geçerliliğine dair birey ayırsama indeksi (BAİ) ve Kuder-Richardson-20 (KR-20) katsayısı değeri sırasıyla fonksiyon/disfonksiyon alt boyutu için 0.892 ve 0.890, risk/etioloji alt

boyutu için 0.938 ve 0.920, tanı ve tedavi alt boyutu için 0.912 ve 0.924, Pelvik taban sağlığı bilgi testi toplam skor için 0.952 ve 0.926 olarak bulunmuştur. Bu değerler 0 ile bir arasında değerlerdir ve 1'e yaklaştıkça testin iç tutarlılık düzeyi yükselmektedir. Bu sonuçlardan yola çıkarak pelvik taban sağlığı bilgi testinin geçerlilik ve güvenilirliği yüksek bir test olduğu görülmüştür (134).

3.3. Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında elde edilen veriler SPSS 24 programı ile analiz edildi. Araştırma kapsamında demografik özelliklerine göre dağılımlarının verilmesinde betimleyici analizlerden frekans ve yüzde analizi kullanıldı. Araştırmada kullanılan ölçeklere ait betimleyici analizlerin verilmesinde ise ortalama ve standart sapma değerleri verildi. Elde edilen verilerin dağılımın normal dağılım olması sonucu hipotez testleri istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde test edilmiş olup ölçeklerden elde edilen puanların 2'li gruplara göre farklarının incelenmesi için bağımsız örneklem t-testi, 2'den fazla gruplar arasındaki farkların belirlenmesi için tek yönlü anova analizi yapıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi için ki-kare analizi yapıldı. Örneklem hacminin hesaplanmasında G-power programı kullanılmıştır, G-power programında parametreler için %85 güç düzeyinde, %95 güven ve %5 hata ile çalışıldı.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Örneklem genişliğini belirlemek için G-Power programından yararlanıldı. Örneklem büyüklüğünün hesaplanması için önceki araştırmalarda elde edilen grupların ortalama, standart sapma ve ilişki düzeyleri ya da değişkenlerin birbirlerine oranları bilinmelidir ve böylelikle bu oranlar ve bilgiler aracılığı ile etki büyüklüğü hesaplanabilir. Bu araştırmanın hipotezlerine uygun olarak kadınların Pelvik Taban Sağlığı düzeylerini değerlendiren deneysel araştırmalar incelendi. Sonuçta bu araştırmaya referans olarak alınan çalışmadaki araştırmacı, araştırmayı yaptıktan sonra Pelvik Taban Sağlığı ölçeğine ait etki büyüklüğünü 0.25 olarak hesaplandı. Bu bilgi ışığında, $\alpha=0.05$, $1-\beta=0.85$ olarak alındı ve 0.25'lik etki büyüklüğü ile her örneklem hacmi toplamda 220 kişi olarak hesaplandı.

4. BULGULAR ve YORUM

Katılımcılara ait demografik özellikler Tablo 1'de verildi.

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

| Demografik | Grup | N | Yüzde % |
|-----------------------------|---------------|------------|--------------|
| Cinsiyet | Kadın | 219 | 100,0 |
| Yaş | 18-25 yaş | 68 | 30,9 |
| | 26-35 yaş | 37 | 16,8 |
| | 36-45 yaş | 55 | 25,0 |
| | 46-55 yaş | 25 | 11,4 |
| | 56-65 yaş | 35 | 15,9 |
| | Eğitim Durumu | İlkokul | 13 |
| Ortaokul | | 6 | 2,7 |
| Lise | | 70 | 31,8 |
| Lisans | | 100 | 45,5 |
| Lisansüstü | | 31 | 14,1 |
| Medeni Durum | Bekâr | 107 | 48,6 |
| | Evli | 113 | 51,4 |
| Çalışma Durumu | Çalışıyor | 90 | 40,9 |
| | Çalışmıyor | 130 | 59,1 |
| Sağlık Çalışanı Olma Durumu | Evet | 48 | 21,8 |
| | Hayır | 172 | 78,2 |
| | Toplam | 220 | 100,0 |

Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; %30,9'unun 18-25 yaş, %16,8'inin 26-35 yaş, %25,0'inin 36-45 yaş, %11,4'ünün 46-55 yaş, %15,9'unun 56-65 yaş olduğu belirlendi. Katılımcıların %5,9'unun ilkokul, %2,7'sinin ortaokul, %31,8'inin lise, %45,5'inin lisans, %45,5'inin lisansüstü mezunu olduğu, %48,6'sının bekâr, %51,4'ünün evli, %40,9'unun çalıştığı, %59,1'inin çalışmadığı ve %21,8'inin sağlık çalışanı olduğu, %78,2'sinin sağlık çalışanı olmadığı belirlendi. Çalışmamızda beş farklı grupta farklı sayıda kişiler ile araştırma yapılmıştır. Evren üzerinden seçtiğimiz rastgele örnekleme grup sayıları farklı, dağılımlar homojendir. Dağılımların

homojenlik göstermediği bazı noktalarda farklı istatistiksel testler kullanarak sonuçlara ulaşıldı Bu testler katılımcı sayısı ve homejenlik faktörü göz önünde bulundurularak analiz edildi.

Katılımcıların değişkenlere göre dağılımı Tablo2'de verilmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların Değişkenlere Göre Dağılımları

| Değişkenler | Grup | N | Yüzde % |
|--|---------------|-----|---------|
| Doğum Şekli | Doğum yok | 104 | 47,3 |
| | Sezaryen | 54 | 24,5 |
| | Normal | 62 | 28,2 |
| Menstrüel Durum | Düzenli adet | 133 | 60,5 |
| | Düzensiz adet | 44 | 20,0 |
| | Doğal menopoz | 43 | 19,5 |
| Kronik Öksürük | Var | 27 | 12,3 |
| | Yok | 193 | 87,7 |
| Kabızlık | Var | 41 | 18,6 |
| | Yok | 179 | 81,4 |
| Sigara | Var | 80 | 36,4 |
| | Yok | 140 | 63,6 |
| Alkol | Var | 57 | 25,9 |
| | Yok | 163 | 74,1 |
| Düzenli Egzersiz | Var | 71 | 32,3 |
| | Yok | 149 | 67,7 |
| Utanma | Evet | 32 | 14,5 |
| | Hayır | 188 | 85,5 |
| Pelvik Taban Şikâyeti ile Doktora Gitme | Evet | 148 | 67,3 |
| | Hayır | 72 | 32,7 |
| Pelvik Taban Problemini Daha Önce Duyma | Evet | 99 | 45,0 |
| | Hayır | 121 | 55,0 |

| | | | | |
|--------------------------------------|--|------------------------|------------|--------------|
| | | Arkadaş/tanıdık | 14 | 6,4 |
| | | Doktor | 15 | 6,8 |
| | | Fizyoterapist | 35 | 15,9 |
| | | İnternet | 21 | 9,5 |
| | | Diğer | 39 | 17,7 |
| | | Duymadım | 96 | 43,6 |
| Pelvik Taban Egzersizlerini Bilme | | Evet | 67 | 30,5 |
| | | Hayır | 153 | 69,5 |
| Pelvik Taban Egzersizlerini Uygulama | | Evet | 26 | 11,8 |
| | | Hayır | 194 | 88,2 |
| *Pelvik Taban Şikâyetleri | | Sık idrara çıkma | 36 | 13,2 |
| | | Ani sıkışma hissi | 29 | 10,6 |
| | | Kabızlık | 33 | 12,0 |
| | | Pelvik bölgesinde ağrı | 22 | 8,0 |
| | | Diğer | 58 | 21,2 |
| | | Hiçbiri | 96 | 35,0 |
| *Başvurulan Doktor | | Kadın doğum | 124 | 52,5 |
| | | Ürolog | 28 | 11,9 |
| | | Aile hekimi | 15 | 6,4 |
| | | Diğer | 17 | 7,2 |
| | | Bilmiyorum | 52 | 22,0 |
| | | Toplam | 220 | 100,0 |

*Çoklu cevap olduğundan n sayısı farklılık gösterebilir.

Katılımcıların değişkenlere göre dağılımları incelendiğinde; %47,3'ünün doğum yapmadığı, %24,5'inin sezaryen, %28,2'sinin normal doğum yaptığı, %60,5'inin düzenli adet, %20,0'ının düzensiz adet, %19,5'inin doğal menopoza geçirdiği belirlendi. Katılımcıların %12,3'ünde kronik öksürük, %18,6'sında kabızlık, %36,4'ünde sigara kullanımı, %25,9'unda alkol kullanımı vardır. Katılımcıların %32,3'ünün düzenli egzersiz yaptığı, %14,5'inin pelvik taban problemlerinden utandığı, %85,5'inin bu şikayet yüzünden doktora gittiği belirlendi. %45,0'ının daha önce pelvik taban şikayetini duyduğu, %55,0'ının duymadığı, %6,4'ünün arkadaş/tanıdıktan, %6,8'inin doktordan, %15,9'unun fizyoterapistten, %9,5'inin internetten, %17,7'sininde diğer kaynaklardan duyduğu belirlendi. Katılımcıların %30,5'inin pelvik taban egzersizini bildiği, %69,5'inin bilmediği, %11,8'inin egzersizleri uyguladığı, %88,2'sinin uygulamadığı belirlendi. Pelvik taban şikayetlerine göre dağılımları incelendiğinde; %13,2'sinin sık idrara çıkma, %10,6'sının ani sıkışma hissi, %12,0'ının kabızlık, %8,0'ının pelvik bölgesinde ağrı, %21,2'sinin diğer şikayetlere sahip olduğu belirlenirken, %35,0'ının hiç şikayeti olmadığı belirlendi. Pelvik taban şikayeti ile doktora başvuranların %52,2'sinin kadın doğum, %11,9'unun ürolog, %6,4'ünün aile hekimi, %7,2'sinin diğer doktorlara uğradığı belirlendi.

Katılımcılara ait betimsel bulgular Tablo3'de verilmiştir.

Tablo 3: Katılımcıların Değişkenlerine Ait Betimsel Bulgular

| Değişkenler | \bar{X} | s.s. |
|---------------------|-----------|-----------|
| Boy (cm) | 163,55 | 9,33 |
| Vücut Ağırlığı (kg) | 65,75 | 13,0 2 |
| VKİ | 25,04 | 0,39 |
| Gebelik | 1,44 | 1,77 |
| Doğum | 1,01 | 1,22 |
| Düşük | 0,18 | 0,47 |
| Kürtaj | 0,35 | 0,85 |
| Yaşayan Bebek | 1,34 | 1,77 |

VKİ:Vücut Kitle İndeksi

Katılımcıların değişkenlerine ait betimsel bulgular incelendiğinde katılımcıların boy ortalamalarının ($\bar{x}=165,55$), vücut ağırlığı ortalamasının ($\bar{x}=65,75$), VKİ düzeyi ortalamasının ($\bar{x}=25,04$), gebelik adedi ortalamasının ($\bar{x}=1,44$), doğum adedi ortalamasının ($\bar{x}=1,01$), düşük adedi ortalamasının ($\bar{x}=0,18$), kürtaj adedi ortalamasının ($\bar{x}=0,35$) ve yaşayan bebek ortalamasının ($\bar{x}=1,34$) olduğu belirlendi.

PELVİK TABAN SAĞLIĞI BİLGİ DÜZEYLERİNE AİT ANALİZ SONUÇLARI

Araştırmanın bu bölümde katılımcılar için pelvik taban sağlığı bilgi düzeylerine ait, betimsel istatistikleri, demografik özelliklere göre farklılıklarının belirlenmesine ait bulgulara yer verildi.

Katılımcıların pelvik taban sağlığı bilgi düzeylerine ait normallik testi sonuçları Tablo4' de verilmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerine Ait Normallik Testi Sonuçları

| Alt Boyutlar | Kolmogrov-Smirnov | | | Merkezi Eğilim Ölçümleri | | | |
|------------------------|-------------------|-----|--------------|--------------------------|--------|-----------|----------|
| | İstatistik Değeri | Sd | p | \bar{x} | Medyan | Çarpıklık | Basıklık |
| Fonksiyon/Disfonksiyon | 0,213 | 220 | $\leq 0,001$ | 3,24 | 3,00 | 0,208 | -1,508 |
| Risk Ve Etiyoloji | 0,214 | 220 | $\leq 0,001$ | 4,96 | 5,00 | 0,262 | -1,530 |
| Tanı Ve Tedavi | 0,252 | 220 | $\leq 0,001$ | 3,71 | 4,00 | 0,033 | -1,737 |

Elde edilen verilerin dağılımlarının belirlenmesinde merkezi eğilim ölçümlerinden aritmetik ortalama, medyan, çarpıklık ve basıklık katsayıları kullanıldı. Medyan ile aritmetik ortalama değerinin birbirine yakın ya da eşit olması ile çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 2 sınırları içerisinde düşmesi nedeniyle elde edilen verilerin dağılımının normal dağılımdan geldiği belirlendi (135).

Katılımcıların pelvik taban sağlığı bilgi düzeylerine ait betimsel bulguları Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5: Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerine Ait Betimsel Bulgular

| Alt Boyutlar | \bar{x} | s.s. |
|------------------------|-----------|------|
| Fonksiyon/Disfonksiyon | 3,24 | 2,96 |
| Risk Ve Etiyoloji | 4,96 | 4,70 |
| Tanı Ve Tedavi | 3,71 | 3,35 |

\bar{x} = ortalama; s.s= standart sapma

Pelvik taban sağlığı bilgi düzeylerine ait betimsel bulgular incelendiğinde fonksiyon/disfonksiyon ortalamasının (\bar{x} =3,24), risk ve etiyoloji ortalamasının (\bar{x} =4,96) tanı ve tedavi ortalamasının (\bar{x} =3,71) olduğu belirlendi.

Katılımcıların pelvik taban sağlığı bilgi düzeylerinin yaşlarına göre farklılaşmasının belirlenmesine yönelik anova testi sonuçları Tablo6'da verilmiştir.

Tablo 6: Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerinin Yaşlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

| Alt Boyutlar | Yaş | N | \bar{x} | s.s | F | p | Scheffe |
|------------------------|--------------------------|----|-----------|------|-------|-------|------------|
| Fonksiyon/Disfonksiyon | 18-25 yaş ⁽¹⁾ | 68 | 4,66 | 3,14 | 6,627 | 0,001 | (1-3) * |
| | 26-35 yaş ⁽²⁾ | 37 | 2,92 | 3,03 | | | |
| | 36-45 yaş ⁽³⁾ | 55 | 2,60 | 2,64 | | | |
| | 46-55 yaş ⁽⁴⁾ | 25 | 2,80 | 2,61 | | | |
| | 56-65 yaş ⁽⁵⁾ | 35 | 2,14 | 2,30 | | | |
| Risk Ve Etiyoloji | 18-25 yaş ⁽¹⁾ | 68 | 6,74 | 4,87 | 3,756 | 0,006 | (1-3) * |
| | 26-35 yaş ⁽²⁾ | 37 | 4,49 | 4,99 | | | |
| | 36-45 yaş ⁽³⁾ | 55 | 4,18 | 4,37 | | | |
| | 46-55 yaş ⁽⁴⁾ | 25 | 4,04 | 3,79 | | | |
| | 56-65 yaş ⁽⁵⁾ | 35 | 3,91 | 4,37 | | | |
| Tanı Ve Tedavi | 18-25 yaş ⁽¹⁾ | 68 | 5,07 | 3,36 | 4,477 | 0,002 | (1-3) * |
| | 26-35 yaş ⁽²⁾ | 37 | 3,19 | 3,54 | | | |
| | 36-45 yaş ⁽³⁾ | 55 | 2,96 | 3,07 | | | |
| | 46-55 yaş ⁽⁴⁾ | 25 | 3,56 | 3,12 | | | |
| | 56-65 yaş ⁽⁵⁾ | 35 | 2,91 | 3,11 | | | |

p<0.05; \bar{x} = ortalama; s.s= standart sapma; n katılımcı sayısı, F=Anova testi tablo değeri; p= anlamlılık düzeyi;

#Tek yönlü Anova testi yapılmıştır.

Parantez içindeki rakamlar yaş gruplarını göstermektedir.18-25 yaş (1) 1.gruptaki 18-25 yaş

aralığındaki kişileri,26-35 yaş(2) 2.gruptaki 26-35 yaş aralığındaki kişileri,36-45 yaş(3) 3.gruptaki 36-45 yaş aralığındaki kişileri,46-55 yaş(4) 4. gruptaki 46-55 yaş aralığındaki kişileri,56-65 yaş(5) 5.gruptaki 56-65 yaş aralığındaki kişileri ifade etmektedir.

Katılımcıların pelvik taban sağlığı bilgi düzeylerinin yaşlarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğini belirlenmesi için yapılan Anova testi sonucuna göre; fonksiyon/disfonksiyon düzeylerinin yaşlarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı. (F= 6.627; p=0.001; p<0.05). 18-25 yaşındakilerin (\bar{X} =4,66) fonksiyon/disfonksiyon düzeyleri 36-45 yaş (\bar{X} =2,60) ve 56-65 yaşındakilere (\bar{X} =2,14) göre daha yüksekti. Risk ve etioloji düzeylerinin yaşlarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı. (F= 3.756; p=0.006; p<0.05). 18-25 yaşındakilerin (\bar{X} =6,74) risk ve etioloji düzeyleri 36-45 yaş (\bar{X} =4,18) ve 56-65 yaşındakilere (\bar{X} =3,91) göre daha yüksekti. Tam ve tedavi düzeylerinin yaşlarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı. (F= 4.477; p=0.002; p<0.05). 18-25 yaşındakilerin (\bar{X} =5,07) tam ve tedavi düzeyleri 36-45 yaş (\bar{X} =2,96) ve 56-65 yaşındakilere (\bar{X} =2,91) göre daha yüksekti. Gruplar arasındaki farkın kaynağı post-hoc testlerinden scheffe testi ile belirlendi. Varyansların tüm gruplar için homojen olduğu belirlendi.

Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerinin Sağlık Çalışanı Olmalarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları Tablo7'de verilmiştir.

Tablo 7: Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerinin Sağlık Çalışanı Olmalarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

| Alt Boyutlar | Sağlık Çalışanı Olma | | | | | | |
|-----------------------|----------------------|-----------|------|------|-------|-----|--------|
| | N | \bar{X} | s.s | t | Sd | p | |
| Fonksiyon/Disfonksiyo | Evet | 48 | 5,94 | 2,46 | 8,126 | 218 | 0,001* |

| | | | | | | | |
|-------------------|-------|-----|------|------|-------|-----|---------------|
| n | Hayır | 172 | 2,49 | 2,64 | | | |
| Risk Ve Etiyoloji | Evet | 48 | 8,81 | 3,69 | 7,114 | 218 | 0,001* |
| | Hayır | 172 | 3,89 | 4,38 | | | |
| Tanı Ve Tedavi | Evet | 48 | 6,73 | 2,26 | 7,981 | 218 | 0,001* |
| | Hayır | 172 | 2,87 | 3,13 | | | |

*p<0.05; \bar{x} = ortalama; s.s= standart sapma; n katılımcı sayısı, t= t testi tablo değeri; sd= serbestlik derecesi; p= anlamlılık düzeyi; #Bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır.

Katılımcıların pelvik taban sağlığı bilgi düzeylerinin sağlık çalışanı olmalarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan t-testi sonucuna göre; fonksiyon/disfonksiyon düzeyleri sağlık çalışanı olmalarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı. (t= 8.126; p=0.001; p<0.05). Sağlık çalışanı olanların (\bar{x} =5,94) fonksiyon/disfonksiyon düzeyleri sağlık çalışanı olmayanlara (\bar{x} =2,49) göre daha yüksekti. Risk ve etiyoloji düzeyleri sağlık çalışanı olmalarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı. (t= 7.114; p=0.001; p<0.05). Sağlık çalışanı olanların (\bar{x} =8,81) risk ve etiyoloji düzeyleri sağlık çalışanı olmayanlara (\bar{x} =3,89) göre daha yüksekti. Tanı ve tedavi düzeyleri sağlık çalışanı olmalarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı. (t= 7.981; p=0.001; p<0.05). Sağlık çalışanı olanların (\bar{x} =6,73) tanı ve tedavi düzeyleri sağlık çalışanı olmayanlara (\bar{x} =2,87) göre daha yüksekti. Varyansların tüm gruplar için homojen olduğu belirlendi.

Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerinin Pelvik Taban Egzersizlerini Bilmelerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları Tablo8'de verilmiştir.

Tablo 8: Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerinin Pelvik Taban Egzersizlerini Bilmelerine Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları

| Alt Boyutlar | Pelvik Taban | | N | \bar{X} | s.s | t | sd | P |
|------------------------|----------------------|--|-----|-----------|------|--------|-----|--------|
| | Egzersizlerini Bilme | | | | | | | |
| Fonksiyon/Disfonksiyon | Evet | | 67 | 5,88 | 2,17 | 10,825 | 218 | 0,001* |
| | Hayır | | 153 | 2,09 | 2,48 | | | |
| Risk Ve Etiyoloji | Evet | | 67 | 9,06 | 3,41 | 10,475 | 218 | 0,001* |
| | Hayır | | 153 | 3,17 | 4,01 | | | |
| Tanı Ve Tedavi | Evet | | 67 | 6,66 | 2,02 | 10,550 | 218 | 0,001* |
| | Hayır | | 153 | 2,42 | 3,00 | | | |

* $p < 0.05$; $p < 0.05$; \bar{X} = ortalama; s.s= standart sapma; n katılımcı sayısı, t= t testi tablo değeri; sd= serbestlik derecesi; p= anlamlılık düzeyi; #Bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır.

Katılımcıların pelvik taban sağlığı bilgi düzeylerinin pelvik taban egzersizlerini bilmelerine göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan t-testi sonucuna göre; fonksiyon/disfonksiyon pelvik taban egzersizlerini bilmelerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı (t= 10.825; p=0.001; p<0.05). Pelvik taban egzersizlerini bilenlerin (\bar{X} =5,88) fonksiyon/disfonksiyon düzeyleri pelvik taban egzersizlerini bilmeyenlere (\bar{X} =2,09) göre daha yüksekti. Risk ve etioloji pelvik taban egzersizlerini bilmelerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı. (t= 10.475; p=0.001; p<0.05). Pelvik taban egzersizlerini bilenlerin (\bar{X} =9,06) risk ve etioloji düzeyleri pelvik taban egzersizlerini bilmeyenlere (\bar{X} =3,17) göre daha yüksekti. Tanı ve tedavi pelvik taban egzersizlerini bilmelerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı. (t= 10.550; p=0.001; p<0.05). Pelvik taban egzersizlerini bilenlerin (\bar{X} =6,66) tanı ve tedavi düzeyleri pelvik taban egzersizlerini bilmeyenlere (\bar{X} =2,42) göre daha yüksekti. Varyansların tüm gruplar için homojen olduğu belirlendi.

Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerinin Eğitim Durumlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları Tablo9'da verilmiştir.

Tablo 9: Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerinin Eğitim Durumlarına Göre Farklılaşmasının Belirlenmesine Ait Anova Testi Sonuçları

| Alt Boyutlar | Eğitim Durumu | N | \bar{X} | s.s | F | P | Scheffe |
|------------------------|---------------------------|-----|-----------|------|-------|-------------------|-------------------------|
| Fonksiyon/Disfonksiyon | İlkokul ⁽¹⁾ | 13 | 1,23 | 1,64 | 2,969 | 0,020 * | (1-4) (3-4) |
| | Ortaokul ⁽²⁾ | 6 | 2,50 | 2,26 | | | |
| | Lise ⁽³⁾ | 70 | 2,91 | 2,86 | | | |
| | Lisans ⁽⁴⁾ | 100 | 3,84 | 3,04 | | | |
| | Lisansüstü ⁽⁵⁾ | 31 | 3,03 | 3,08 | | | |
| Risk Ve Etiyoloji | İlkokul ⁽¹⁾ | 13 | 2,23 | 3,42 | 3,045 | 0,018 * | (1-4) (3-4) |
| | Ortaokul ⁽²⁾ | 6 | 2,67 | 3,88 | | | |
| | Lise ⁽³⁾ | 70 | 4,24 | 4,53 | | | |
| | Lisans ⁽⁴⁾ | 100 | 5,93 | 4,73 | | | |
| | Lisansüstü ⁽⁵⁾ | 31 | 5,06 | 4,91 | | | |
| Tanı Ve Tedavi | İlkokul ⁽¹⁾ | 13 | 1,38 | 2,40 | 3,215 | 0,014 * | (1-3) (1-4) (1-5) |
| | Ortaokul ⁽²⁾ | 6 | 1,67 | 2,88 | | | |
| | Lise ⁽³⁾ | 70 | 3,43 | 3,35 | | | |
| | Lisans ⁽⁴⁾ | 100 | 4,33 | 3,36 | | | |
| | Lisansüstü ⁽⁵⁾ | 31 | 3,74 | 3,30 | | | |

*p<0.05; \bar{X} = ortalama; s.s= standart sapma; n katılımcı sayısı, F=Anova testi tablo değeri; p= anlamlılık düzeyi; #Tek yönlü Anova testi yapılmıştır.

Katılımcıların pelvik taban sağlığı bilgi düzeylerinin eğitim durumlarına göre farklılıklarının anlamlılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan anova testi sonucuna göre; fonksiyon/disfonksiyon düzeylerinin eğitim durumuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı. (F= 2.969; p=0.020; p<0.05). Lisans mezunlarının (\bar{X} =3,84)

fonksiyon/disfonksiyon düzeyleri ilkokul ($\bar{X}=1,23$) ve lise mezunlarına ($\bar{X}=2,91$) göre daha yüksekti. Risk ve etioloji düzeylerinin eğitim durumuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı ($F= 3.045$; $p=0.018$; $p<0.05$). Lisans mezunlarının ($\bar{X}=5,93$) risk ve etioloji düzeyleri ilkokul ($\bar{X}=2,23$) ve lise mezunlarına ($\bar{X}=4,24$) göre daha yüksekti. Tanı ve tedavi düzeylerinin eğitim durumuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptandı. ($F= 3.125$; $p=0.014$; $p<0.05$). İlkokul mezunlarının ($\bar{X}=1,38$) tanı ve tedavi düzeyleri lise ($\bar{X}=3,43$), lisans ($\bar{X}=4,33$) ve yüksek lisans mezunlarına ($\bar{X}=3,74$) göre daha düşüktü. Gruplar arasındaki farkın kaynağı post-hoc testlerinden scheffe testi ile belirlendi. Varyansların tüm gruplar için homojen olduğu belirlendi.

Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerine Bağlı Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10: Katılımcıların Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Düzeylerine Bağlı Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri

| PELVİK TABAN SAĞLIĞI BİLGİ ÖLÇEĞİ | Yanlış | Doğru | \bar{x} | s.s |
|---|------------------|--------------|-------------|-------------|
| İdrar kaçırma bir pelvik taban problemidir | F 109 % 49,50 | 111 50,50 | 0,50 | 0,50 |
| Pelvik organ sarkması (idrar torbası, rahim, bağırsak) pelvik taban problemlerinden biridir | F 102 % 46,40 | 118 53,60 | 0,54 | 0,50 |
| Dışkı veya gaz kaçırma bir pelvik taban problemi değildir | F 151 % 68,60 | 69 31,40 | 0,31 | 0,47 |
| Pelvik taban gerginliği pelvik ağrının (leğen bölgesindeki ağrının) nedeni olabilir | F 118 % 53,60 | 102 46,40 | 0,46 | 0,50 |
| Pelvik taban problemleri bel ağrısı ile ilişkili değildir | F 154 % 70,00 | 66 30,00 | 0,30 | 0,46 |
| Pelvik taban cinsel sağlıkta önemlidir | F 105 % 47,70 | 115 52,30 | 0,52 | 0,50 |
| Pelvik taban solunum sistemi ile ilişkilidir | F 183 | 37 | 0,17 | 0,37 |

| | | | | | |
|---|----------|-------|-------|------|------|
| | % | 83,20 | 16,80 | | |
| Pelvik taban zayıflığı pelvik ağrıya neden olabilir | F | 125 | 95 | 0,43 | 0,50 |
| | % | 56,80 | 43,20 | | |
| Pelvik taban problemlerinin birçok sebebi olabilir | F | 101 | 119 | 0,54 | 0,50 |
| | % | 45,90 | 54,10 | | |
| Gebelik pelvik tabanı olumsuz etkileyebilir | F | 117 | 103 | 0,47 | 0,50 |
| | % | 53,20 | 46,80 | | |
| Çok kez normal doğum(vajinal) yapmak pelvik tabanı zayıflatabilir | F | 128 | 92 | 0,42 | 0,49 |
| | % | 58,20 | 41,80 | | |
| Aşırı şişman bireylerde pelvik taban problemlerinin görülme olasılığı düşüktür | F | 140 | 80 | 0,36 | 0,48 |
| | % | 63,60 | 36,40 | | |
| Sigara bağımlılığı pelvik tabanı zayıflatabilir | F | 161 | 59 | 0,27 | 0,44 |
| | % | 73,20 | 26,80 | | |
| Sürekli ağırlık taşıma pelvik tabana zarar verebilir | F | 109 | 111 | 0,50 | 0,50 |
| | % | 49,50 | 50,50 | | |
| Kabızlık pelvik tabanın zayıflamasına neden olabilir | F | 138 | 82 | 0,37 | 0,48 |
| | % | 62,70 | 37,30 | | |
| Pelvik taban problemleri gençlerde yaşlılara göre daha fazla görülebilir | F | 148 | 72 | 0,33 | 0,47 |
| | % | 67,30 | 32,70 | | |
| Zorlayıcı sporlar/egzersizler(zıplama,halter kaldırma gibi)pelvik tabanı zayıflatabilir | F | 143 | 77 | 0,35 | 0,48 |
| | % | 65,00 | 35,00 | | |
| Duruş bozukluğu pelvik tabanı etkilemez | F | 150 | 70 | 0,32 | 0,47 |
| | % | 68,20 | 31,80 | | |
| Menopoz pelvik taban problemlerini etkileyebilir | F | 136 | 84 | 0,38 | 0,49 |

| | | | | | |
|--|---|-------|-------|------|------|
| | F | 154 | 66 | 0,30 | 0,46 |
| | % | 70,00 | 30,00 | | |
| Bazı ilaçlar pelvik taban problemlerine neden olabilir | F | 143 | 77 | 0,35 | 0,48 |
| | % | 65,00 | 35,00 | | |
| Pelvik organlarla(mesane, prostat, rahim...) ilgili cerrahi yaklaşımlar pelvik tabanı zayıflatabilir | F | 102 | 118 | 0,54 | 0,50 |
| | % | 46,40 | 53,60 | | |
| Pelvik taban problemlerini belirlemede hasta muayenesi önemlidir | F | 131 | 89 | 0,40 | 0,49 |
| | % | 59,50 | 40,50 | | |
| Pelvik taban problemlerini belirlemede bazı özel testler kullanılır | F | 95 | 125 | 0,57 | 0,50 |
| | % | 43,20 | 56,80 | | |
| Pelvik taban problemlerinde klinik muayenenin yanında hastanın şikâyeti de önemlidir | F | 107 | 113 | 0,51 | 0,50 |
| | % | 48,60 | 51,40 | | |
| Pelvik taban egzersizleri pelvik taban problemlerini önleyebilir | F | 128 | 92 | 0,42 | 0,49 |
| | % | 58,20 | 41,80 | | |
| Fizik tedavi pelvik taban problemlerinin tedavisinde kullanılabilir | F | 136 | 84 | 0,38 | 0,49 |
| | % | 61,80 | 38,20 | | |
| İlaç, pelvik taban problemlerinde tek tedavi yöntemidir | F | 142 | 78 | 0,35 | 0,48 |
| | % | 64,50 | 35,50 | | |
| Ameliyat, pelvik taban problemlerinde kesin çözüm olmayabilir | F | 102 | 118 | 0,54 | 0,50 |
| | % | 46,40 | 53,60 | | |
| Düzenli yapılan aktivite ve fiziksel egzersiz pelvik taban problemleri için yararlıdır | F | 102 | 118 | 0,54 | 0,50 |
| | % | 46,40 | 53,60 | | |
| \bar{x} = ortalama; s.s= standart sapma; n katılımcı sayısı, f= frekans sayısı, %= yüzde değeri | | | | | |

Tablo 10'da yer alan disiplin pelvik taban sağlığı bilgi ölçeği maddeleri incelendiğinde; 'Pelvik taban problemlerinde klinik muayenenin yanında hastanın şikâyeti de önemlidir' maddesi (\bar{x} =0,57) en çok

doğru yanıt verilen madde olurken, “Pelvik taban solunum sistemi ile ilişkilidir” maddesi ($\bar{X}=0,17$) ile en az doğru yanıt verilen madde olduğu belirlendi.

5.TARTIŞMA

Çalışmamızın hedefi 18-65 yaş arası Türk kadınlarının farklı yaş gruplarına göre pelvik taban sağlığı ve fizyoterapi yöntemleri hakkında bilgi ve farkındalık düzeyini incelemektir. Çalışmamız sonucunda Türk kadınlarında farklı yaş gruplarında pelvik taban sağlığı konusunda farklı farkındalık ve algı düzeyine sahip oldukları belirlendi. Fakat tüm katılımcı kadınların pelvik taban sağlığı ve fizyoterapi yöntemleri konusunda yetersiz bilgi farkındalık ve algı seviyesine sahip olduğunu görüldü. Özellikle 18-25 yaş aralığındaki kadınların pelvik taban algı düzeyi düşük de olsa diğer yaş grubundaki kadınlara göre önemli ölçüde yüksek algı ve farkındalık düzeyine sahip olduğu bulundu. Bunun sonucunda pelvik taban sağlığı hakkında farkındalık ve algının yaştan etkilendiği sonucuna ulaşıldı. Bu etkilenim sosyokültürel faktörlerin yanısıra kadınların farklı yaş aralıklarında nullipar, peripartum, gebelik, postpartum, premenopozal ve postmenopozal olmak üzere pelvik tabanı etkileyen birçok farklı evreden geçmesi olarak yorumlanabilir.

Çalışmamıza katılan katılımcıları 18-25, 26-35, 36-45, 46-55, 56-65 yaş grubu olmak üzere beş farklı grupta kategorileştirdik. Bu yaş kategorilerinde 18-25 yaş aralığındaki katılımcıların PTSD'ye verdikleri cevapların doğruluğu diğer yaş gruplarındaki bireylere göre yüksek bulundu. Bu durumda genç yaş grubundaki kadınların pelvik tabana dair bilgi düzeyi diğer yaş gruplarına göre daha fazladır. Genç bireylerin kendi hastalıklarıyla başa çıkma konusunda deneyimsizlikleri dolayısıyla; hastalıkları daha tehdit edici bularak daha araştırmacı olması bilgi farkındalık düzeylerinin yüksek olmasına neden olabilmektedir (136). Mitnees (1990) ve ark. yaptığı çalışmaya göre yetişkinlik döneminde pelvik taban disfonksiyonu hakkında bilgi düzeyinin yüksek olması ileri yaşlarda pelvik taban problemlerine çözüm üretmeyi kolaylaştıracağını düşündürdü (137). Bir diğer taraftan Whitford ve arkadaşları 2007 yılında yaptığı çalışmada bilgilendirme oturumlarına katılan kadınların, pelvik taban disfonksiyonlarının önlenmesi ve tedavisi için ilk basamak olduğu bilinen rutin pelvik taban kas egzersizlerini yapma olasılığının daha yüksek olduğunu gösterdiler. Fakat bu araştırmanın birincil amacı olarak, hiç doğum yapmamış genç kadınların pelvik taban fonksiyonlarının bilgisini değerlendirmek amacıyla katılımcılara 36 soruluk bir anket uygulandı. Bu anket sonucundan hareketle pelvik tabanın ne olduğunu, ne gibi fonksiyonlarının olduğunu ve ne gibi sorunlara sebep olabileceğinin kadınlar tarafından çok bilinmediği sonucuna ulaşıldı. Klinik anlamda rehabilitasyona gelen kişilerin bu konuda bilinçlendirilmesinin gerçekten çok büyük önem taşıdığı sonucuna varıldı (126). Lamerton ve ark. (2020) yaptığı çalışmada 22-27 yaş grubu arasındaki kadınların daha fazla kiloya sahip olma durumu, en az bir çocuk sahibi olma durumu, obezite ve psikolojik problemlerinin

olması üriner inkontinans oranını arttırdı. Çalışmaya katılan kadınların %11'inde üriner inkontinans görüldü. Bu kadınların çoğunluğu bu problem için yardım aramadı. Çalışmada bu yaş grubundaki kadınların bilgi düzeyini artırmak, erken önleme ve etkili yönetim stratejilerini ön plana çıkarmak gerektiği öne sürüldü (138). Alabama üniversitesine kayıtlı öğrenciler arasında yapılan başka bir çalışmada;25 ila 30 yaş arasındaki kadınlar, ergen kadınlara (19-24 yaş aralığındaki katılımcılar) kıyasla pelvik taban disfonksiyonları konusunda daha fazla farkındalık ve anlayışa sahipti (139). Bizim çalışmamızda ise genç kadınların bilgi düzeylerinin diğer yaş gruplarına göre yüksek olduğu bulundu, bu ileri de ülkemiz için pelvik taban problemlerinin erken tanı ve tedavisinde umut vericidir. Aynı zamanda kadınlarımız için gelecekte daha yüksek yaşam kalitesi anlamına gelmektedir. Biz fizyoterapistler olarak Türk kadınlarının yaşam kalitesini artırmak için bu yaş gruplarının özelliklerini göz önünde bulundurarak çeşitli çalışmalar yaparak kadınlarımızın yaşam kalitesi ve sağlık durumlarını geliştirebiliriz. Aynı zamanda bu konuda çalışan diğer sağlık profesyonellerine tanı ve tedavi hakkında destekleyici seçenekler sunabilir, multidisipliner çalışmalarla kadınlarımıza destek olabiliriz.

Çalışmamıza katılan kadınların %21,8'i sağlık çalışanıydı. Sağlık çalışanı olan katılımcıların pelvik taban sağlığı bilgi testinin fonksiyon/disfonksiyon, risk ve etyoloji, tanı ve tedavi olmak üzere üç alt boyutunda da sağlık çalışanı olmayan katılımcılara göre doğru cevap verme oranı daha yüksekti. Temel hipotezlerimiz arasında olmamasına rağmen katılımcıların sağlık çalışanı olup olmamasının da etken olabileceğini düşündüğümüz için bu boyutu da değerlendirmek istedik. Chen ve ark (2021) tarafından Çin'deki obstetrik sağlık çalışanları arasında pelvik taban disfonksiyonu hakkında bilgi, tutum ve uygulama hakkında yapılmış kesitsel çalışmada çoğu obstetrik sağlık çalışanı, pelvik taban disfonksiyonu hakkında umut verici derecede bilgi sahibiydi ve konu hakkında olumlu bir tutum sergilediler. Fakat çalışanların hastalara rutin olarak pelvik taban danışmanlığı ve mentorluğu sağlamadıkları görüldü. Katılımcıların pelvik taban ile ilgili uygulamaları yalnızca bilgi ve tutumlarından değil; aynı zamanda yaşlarından, pelvik taban disfonksiyonu tedavisi veya hemşirelik deneyimlerinden, kendi pelvik taban disfonksiyonu ya da akraba/arkadaşlarının geçmişlerinden ve hastanelerinin pelvik taban problemleri ile ilgili ilgili departman yapısından da etkilendi (140). Bu konuda ülkemizde de sağlık çalışanlarının pelvik taban sağlığı hakkında uygulamaları ve bilgi düzeyleri hakkında daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca spesifik olarak pelvik taban fizyoterapisti olsun veya olmasın tüm alanlarda çalışan fizyoterapistlerin bilgi düzeyleri ve hastalara sundukları danışmanlık hizmetleri, pelvik taban hakkındaki mentörlük sağlama durumları belirlenmelidir. Fizyoterapistlerin bu konudaki koşul ve şartlarını araştırılmasının fizyoterapi ve rehabilitasyon bilimine katkısı olacaktır.

Katılımcıların eğitim düzeyi incelediğinde lisans ve yüksek lisans düzeyi katılımcıların pelvik taban sağlığı bilgi düzeyi her 3 alt boyutta da ilkökul mezunlarına göre yüksek olduğu görüldü. Yani eğitim düzeyi artıkça pelvik taban hakkında sahip olunan bilgi düzeyi yükseldi. Literatürdeki birçok çalışmada eğitim düzeyi artıkça pelvik taban sağlığı hakkında bilincin arttığını gösterdi (141,131). UI ve POP için bilgi yetersizliği, birinci basamak için başvuran kadınlar arasında özellikle eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda yaygın olarak görüldü. UI için, sağlık hizmeti sunan kişiler, olası yanlış anlamaları ortadan kaldırmak için, özellikle eğitim düzeyi düşük olanlar arasında, hastaların hastalığa ilişkin gerçek anlayışlarını değerlendirmelidir. POP için, birçok kadın bu durumu daha önce duymamış olabileceğinden, bu hastalık hakkında farkındalığın artırılmasına odaklanılmalıdır. Basit stratejiler bu alanlardaki bilgileri artırabilir ve bakım arama davranışlarını değiştirebilir (142).

Akbayrak ve ark. (2015) eğitim düzeyinin kadınların üriner inkontinasa olan bakış açısını etkilediğini belirtti. Eğitim düzeyi düşük kadınların üriner inkontinans için sağlıklarının daha olumsuz etkilendiğini düşündükleri belirlenirken, eğitim düzeyi yüksek kadınlara göre bu problemi fazla rahatsız edici buldukları görüldü (143). Bu durum fizyoterapistler olarak farklı eğitim düzeyindeki kadınların pelvik tabana farklı bakış açıları geliştirdiklerini göz önünde bulundurmamız gerektiğini gösterir. Gerek pelvik taban terapilerinde gerekse hasta ile olan iletişimde veya hasta olmadan danışmanlık alan bir bireyde eğitim düzeyini göz önünde bulundurmak; bizlerin daha etkin tedaviler, daha etkin danışmanlık hizmetleri verebilmemize yardımcı olur.

Katılımcılardan pelvik taban problemini daha önce duyanların pelvik taban sağlığı bilgi testi daha yüksekti. Burada katılımcılar bu duyumu fizyoterapist ve diğer kaynaklardan elde etme oranı doktor, arkadaş/tanıdık ve internete yüksekti. Hedwing ve ark(2016) çalışmasına göre nullipar kadınların pelvik taban hakkındaki bilgiyi okulda veya arkadaş tanıdık vasıtasıyla elde ettiği görüldü (144). Neill ark.(2016) çalışmasında ise kadınların yüksek öğrenim düzeyi artıkça pelvik taban bilgisi artarken, bu bilgiyi elde eden primer kadınların %84'ünün internet yoluyla elde ettiği görülürken, bizim çalışmamızda internet oranı %9,5'du (145). Türk kadınlarda ise fizyoterapistten duyum oranının yüksek olması Türkiye'de fizyoterapistlerin bu konuda öncü olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda yapılan çalışmalara göre; internet üzerindeki pelvik taban problemlerine kadın pelvik taban bozuklukları için aranan tüm alan adları, çoğu web sitesinin sertifikalı olmadığını ortaya çıkardı. İnternet, sağlık bilgilerinin dağıtımı ve elde edilmesi için yoğun olarak kullanılan bir kaynak haline geldi. Erişilebilirliğe rağmen, kadın pelvik taban bozukluklarıyla ilgili bilgilerle ilgili çoğu site için sertifikasyon ve doğrulama eksikti. İlerledikçe, İnternet'i referans olarak kullanan hastalara uygun rehberlikle birlikte İnternet'teki bilgilerin kalitesinin iyileştirilmesi zorunludur (133). Başka bir çalışmaya göre; Ürojinekoloji polikliniğine başvuran kadınların internet kullanımı ve öğrenme isteği yüksekti. Pelvik taban problemi olan kadınların sevkleri en sık kadın

doğum uzmanından gelmekteydi. Kadınların birincil arama motoru Google'dı. Pelvik taban problemi olan kadınlar interneti en çok tıbbi araştırma ve kişisel motivasyonlarını artırmak için kullanmıştı, kadın sağlığı problemleriyle ilgili olarak interneti kullanma oranı olarak 55-64 yaş arası bireylerin genç bireylerle benzerdi (146). Lee ve ark (2012) tarafından yapılan çalışmaya göre; 42-94 yaşları arasında pelvik taban bozukluğu olan toplam 36 kadın çalışmaya alındı. Artan yaşla birlikte sağlık okuryazarlığı puanlarının azaldığını buldu; bununla birlikte, tüm hastaların pelvik taban tanımlarını hatırlama yüzdesi düşük ve sağlık okuryazarlığı puanlarının yüksek olmasına rağmen pelvik taban durumlarını anlamada yetersizlikleri vardı. Pelvik prolapsusu olan hastaların hatırlama ve hastalık anlayışının üriner inkontinanslı hastalara göre daha kötü olduğu görüldü, yüksek sağlık okuryazarlığı, hastaların pelvik taban bozuklukları gibi karmaşık fonksiyonel durumları anlama yeteneği ile ilişkili olmayabilir. Anlama eksikliği, gerçekçi olmayan tedavi beklentilerine, tedavi için bilgilendirilmiş onam verilememesine ve bakımdan memnuniyetsizliğe yol açabilir. Hastalık anlayışını geliştirmek için daha iyi yöntemlere ihtiyaç vardır (147). Biz fizyoterapistler olarak hastalık bilincinin kadın sağlığındaki önemini göz önünde bulundurarak pelvik taban egzersizleri ve pelvik taban problemleri ile ilgili bilgilendirme yöntemleri geliştirmek durumundayız. Özellikle internet üzerinde güvenilir platformlar yaratarak kadınlarımızın güvenilir ve doğru bilgiye ulaşarak farkındalık ve algılarını geliştirme sorumluluğunu üstlenmeliyiz. Bu uygulamalar danışanlarımızdan gelecek gerçekçi olmayan tedavi beklentilerinin önüne geçme, yaptığımız tedaviden memnuniyetsizlik durumu gibi kadın sağlığında fizyoterapiye olan tutumu olumsuz etkileyecek nedenleri azaltmamıza yardımcı olacaktır.

Çalışmamızda pelvik taban egzersizlerini bilen katılımcıların pelvik taban sağlığı bilgi testi sonuçları tüm alt boyutlarda bu egzersizleri bilmeyenlere göre yüksek bulundu. Goodridge ve ark. (2021) yaptığı çalışmada pelvik taban disfonksiyonları hakkında yüksek bilgi düzeyine sahip kişilerin pelvik taban egzersizlerini bildiğini açıkladı. Fakat Pelvik taban egzersizlerini bilen kişilerin bu egzersizlere katılmadığı görüldü. Bu açığı kapatmanın kadın sağlığı için önemli olduğu düşünüldü (148). 1992-2008 yılları arasında yapılan retrospektif bir çalışmada ise; hastanelerde jinekologlar ve ürologlar tarafından sevk edilen pelvik taban disfonksiyonu olan kadınların yarısından azının jinekologlar ve ürologlar tarafından yönlendirildikleri fizyoterapi programını tamamladığı görüldü. Katılımcıların %48'i programı tamamlarken, %30'u programı bıraktı, %22'si ise programı terk etti veya iptal ettirdi. Yaş, sevk yılı, evden hastaneye uzaklık, bekleme listesi süreleri ve tanı, hastanın uyruğu programa katılım durumunu önemli ölçüde etkilemişti (149). Pelvik taban bozukluğunun tedavisi için rehabilitasyona sevk edilen her 5 hastadan sadece 1'i önerilen tedavi ile uyumluydu. Uyumsuz hastaların reçete yazan profesyonelle geri dönme olasılığı daha düşüktü ve sevk edilen hastaların yarısından azının geri bildirimde bulunduğu görüldü (150). Literatüre bakıldığında pelvik tabanı bilmenin ve bir tedavi programı reçete edilmesinin pelvik taban

sorunların çözüm bulmada kesin yeterli olmadığı düşünöldü. Pelvik taban bilgisinin artırımı yanında tedavi ve egzersizlere uyum üzerinde de bireyler bilinçlendirilmelidir. Bu anlamdaki farkındalık ve algı düzeyi üzerinde de durulmalıdır. Bizim çalışmamızda da katılımcıların %30,5'inin egzersizleri bildiği, fakat %88,2'sinin egzersizleri uygulamadığı göröldü. Buna bağılı olarak ölkemizde de bu açığı kapatmak için çalışmalara ihtiyacımız olduğı görölmektedir. Fizyoterapistler olarak özellikle bu konuya dikkat etmeliyiz. Pelvik taban egzersizlerini bilen bireyleri pelvik taban bilgisi yeterli olarak kabul etmeden önce diğer parametreleri sorgulamalıyız. Danışanlarımızın pelvik taban egzersizlerini yapmanın önemine dair farkındalıklarını sorgulamalı ve egzersiz programına uyumu artırmaya yönelik alternatifler üretebiliriz. Rehabilitasyon programlarında danışanların pelvik taban egzersizleri yapma ihtimallerinin toplumsal yüzde olarak az olduğunu göz önünde bulundurmalıyız. Rehabilitasyon planlarımızı bu yönde aktifleştirmeliyiz.

Anketimizde 29 soruda oluşan PTSB bilgi testini kullandık. Katılımcılar bu sorulardan 'Pelvik taban problemlerinde klinik muayenenin yanında hasta şikayeti de önemlidir' sorusuna en çok doğru yanıtı verirken, 'Pelvik taban problemleri solunum ile ilişkilidir' sorusuna en az doğru yanıtı verdi. Bu madde için doğru cevapların %94,7 si sağıık çalışmamı olmayan bireylerden geldi. Bu da sağıık çalışmam dışında bireylerinde şikayetler hakkında yüksek algısının olduğunu gösterdi. Bu soruya doğru cevap bireylerin %95,80 inin pelvik taban egzersizlerini bilmediğı göröldü. Buradan hareketle pelvik taban egzersizlerini bilen veya bilmeyen çoğı kişinin hasta şikayetlerinin farkında olduğunu çıkarımına ulaşıldı. Katılımcıların yaş gruplarına göre bu soruya doğru cevap verme olasılıkları arasında anlamlı bir ilişki yoktu, yani belli bir yaş grubunun farkındalığının yüksek ya da düşük olması söz konusu değildi. Eğitim durumu ile soruya verilen yanıtlar incelendiğinde bu nokta da herhangi bir farklılık görölemedi, herhangi bir eğitim düzeyinden bir bireyin bu soruyu doğru cevaplama oranı yüksek olabilir.

Çalışma bulgularımız ve literatürdeki çalışmalara göre kadınların çoğunluğu pelvik taban sağıığı hakkında yeterli bilgiye sahip değildi. Ölkemiz kadınlarında pelvik taban problemleri hakkında yapılan araştırmalara göre; 18 yaş ve üzeri kadınlarda üriner inkontinans görölme oranı %23.9,20 yaş ve üzeri kadınlarda %46.3 iken 65 yaş ve üzeri kadınlarda 15-24 yaş arası kadınlara göre 6.24 kat daha fazladır, anal inkontinans ise 15-34 yaş arası %3.5 iken,55-74 yaş arası %13.2'ye ulaştığı göröldü. Yaş pelvik taban problemlerini ciddi ölçüde etkilemiştir (151). Bu durumun da etkisiyle yaş aralıklarına göre de pelvik tabanı bilme, pelvik tabanı araştırma ve pelvik taban egzersizlerini yapma durumlar değışebilir. Örneğin bir kadın gebelik süreci sonrasında veya yaşlılıkla beraber yaşadığı üriner inkontinans, pelvik organ prolapsusu gibi problemler yaşaması sonucu pelvik taban hakkında daha çok bilgi sahibi olabilir, egzersizleri uygulayabilir, fakat bizim çalışmamızda pelvik taban hakkında en çok bilgi sahibi olan grup 18-25 yaş aralığıdır. Bu durum

diğer gruplarda pelvik taban problemlerinin ötelendiği, normal olarak kabul edildiği gibi sonuçları düşündürebilir. Çünkü 25 yaş üzeri kadınlarda pelvik taban problemlerini tetikleyecek etkenler daha fazladır. Yaşla birlikte pelvik taban problemlerinin artığı görüldü (152). Fakat bilgi düzeyinin az olması düşük yaşam kalitesiyle bu problemlerle yaşamlarına devam ettiklerini gösterebilir. Fizyoterapistimizin bu bulguyu dikkate alıp daha ileri yaş gruplarındaki kadınların pelvik taban problemlerini ötelemesini engellemeye yönelik çalışmalarını artırmalarını önermekteyiz.

Çalışmamızda pelvik taban şikayeti ile doktora başvuran katılımcıların; %52,2 si kadın doğum, %11,9 unun ürolog, %6,4 ünün aile hekimi, %7,2'sinin diğer doktorlara uğradığı belirlendi. Bu oranlara bakıldığında kadın doğum doktorlarının halk tarafından daha çok tercih edildiği görüldü. Fakat Dessie ve ark. (2015) tarafından yapılan bir araştırmaya göre kadın doğum doktoruna başvuran kadınlara doğum öncesi ve sonrası pelvik taban hakkında danışmanlık veren ve hastaları pelvik taban terapisine yönlendiren doktor sayısının oldukça az olduğu bulundu. Asistan doktorlarda ise danışmanlık verme oranı daha da düşüğü görüldü. Bunun sebebi olarak doktorlar; zaman ve eğitim kaynağı eksikliğinden yakındı. Bunu yeterli bilgi eksiliği, hastaların pelvik taban disfonksiyonunun normal gebelik ve doğumun bir parçası olduğunu bildikleri varsayımı, düşük pelvik taban disfonksiyonu insidansı takip etti. Aynı zamanda hastaların vajinal doğumla ilişkili riskler hakkında bilgilendirilmeleri halinde sezaryen doğumu seçecekleri endişesi doktorları bu konu hakkında bilgi vermemeye yöneltti. Çalışmaya katılan doktorların yaklaşık üçte biri pelvik taban bozukluğu olan kadınları hiçbir zaman fizik olarak uzmanlık alanında yetersiz eğitimden bahsettiler. Katılımcıların çoğu, kadın pelvik tıbbı ve rekonstrüktif cerrahinin'nin güvenilir bir alt uzmanlık olması gerektiğini düşündü (153). Fakat başka bir çalışmaya göre ise; pelvik taban rehabilitasyonunda gelişmiş hasta danışmanlığının eklenmesi, hastanın hazırlık durumunu veya ürojinekolojik rehabilitasyona katılma olasılığını iyileştirmediği görüldü. Tedaviye katılımı çevreleyen bağlılık davranışları çok faktörlüdür ve katılımının önündeki engelleri aydınlatmak için daha fazla nitel araştırma gerektiği öngörüldü (154). Berzuk ve ark (2015) çalışmasında randomize kontrollü çalışmasına göre 18-69 yaş aralığında pelvik taban bilgi düzeyi düşük olan kadınlara verilen eğitim sonucu pelvik taban sağlığı bilgi düzeyinde artış görüldü (124). Bu anlamda literatürde bireylere pelvik taban eğitimi vermenin anlamı farklı görüşlerce tartışılabilir. Biz fizyoterapistler olarak pelvik taban farkındalığının yüksek olmasının hastanın pelvik taban rehabilitasyonuna katılımına etkisini araştıran çalışmalar yapabiliriz.

Kadınların pelvik taban sağlığının gelişmesi konusunda doktorların ürojinekolojik rehabilitasyon alanında tavsiyeleri ve danışmanlık hizmetleri büyük önem taşımaktadır. Bu noktada çalışmamıza göre en çok tercih edilen doktor olan kadın doğum doktorlarının rolü büyüktü. Kadın doğum doktorlarının bu alanda daha hassas davranması ve fizyoterapistlerle iş birliği yapması Türk toplumunun pelvik taban sağlığının korunması ve geliştirilmesinde çok etkili olacağı düşünüldü. Bu

noktada fizyoterapistlerin kadın doğum doktorları ile olan iş birliğini artırmaları sonucunda Türk kadınlarına sağlayabilecekleri faydanın artacağı konusuna fizyoterapistlerin ve doktorların farkındalığını artıracığı bir gerçektir. Bu da daha çok kadının pelvik taban rehabilitasyon programına erişimini sağlayacaktır. Fizyoterapistlere katkısı ise daha koordineli, etkin rehabilitasyon uygulamaları yapabilmek olacaktır.

Ayrıca asistanlığın erken dönemlerinde pelvik taban bozuklukları ile ilgili asistan eğitiminin genişletilmesi ve hasta eğitim materyallerinin iyileştirilmesi, sınırlı süreli ziyaretler sırasında danışmanlığın iyileştirilmesine yardımcı olabilir. Ek olarak, semptomlar yaşayan hastalar, doğum öncesi ve sonrası süreçte basit davranışsal terapiler uygulayabilir veya bir fizik tedavi süreci izleyebilir (155).

Toplumumuzun pelvik taban problemleri hakkında diğer doktorlara da başvurabileceği konusunda bilgi düzeylerini artırmaları yönünde çalışmaların yapılması hem kadın doğum doktorlarının yükünü azaltarak hem de bu alanda yetkinlik sahibi diğer doktorların halk sağlığını geliştirmesi açısından faydalı olabilir. Fizyoterapistler rehabilitasyon esnasında rehabilitasyon programı sürecinde zaman anlamında daha uygun olacak doktorlarla rahat iletişime geçebilecek, bu da pelvik taban rehabilitasyonun etkinliğini artıracaktır. Bu alanda çalışan fizyoterapistler olarak; rehabilitasyon uygulamalarımızın başarıya ulaşması konusunda işbirliği yaptığımız doktorların zaman durumlarını değerlendirmek bizleri daha başarılı sonuçlara ulaştıracaktır.

Westerman ve ark (2016) çalışmasında birincil basamak sağlık hizmeti sağlayan personeline eksiklikleri açıklandı. Büyük bir sağlık sistemindeki birinci basamak sağlık çalışanları, UI ve aşırı aktif mesane'ye POP'tan daha aşındı ve genellikle POP'un prevalansını hafife alıyordu. Neredeyse beşte biri sistemlerindeki ürojinekologlardan habersizdi. Pelvik taban bozuklukları ve ürojinekoloji uzmanlığı ile ilgili eğitim desteği, hastanın bakıma erişimini büyük olasılıkla iyileştirecektir (156). Bu noktadan hareketle diğer çalışanlarında pelvik taban sağlığı bilgi ve tutumları göz önünde bulundurulmalıdır. Fizyoterapistlerin bu noktada çalıştıkları kliniklerde sağlık çalışanları bilgi, tutum ve davranışlarını olumlu yönde değiştirme konusunda çalışmalar yapması gerektiği konusuna dikkat çekmekteyiz.

Dawson ve ark (2013) tarafından 18-30 yaş aralığında 327 kadına yapılan araştırmada katılımcıların yaklaşık %15'i üriner inkontinans yaşadıklarını belirtti. %15'inin sadece %31.9'u inkontinans için profesyonel yardım almayı düşüneceklerini söyledi. Çalışmaya katılanların yaklaşık %71'inin idrar kaçırma konusunda yardımcı olacak profesyoneller olduğunun farkında olmasına rağmen, kadınların idrar kaçırma hakkında özgürce konuşamadıklarını hissetti. İnkontinanslı denekler, inkontinans için profesyonel yardımın mevcudiyetinin daha az farkındaydı. İnkontinanslı kadınların çoğu, durum için profesyonel yardım almayacaklarını belirtti. Bu bulgular, inkontinansın

sosyal olarak kabul edilemez bir tartışma konusu olduğu fikrini destekledi. Çözüm yaratmak için ise inkontinas problemlerinde sosyal kabulü teşvik etme çalışmalarına başvurulabilir (157).

Wu ve ark (2011) tarafından yapılan bir çalışmaya göre; 2010 yılında 210.700 olan toplam üriner inkontinans ameliyatı olacak kadın sayısı %47,2 artarak 2050 yılında 310.050'ye çıkacaktır. Benzer şekilde, sarkma ameliyatı olacak toplam kadın sayısı da 2010 yılında 166.000 iken 2050 yılında 245.970'e yükselecektir. Pelvik taban bozuklukları için ameliyat oranları değişmeden kalırsa, önümüzdeki 40 yıl içinde üriner inkontinans ve POP ameliyatlarının sayısı önemli ölçüde artacaktır (158). Çalışmamıza katılan kadınların pelvik taban şikayetlerine göre dağılımları incelendiğinde; %13,2'sinin sık idrara çıkma, %10,6'sının ani sıkışma hissi, %12,0'nın kabızlık, %8,0'nın pelvik bölgesinde ağrı, %21,2'sinin diğer şikayetlere sahip olduğu belirlenirken, %35,0'nın hiç şikayeti olmadığı belirlendi. Laura ve ark (2012) yılında yaptığı çalışmada katılımcı tüm kadınların UI ve POP hakkında bilgi yeterliliği yoktu, ancak UI hakkındaki bilgileri POP hakkındaki bilgilerinden biraz daha fazlaydı. Genel olarak, deneklerin %71,2'si UI yeterliliğinden yoksunken, %48,1'i POP bilgisinde yeterliliğe sahip değildi. Siyah kadınlar, yaş, eğitim ve hane geliri için ayarlamalardan önce ve sonra beyaz kadınlara göre UI ve POP hakkında önemli ölçüde daha az bilgi gösterdi. Bir grupta birleştirildiğinde, Asyalı, Hispanik ve diğer kadınlar da beyaz kadınlardan önemli ölçüde daha az UI ve POP bilgisi gösterdi. UI semptomları bildiren kadınların çoğu, sorunları için tedavi görmemiştir (159). Fizyoterapistler olarak toplumumuzda pelvik tabana dair psikososyal problemleri çözmek durumundayız.

Çalışmamızda katılımcıların %24,5'i sezaryen, %28,2'sinin normal doğum yaptığı görüldü. Hannestad ve ark (2014) tarafından yapılan çalışmaya göre pelvik taban disfonksiyonunun nasıl oluştuğunun bilinmesi, önleyici stratejilerin ve tedavinin geliştirilmesi için faydalıdır. Sezaryen, kendi başına iyi bir önleme stratejisi olarak adlandırılmaz, çünkü bu işlemin anne ve çocuk için hala birçok olumsuz sonucu vardır. Bununla birlikte, pelvik taban eğitiminin idrar kaçağını önlediği iyi belgelenmiştir ve ayrıca prolapsus semptomları üzerinde etkisi olduğu görüldü ve bu tedavinin finansal ve tıbbi maliyetleri düşüktü (160). Fernandez ve ark(2014) çalışmaya göre; Üİ prevalansı postpartum 3. ayda %11.3 ve 6. ayda %6.9 idi. İnkontinans hastalarının %70'inde hamilelik sırasında zaten vardı ve hastaların %30'unda doğumdan sonra da ortaya çıktı. Doğum sonrası Üİ prevalansı gebelikte Üİ olan kadınlarda daha yüksek, sezaryen vakalarında daha düşüktü. Çoğu kadın pelvik taban egzersizleriyle düzelmişti (161). Çalışmalar bize; sezaryen doğumun doğurgan yaştaki kadınlarda üriner inkontinansa karşı koruyabileceğini, ancak kadınlar yaşlandıkça ve inkontinans prevalansı en yüksek olduğunda etkinin devam etmediğini gösterdi. Anal inkontinans için, anal sfinkter rüptürü birincil öneme sahiptir. Bu tür yırtılmaları önleme stratejileri, anal inkontinansı önlemek için sezaryen kullanmaktan çok daha önemlidir. Vajinal doğumu takiben pelvik organ

sarkması riskinin yüksek olduğu belgelenmiştir (162). Cohen ve ark. (2015) göre; doğumdan bir yıl sonra primipar kadınların üçte ikisi, bir dereceye kadar rahatsızlığa neden olan PFD semptomlarından muzdariptir. Sorulduğunda, kadınlar pelvik taban işlevini tartışmaya isteklidirler; bakıcılar tartışmayı başlatmalı ve gerektiğinde kadınları derhal müdahalelere yönlendirmelidir (162). Fizyoterapistler olarak; gebelik öncesi, gebelik dönemi ve gebelik sonrası dönemde kadınlarda oluşan bilgi ve pelvik taban rehabilitasyonunun farkında olup bu alanlara yönelik çalışmalar yapmalıyız.

Yapılan çalışmalar ilk doktor ziyaretinin hastaların pelvik taban bozukluklarını anlamaları üzerinde önemli bir etkisi olduğunu gösterdi. Doktorla görüşükten sonra tanısal hatırlamadaki farklılıklara rağmen, hastalar tedavi planlarını iyi anladı. Bu, algılanan kontrolü artırmaya ve hastaların korkularını yeterince gidermeye hizmet etti (163). Düşük sağlık okuryazarlığına sahip İspanyolca konuşan kadınların pelvik taban bozuklukları ile ilgili bilgileri anlamada yaşadıkları zorluğu vurguladı. Bu özel popülasyonda, hekimin hastaların tedavi kararlarını etkilemede ve durumları hakkında sahip olabilecekleri korkuların üstesinden gelmelerine yardımcı olmada önemli bir rolü vardır (164).

Alas ve ark (2015) tarafından yapılan araştırmaya göre hastalarının POP'un ne olduğu, nedenleri ve tedavileri hakkında yanlışları vardı. İkinci olarak, hasta ve hekim arasında tanı ve tedavi seçenekleri hakkında anlayışın azalmasına neden olan büyük bir iletişimsizlik vardı. Bu, kadınların çoğu zaman anlamadıkları bilgilerle boğulmuş olmaları gerçeğini de içeriyordu. Konsept, POP' lu kadınlar için hastalık ve tedavi anlayışını elde etmek için daha iyi yöntemlere güçlü bir ihtiyaç olduğu ortaya çıktı (165). Bu çalışmalardan yola çıkarak fizyoterapistlerin pelvik taban rehabilitasyonu planlarken ve uygularken iletişim, tedaviyi anlama, algılama, uygulama gibi konuların ne derece olduğu ve sebeplerini düşünmeleri gerekmektedir.

Chu ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı çalışmaya göre; araştırmaya alınan kadınlar POP'larından utanıyorlar ve doktorlar da dahil olmak üzere bu konuda konuşmaktan rahatsız oldular. Kadınları Pelvik organ prolapsusu konusunda utançlarını azaltmak; semptomlar ve mevcut tedaviler konusunda eğitmek, hastaların rahatsızlıklarını tartışma ve tıbbi yardım alma becerilerini geliştirebilir (166). Hanzal ve ark (2011) yaptığı çalışmaya göre; yüksek prevalansına rağmen, üriner inkontinans Avusturya'da test edilen kişilerin %60'a varan bir kısmında hala bir tabu olarak kabul edildi. Üriner inkontinansın utanç ve mahcubiyet düzeyi, depresyon ve kanserden önemli ölçüde yüksekti (167). Çalışmamıza katılan katılımcılardan %85,5'i pelvik taban problemlerinden utanç duymuyor ve katılımcıların %67,3'ü pelvik taban ile ilgili herhangi bir problem yaşadığında doktora gidiyordu. Fakat Hollanda'ya göçmen olarak gitmiş Faslı ve Türk kadınlara yapılan bir araştırmada birçok kadının idrar kaçırma hakkında doktoru da dahil olmak üzere utanç dolayısıyla hiç kimseyle

konuşmadığı görüldü. Problemlerini anlatan kadınların ise üçte biri doktorlarının onları ciddiye almadığını hissettiler. Ayrıca doktorlardan gelen açıklamaları anatomi, fizyoloji ve mevcut tedaviler hakkında eksik bilgiler nedeniyle algılayamadıklarını belirttiler. Fizyoterapistleri ile olan iletişimde ise egzersizleri anladıklarını fakat egzersizlerin amaçlarını anlayamadıklarını düşündüler. Katılımcı kadınlar erkek doktorlardan utanç nedeniyle kadın doktorları tercih ettiler. Tüm bunlar yetersiz bakıma yol açtı (168). Bu bağlamda ülkemiz kadınları pelvik problemlere daha kolay çözüm bulup, tedavi davranışlarının iyi olabileceği, pelvik taban konusunda sağlık çalışanlarımızın destekleyici ve teşvik edici olduğu düşünülebilir. Ayrıca Türkiye'deki fizyoterapistler utanç, egzersiz bilinci, egzersizlerin amaçları gibi parametreleri düşünerek rehabilitasyona farklı yönde bakmalıdırlar.

Birleşik Arap Emirliklerindeki kadınlarda yapılan bir araştırmaya göre; çalışmaya katılan kadınların yüzde 81'i (%20,3) Ü'yi kabul etti; bunlardan sadece 25'i (%30,9) tıbbi yardım istedi. Bunun nedenleri utanma (%38,2), tıbbi bakımdan beklentilerinin düşük olması nedeniyle kendi kendine tedaviyi seçme (%38,2) ve Ü'nin normal olduğunu varsayarak konuyu arkadaşlarıyla tartışmayı tercih etme (%23,3) idi. Hastalar dua edememekten (%90) ve cinsel ilişkiye girememekten (%33,3) rahatsız oldu. Ü'nin algılanan nedenleri felç (%45), doğum (%35,4) ve yaşlılık veya menopoz (%33,7) idi (169). Bu anlamda pelvik taban rehabilitasyonu konusunda bireylerin rehabilitasyonundan beklentisinin belli bir düzeyde tutmak, psikosoyal problemleri aşmasını sağlama konusunda çalışmalar fizyoterapi ve rehabilitasyona artan ilgi ile kadınların yaşam kalitelerini artırabilir.

Fekal inkontinans yaygın olmakla birlikte, kültürel tutumlar ve yetersiz halk bilgisi nedeniyle Birleşik Arap Emirlikleri kadınları tarafından yeterince bildirilmedi Hastalar doktorlarına danışmaktan çekindikleri için doktora başvurmazlar (yüzde 64,7), gaita kaçırmann kendiliğinden geçeceğini (yüzde 47,1) veya normal olduğunu (yüzde 31,3) zannederek zorluğu arkadaşlarıyla tartışmayı tercih ettiler. Katılımcılar pelvik taban konusunda tıbbi bakımdan beklentilerini düşük olduğu için kendi kendilerine çözüm bulmaya çalıştılar. Hastalar dua edememekten (yüzde 92,2) ve cinsel ilişkiye girememekten (yüzde 43,1) rahatsız oldular (170).

Kimberley ve ark (2017) yaptığı bir çalışmaya göre;pelvik taban rehabilitasyonunun önünde birçok engel vardı. Katılımcılar tarafından belirlenen en önemli engeller finansal kısıtlamalar (%51,4), algılanan fayda eksikliği (%37,1), zaman kısıtlamaları (%30,0) ve seyahat sorunları (%18,6)'ydı. Katılımcıların %84,4'ünde bir veya daha fazla komorbid ağrı durumu vardı. %51,4'ü pelvik taban rehabilitasyonu seçeneği ile ilgili bir miktar kaygı ifade ederken, katılımcıların sadece %9,6'sı tedavi korkusu nedeniyle tedaviye başlamamıştı(171). Yapılan çalışmalardan anlaşıldığı üzere pelvik taban rehabilitasyonunun önündeki finansal problemler, zaman ve yer problemleri, tedavilere olan inanca kadar birçok farklı parametre pelvik taban rehabilitasyonundaki süreci

etkilemektedir. Diğer uluslarda yapılan çalışmalara bakıldığında insan olmanın doğası gereği bu problemlerin Türk kadınlarda da olabileceği göz önünde bulundurulması gerektiği fizyoterapistlere önerilmektedir.

Literatürdeki çalışmalarda farklı yaş grubu, kültür ve ırktan gelen kadınların pelvik taban sağlığı hakkında yetersiz bilgiye sahip olduklarını, pelvik taban problemlerinden utanıldığı, tedaviye devam ve uyum konusunda sıkıntılar olduğunu, bu problemler konusunda yardım arama davranışının eksikliğiyle beraber kadın beden algı imajlarının da etkilendiğini gösterdi.

Çalışmamızın Güçlü Yanları

Çalışmamızın belli yaş aralığındaki Türk kadınlarının pelvik taban sağlığı hakkındaki bilgi düzeyini ve pelvik taban problemlerine bakış açısını belirleyerek fizyoterapi-rehabilitasyon ve halk sağlığı alanındaki çalışmalara önemli bulgular sağladığını düşünmekteyiz. Fizyoterapistler olarak kadın sağlığı alanında danışmanımızın ya da hastamızın bilgi düzeyinin farkında olmanın bizim tedavi süreçlerimizde önemli bir faktör olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızın Limitasyonları

Çalışmamız Ankara ilinde belli bir bölgede yaşayan kadınlara yapılmıştır ve toplumun diğer kesimlerindeki durumu içine alamadan tamamlanmıştır. Farklı demografik özelliklere sahip kadınlarda daha fazla araştırma, bulgularımızın ne kadar genel olduğunu tanımlamaya yardımcı olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- 1.18-65 yaş arası Türk kadınlarının pelvik taban algısının düşük olduğu bulundu.
2. Pelvik taban sağlığı algı ve farkındalık düzeyi beş farklı yaş aralığının herbirinde yetersiz olduğu görülmüştür. 18-25 yaş aralığındaki grubun pelvik taban bilgi düzeyi diğer yaş gruplarına göre yüksek olduğu görüldü.
- 3.Sağlık çalışanı olan kadınların diğer kadınlara göre bilgi düzeyinin belirgin derecede yüksek olduğu görüldü
- 4.Türk kadınlarının eğitim düzeyi arttıkça pelvik taban hakkında bilgi ve farkındalık düzeyinin arttığı görüldü.
- 5.Türk toplumundaki kadınların pelvik taban egzersizlerini yapma oranının oldukça düşük olduğu görüldü.

Öneriler

İleri yaş grubundaki kadınlar başta olmak üzere Türk toplumundaki kadınlara pelvik taban sağlığı hakkında bilgi ve farkındalık düzeyini artırmaya yönelik eğitimler verilmesi görüşündeyiz. Fizyoterapistlere pelvik taban sağlığı ile ilgili rehabilitasyon programları planlarken Türk kadınların farkındalık ve algı düzeyini göz önünde tutmalarını öneriyoruz. Bu tutum daha başarılı rehabilitasyon programları ve uygulamaları olarak danışan ve fizyoterapistlere geri dönecektir. Pelvik taban ile ilgili akademik eğitim düzeyi düşük olan kadınlara da fizyoterapistlerimizce pelvik taban sağlığı hakkında destekleyici ve anlaşılır planlar hazırlanması önerisindeyiz. Türkiye'deki halkın pelvik taban problemlerini en çok kullanılan bilgi alma araçlarından bir tanesi olan interneti kullanarak öğrenmesi için güvenilir bilgi sağlayan web siteleri ve internet materyalleri üretilmesi görüşündeyiz. Pelvik taban hakkında halka bilgi sağlayabilecek her türlü mecrada konu ile ilgili geçerli ve güvenilir içeriğin çoğaltılmasını öneriyoruz. Pelvik taban sağlığı ile ilgili başvuru doktor ile hasta arasındaki iletişimi düzenlemeye yönelik planların yanı sıra; doktorlara ürojenekolojik rehabilitasyona olan tavsiyelerini artırmaları yönünde farkındalık sağlanması gerektiği tavsiyesinde bulunuyoruz. Türk kadınlarını pelvik taban egzersizlerine katılımını, gerekli eğitimin elde edilmesi sağlayacak sosyal fırsatlar üretilmesini ve sağlık profesyonellerinin pelvik taban tedavisi ve rehabilitasyonuna teşvikini artıracak çalışmalarda bulunulmasını tavsiye ediyoruz. Türkiye'deki sağlık profesyonellerin pelvik tabana olan tutumunu belirleyen çalışmalara ihtiyacımız vardır. Gelecekteki araştırmalar, kadınların nasıl bilgilendirilmek istediklerini ve hangi kampanyaların en çok tercih edileceğini araştırmalıdır. Türkiye'de çalışan fizyoterapistlerin pelvik taban sağlığı hakkında bilgi düzeyleri araştırılmalı, bu bilgileri uygulama düzeyleri araştırılmalıdır. Türkiye'de faaliyet gösteren fizyoterapistlerin pelvik taban sağlığı hakkında gelişimlerini desteklenmesi, pelvik taban sağlığı konusunda danışmanlık sağlayabilecekleri koşulların yaratılması için çalışmalar yapılmalıdır. Fizyoterapistlerimizin pelvik taban ile ilgili danışmanlık, rehabilitasyon veya farkındalık hizmetleri sunarken bireylerin yaş gruplarını dikkate almaları önerilir. Tezimizin bulgularından hareketle pelvik tabana dair yapacakları çalışmaları yaş aralıklarına göre şekillendirmelidirler. Fizyoterapistlerin pelvik taban konusunda kadın doğum doktorların yanısıra diğer doktorları da topluma tanıtmaları önerilmektedir. Bu davranış kadın doğum doktorlarının yükünü azaltırken diğer doktorlarda daha etkin iletişim kurularak pelvik taban danışmanlık ve rehabilitasyon programlarını daha etkin kılabilir. Fizyoterapistler kadınların pelvik taban problemleri hakkında utanma, ayıplanma, korku vs. gibi psikolojik ve sosyal problemleri çözüm üretmeleri önerilmektedir. Fizyoterapistler pelvik taban hakkında hizmet verirken iletişim, hastaların problemi anlama, tedaviyi anlama, tedaviden beklentisi, rehabilitasyona olan tutumları gibi etkenlerin tedavi planlarını etkileyeceklerini göz önünde bulundurulmalıdır. Fizyoterapistlerin toplumun algısını şekillendiren en etkin araçlardan biri olan interneti kullanarak, Türk kadınlarını pelvik taban sağlığı hakkında doğru ve güvenilir bilgi ile aydınlatma çalışmaları yapmalarını önermekteyiz.

Kadınlarda Pelvik Taban Bilgisinin ve Pelvik Taban Disfonksiyonlarında Fizyoterapi Konusunda Farkındalığın Araştırılması

ORJİNALLİK RAPORU

| | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|------------------------|--------------------------------|
| % 12 BENZERLİK ENDEKSİ | % 11 İNTERNET KAYNAKLARI | % 0 YAYINLAR | % 4 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ |
|----------------------------------|------------------------------------|------------------------|--------------------------------|

BİRİNCİL KAYNAKLAR

| | | |
|----------|--|------------|
| 1 | acikerisim.ybu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı | % 2 |
| 2 | acikerisim.karabuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı | % 2 |
| 3 | tez.sdu.edu.tr İnternet Kaynağı | % 1 |
| 4 | www.sanal-kitap.com İnternet Kaynağı | % 1 |
| 5 | openaccess.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı | % 1 |
| 6 | Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi | % 1 |
| 7 | www.fizyodemi.com İnternet Kaynağı | % 1 |
| 8 | urojinekoloji.org İnternet Kaynağı | % 1 |

| | | |
|----|--|------|
| 9 | acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 10 | 9lib.net İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 11 | nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 12 | hdl.handle.net İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 13 | dspace.balikesir.edu.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 14 | Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 15 | Submitted to Eskisehir Osmangazi University Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 16 | Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 17 | Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 18 | earsiv.anadolu.edu.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 19 | www.pa.edu.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 20 | Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrenci Ödevi | <% 1 |

| | | |
|----|--|------|
| 21 | www.kontinansdernegi.org İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 22 | acikerisim.gelisim.edu.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 23 | www.hurriyet.com.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 24 | Submitted to Baskent University Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 25 | acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 26 | dergipark.org.tr İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 27 | openaccess.ogu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 28 | www.yildontanju.com İnternet Kaynağı | <% 1 |

Alıntıları çıkart Kapat
Bibliyografyayı Çıkart Kapat

Eşleşmeleri çıkar Kapat

EK 5: TURNİTİN PROGRAMI DİJİTAL MAKBUZ



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Fatma Aslan
Ödev başlığı: Kadınlarda Pelvik Taban Bilgisinin ve Pelvik Taban Disfonksiyon...
Gönderi Başlığı: Kadınlarda Pelvik Taban Bilgisinin ve Pelvik Taban Disfonksiyon...
Dosya adı: fatma_turnitin.docx
Dosya boyutu: 1.48M
Sayfa sayısı: 55
Kelime sayısı: 14,334
Karakter sayısı: 100,700
Gönderim Tarihi: 28-Nis-2022 09:25ÖÖ (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1822615431

