

**Pelvik Taban Disfonksiyonunu Önlemede Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli**

**Healthy Lifestyle Behaviors For The Prevention Of Pelvic Floor Dysfunction:Pender's Health Promotion Model**

Şükran BAŞGÖL<sup>a</sup>

**ÖZET** Pelvik taban disfonksiyonu, kadınlarda sıklıkla görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen, önemli ve yaygın bir sağlık sorunudur. İnkontinans (üriner/ fekal), pelvik organ prolapsusu, kronik pelvik ağrı ve cinsel disfonksiyon pelvik taban disfonksiyonuna ilişkin görülebilen semptomlardır. Bu semptomların oluşmasında ve yönetiminde sağlıklı yaşam biçimi davranışları etkilidir. Sağlık profesyonelleri tarafından öncelikle değerlendirilmelidir. Değerlendirmede ve sağlık davranışlarını geliştirmede rehberlik eden çeşitli modeller mevcut olup, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli klinikte sıklıkla kullanılanlar arasındadır. Bu yazıda sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Pelvik Taban, Disfonksiyon, Yaşam Biçimi Davranışları, Pender

**ABSTRACT** Pelvic floor dysfunction is a common and important health problems, commonly seen in women and may adversely affect the quality of life. It is known that lifestyle changes are effective in the development and management of this problem. Incontinence (urinary / fecal), pelvic organ prolapse, chronic pelvic pain and sexual dysfunction symptoms are related to pelvic floor dysfunction. Healty lifestyle behaviours are effective in development and management of these symptoms. They must be assessed by health professionals primarily. There are some models using for assessment and development of health behaviors by health professionals. Pender's Health Promotion Model is commonly used in the clinic among those. In this article, healty lifestyle behaviors were examined.

**Keywords:** Pelvic Floor, Dysfunction, Lifestyle Changes, Pender

Geliş Tarihi/Received: 16-05-2015/ Kabul Tarihi/Accepted: Kabul Tarihi: 27-11-2015

<sup>a</sup> Araştırma Görevlisi, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

**Sorumlu Yazar Adres/ correspondence:** Arş. Gör. Şükran Başgöl **Yazışma adresi:** İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Abide-i Hürriyet Cad. 34381, Şişli / İSTANBUL,e-mail: [sukranbasgol@gmail.com](mailto:sukranbasgol@gmail.com)

**Atf:** Başgöl Ş. Pelvik Taban Disfonksiyonunu Önlemede Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli.HSP 2016; 3(1):57-65.

**To cite this article:** Başgöl Ş. Healthy Lifestyle Behaviors For The Prevention Of Pelvic Floor Dysfunction:Pender's Health Promotion Model. HSP 2016; 3(1):57-65.

### Giriş

Pelvik taban disfonksiyonu, kadınlarda oldukça sık görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen önemli bir sağlık sorunudur.<sup>1</sup> Kemik pelvis çıkışında yer alan pelvik taban, abdominal ve pelvik organlara destek sağlayan, levator ani, iskiokavernöz, bulbokavernöz, superfisiyel transvers kaslarından oluşmuştur. Pelvik tabanı oluşturan bu yapılar; kontinansın sağlanmasında, prolapsusun önlenmesinde, cinsel fonksiyonun sağlanmasında ve doğumun gerçekleştirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Ancak, obezite, parite, yaş, menopoz, doğum

travmaları, konstipasyon, yanlış beslenme, aşırı kafein ve sigara tüketimi, sistemik hastalıklar ve etkisiz stres yönetimi gibi çeşitli nedenlerle nöral, muskular, hormonal, travmatik kaynaklı pelvik taban disfonksiyonu (PTD) gelişebilir.<sup>1,2</sup>

Geniş bir klinik yelpazesi olan PTD; inkontinans (üriner/ fekal), pelvik organ prolapsusu (POP), kronik pelvik ağrı ve cinsel disfonksiyon semptomlarını kapsamaktadır. Bu semptomlar, doğrudan kadın yaşamını tehdit etmemesine rağmen, kadınların psikolojisini, fiziksel durumlarını, sosyal yaşamlarını ve

dolayısıyla yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilmektedir.<sup>3,4</sup> Son yıllarda yaşlı nüfusun artması ve daha kaliteli bir yaşam isteği, bireylerin tedavi arayışını arttırarak, PTD'na ilişkin yapılan çalışmaları çeşitlendirmiş ve arttırmıştır.<sup>4,5</sup>

Literatürde, yan etkilerinin olmaması, semptomlarda belirgin ve uzun dönem iyileşme sağlanması nedeniyle, PTD'nun yönetiminde yaşam tarzı değişikliklerinin önemi vurgulanmaktadır. Ayrıca, koruyucu tedavinin bileşeni olarak ele alınan yaşam tarzı değişiklikleri, yayınlanan uluslararası kanıt temelli rehberlerde [Avrupa Üroloji Birliği (European Association of Urology- EAU) (2014)] ve randomize kontrollü çalışmalarda, tedavide ilk seçenek olarak bildirilmektedir.<sup>6-8</sup>

Yaşam tarzı değişikliklerinin (lifestyle changes) amacı; bireyin alışkanlıklarının (sigara, egzersiz, beslenme vb.) tanımlanarak, PTD'nunu tetikleyen ya da disfonksiyona katkı sağlayan alışkanlıklarının ve kontrol edilebilir risk faktörlerinin değiştirilmesi; pelvik taban kontrolünün geri kazanılmasıdır.<sup>2,9</sup> Tablo 1'de pelvik taban disfonksiyonuna ilişkin yapılması önerilen yaşam tarzı değişiklikleri özetlenmiştir.<sup>9</sup>

**Tablo 1. Pelvik taban disfonksiyonuna ilişkin yaşam tarzı değişiklikleri**

- Kilo kontrolü- obezitenin önlenmesi
- Sigaranın bırakılması
- Kafein tüketiminin azaltılması
- Mesane iritanlarından kaçınılması
- Diyetin düzenlenmesi, konstipasyonun önlenmesi (lifli, vitamin ve mineralden zengin, antioksidan, yeterli sıvı alımı vb.)
- Stres yönetimi
- Fiziksel egzersiz/Pelvik taban kas egzersizleri

### **Kilo Kontrolü- Obezitenin Önlenmesi**

Obezite, pelvik taban üzerinde kronik intra-abdominal ve intravezikal basıncı arttırarak, PTD'nun gelişiminde rol oynayan bağımsız risk faktörlerinden biridir.<sup>1,10</sup> Obezite, pelvik tabana olan kan akışını ve sinir innervasyonunu engellediğinden, fazla kiloların verilmesi ile pelvik tabanda iyileşmenin gerçekleşmesi amaçlanır.<sup>9,11,12</sup>

Obezitenin, kadın sağlığı ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir. Bu nedenle, obezite ve beraberinde getirdiği olumsuz sonuçları

önlemek için kilo kontrolü son derece önemlidir. Dolayısıyla, PTD'nun birincil basamak tedavisinde, fazla kilolu ve obez olan kadınların başarılı/etkin bir şekilde kilo vermeleri desteklenmelidir.<sup>13,14</sup> Özellikle beden kitle indeksi (BMI'i) >30 kg/cm<sup>2</sup> ve bel çevresi >88 cm olan bireylerin, yaşam tarzı değişikliklerine kilo vermeleri eklenmelidir.<sup>4,15,16</sup>

Yapılan çalışmalarda sağlığı geliştirme modeli eşliğinde yapılan planlı eğitimler ile BMI'nin kontrol altına alınabildiği bildirilmiştir.<sup>17-19</sup> Atanda-lawal'ın (2012)<sup>20</sup> 7-12 yaş grubundaki kilolu çocuklar ile yaptığı niteliksel bir araştırmada sağlığı geliştirme modelinin davranış değiştirmede anlamlı derecede etkili olduğu belirtilirken bireylerin bu şekilde çok boyutlu değerlendirilebildiği vurgulanmıştır. Tortumluoğlu ve ark.'nın (2005)<sup>21</sup> bir huzurevinde yaptıkları çalışmada da, sağlığı geliştirme modeli doğrultusunda hazırlanan egzersiz programının bireylerin BMI'lerinde anlamlı derecede fark yarattığı saptanmıştır.

### **Sigaranın Bırakılması**

Sigara, içeriğindeki nikotinin detrusör kas kontraksiyonlarına neden olması ve oluşan öksürük sonucu artan intraabdominal basınç nedeniyle PTD'nun gelişiminde rol oynayan bağımsız risk faktörlerindedir.<sup>13</sup> Tütün ürünlerinin antiöstrojenik hormonal etkisinin kollajen sentezi üzerine olumsuz etkileri ise henüz tartışılmaktadır.<sup>2</sup> Literatürde, içilen sigaranın sayısı ve süresi arttıkça PTD görülme riskinin arttığı bildirilmiştir.<sup>6</sup>

Dünya Sağlık Örgütü sigara alışkanlığının dünyadaki en büyük sağlık sorunlarından biri olduğunu belirterek, bireyin sigarayı bırakmasının kendi sağlığı için yapabileceği en önemli girişim olduğunu vurgulamıştır.<sup>22</sup> Sigara içmenin beraberinde getirdiği PTD gibi sağlık sorunları, bireylerin yaşamlarını ve yaşam kalitelerini oldukça olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle de sigarayı bırakma önemli bir halk sağlığı önlemidir.<sup>6</sup> Dolayısıyla, sağlık profesyonelleri PTD'nun birincil basamak tedavisinde sigara içen bireylere sigarayı bırakmaları konusunda eğitim vererek desteklemelidir. Bireylerin sigarayı bırakmaları sağlık profesyonelleri tarafından kabul edilen önemli ve etkili önerilerden birisidir.<sup>22</sup>

Literatürde, sağlığı geliştirme modeli çerçevesinde sigara içen bireylere verilen

eğitimin oldukça etkili olduğu ve bireylerde değişim gerçekleştiği bildirilmiştir.<sup>23,24</sup> Oh ve ark.'nın (2013)<sup>25</sup> Kore'de sigara içen 214 öğrenci ile yaptıkları bir çalışmada; öğrencilere model eşliğinde verilen eğitimin anlamlı derecede etkili olduğu ve sigarayı bırakma konusunda öğrencilerin %61.1'nin niyet aşamasında, %22.3'ünün düşünme aşamasında ve %16.5'inin sigarayı bıraktığı bildirilmiştir.

### **Kafein Tüketiminin Azaltılması**

Bazı yiyecek, içecek ve ilaçların içeriğinde bulunan kafein (özelikle çay, kahve ve kola) detrusör kasının kasılmasında uyarıcı etki göstererek detrusör basıncını önemli derecede artırmaktadır. Kafein, diüretik özelliği, detrusör kası üzerindeki iritan etkisi ve düz kasları gevşetme özelliğinden dolayı bireylerde sıkışma hissine, sık idrara çıkmaya ve inkontinans gibi PTD'na neden olabilmektedir.<sup>6,16,26</sup>

Tüketilen yiyecek ve içeceklerin türü, bireylerin sağlığı ve yaşam kaliteleri açısından oldukça önemlidir. Nitekim, çay, kahve, kola ve çikolata gibi kafein içeren çeşitli yiyecek ve içeceklerin fazla miktarlarda tüketimi PTD gibi sağlık sorunları beraberinde getirebilmektedir. Kafein diüretik özelliği, detrusör kası ve sinir sistemi üzerindeki iritan etkisi, düz kasları gevşetme özelliği vb. etkilerinden dolayı PTD'nun gelişiminde kontrol altına alınması gereken risk faktörlerindedir. Bu nedenle, tüketilen kafeinli besinler alternatifleriyle değiştirilmeli ve pelvik taban üzerindeki etkilerine dikkat edilmelidir. Eğer hastalar kafein tüketmeye devam etmek isterlerse özellikle sıkışma tipi idrar kaçırma (urge inkontinans) ve sık idrara çıkma (frequency) semptomlarını azalmak için günlük <200 mg (iki fincan kahve) tüketimi önerilmelidir.<sup>6,13,16</sup>

Literatürde, sağlığı geliştirme modeli ile kafein tüketimine ilişkin doğrudan bir çalışmaya rastlanılmamakla beraber; kafein tüketimi diyet başlığı altında incelenmiştir.<sup>17,27</sup>

### **Diyet- Mesane İritanlarından Kaçınılması- Konstipasyonun Önlenmesi**

Özel bir diyet olmamasına rağmen, bazı besinlerin mesane iritabilitesini ve diürezis artırdığı, bu nedenle aşırı aktif mesane, sıkışma tipi idrar kaçırma gibi PTD semptomlarını şiddetlendirdiği kanıtlanmıştır.<sup>2,28</sup> Özellikle; turunçgiller, yoğurt, peynir, sirke, soğan, baharatlar, yapay tatlandırıcılar, domates ve domates içerikli ürünler, mayonez, muz, fındık,

alkol, çikolata, bal, mısır şurubu, çay, gazlı içecekler mesane iritanları olarak bilinmektedir. Bunların yerine; su, süt, elma, armut, şeftali, üzüm, kavun, karpuz, badem, süzme peynir, patates, balık, beyaz çikolata, bitkisel çaylar, çam fıstığı, sarımsak vb. ürünlerin tüketilmesi önerilmektedir.<sup>13</sup> Bunun yanı sıra, lifli gıdalardan zengin bir beslenme tarzı (tahıl, kepek ekmeği, meyve ve sebze), yeterli sıvı alımı (30ml/kg; ort. 8 bardak), baharatlı yiyeceklerden kaçınılması, diyetle antioksidan tüketimi (C ve E vitamini vb.) ve konstipasyonun önlenmesi de PTD'un önlenmesinde ya da semptomların azaltılmasında önerilen yaşam tarzı değişikliklerindedir.<sup>6,16,29-31</sup> Literatürde terapötik yaklaşım başlığı altında diyet terapisi (dietary therapy) olarak da tanımlanmaktadır. Diyet terapisi kapsamında antioksidanların vücuda alınmasının bireylerin yaşam kalitelerini yükselttiği, yan etkileri olmaksızın pelvik disfonksiyonda iyileşme sağladığı bildirilmiştir.<sup>29,30</sup>

Safabakhsh ve ark. (2016)<sup>27</sup>'nin koroner arter bypass greft ameliyatı olan hastalar ile yaptıkları deney kontrol çalışmasında; sağlığı geliştirme modeli doğrultusunda hazırlanan eğitim programı deney grubuna 3 ay içerisinde 2 kez (6. ve 10. haftalarda) uygulanmıştır. Çalışma sonucunda deney grubunun kontrol grubuna göre istenilen diyet programına uyduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Benzer olarak, 20-45 yaş grubu Afrikan Amerikan kadınlarda hipertansiyonu önlemek ve kontrol altına almak amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışmada, sağlığı geliştirme modeli doğrultusunda verilen eğitimin etkili olduğu ve kadınların diyet kontrolü, alkol kısıtlaması gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirdiği bildirilmiştir.<sup>17</sup>

### **Stres Yönetimi**

Zorlanma, gerilme ve baskı anlamına gelen stres; organizmanın dengesini bozabilecek etkenlerin tümü olarak açıklanmaktadır. Fiziksel, psikolojik ve sosyal stresler dizisi kişide bir takım olumsuzluklara neden olabilir. Stres düzeyinin ve sürekliliğinin artması sonucu organ, sistem ve fonksiyonlarda bozulma meydana gelebilir.<sup>1,32</sup> Dolayısıyla, stres otonom sinir sistemi, endokrin, immün ve gastrointestinal gibi sistemlere etki ederek organ ve fonksiyonlarda bozulmaya neden olabilir. Sonuçta, stres üriner inkontinans, cinsel disfonksiyon, prolapsus ve pelvik ağrı

semptomlarının da ortaya çıkmasında primer ya da sekonder olarak etki etmektedir.<sup>32,33</sup>

Pelvik taban disfonksiyonu olan bireylerin stres düzeylerinin değerlendirilerek, stresle başa çıkmada kullandıkları yöntemler belirlenmelidir. Bireylere, kişiler arası ilişkileri geliştirme, sosyal etkinliklere katılma, yeni hobiler kazanma, zaman yönetimi gibi stresle etkili başa çıkma yöntemleri hakkında danışmanlık verilebilir. Stresin bireylerde yarattığı fiziksel ve psikolojik disfonksiyonlara ilişkin daha fazla çalışmalara gereksinim duyulurken, stresin insan yaşamı üzerine olan olumsuz etkileri üzerinde durulmaktadır.<sup>32,33</sup>

Literatürde, sağlığı geliştirme modeli kullanılarak yapılan eğitimlerin bireylerin stres yönetiminde faydalı olduğu bildirilmiştir.<sup>17,27,34</sup> Safabakhsh'ın (2016)<sup>27</sup> çalışmasında eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilen deney ve kontrol gruplarında; deney gruplarının stres yönetimi puan ortalamalarında anlamlı derecede artış bulunmuştur. Buna göre, bireylere sağlığı geliştirme modeli doğrultusunda verilen eğitimin davranış değiştirmede etkili olduğu ve eğitim alan bireylerin stres yönetiminde daha başarılı oldukları belirtilmiştir.

### **Fiziksel Egzersiz/Pelvik Taban Kas Egzersizleri**

Pelvik taban kasları, üretral kapanma basıncını ve direncini artıran, pubisten koksikse kadar pelvik kaviteyi hamak şeklinde sarak, pelvik organlara (ütretra, vajina ve rektum) yapısal ve fonksiyonel destek veren kas gruplarıdır. Pelvik taban kas egzersizleri (PTKE) bu kasları güçlendirmeye yöneliktir ve ilk kez 1948 yılında Arnold Kegel tarafından tanımlanmıştır. Bu nedenle, bu egzersizler aynı zamanda "Kegel Egzersizleri" olarak da bilinir ve pelvik taban fonksiyonunu geliştirmek amacıyla konservatif tedavide ilk basamak olarak kabul edilir.<sup>6,16</sup>

PTKE'leri, periüretral ve perivajinal kasların istemli kasılmasını sağlar, üretral kapanma basıncını artırır ve pelvik viseral yapıların desteğine katkıda bulunur. Böylece, kadının yaşam evrelerinde olumsuzluklara neden olarak yaşam kalitelerini düşüren inkontinans, pelvik organ prolapsusu, cinsel disfonksiyon ve kronik pelvik ağrı riski azalır.<sup>6,16,32</sup>

Avrupa Üroloji Birliği tarafından yayınlanan kanıt temelli rehberde (2014)<sup>6</sup>,düzenli yapılan fiziksel egzersizin de pelvik taban kaslarını güçlendirdiği, PTD

riskini azalttığı, ağır fiziksel egzersizlerin ise PTD riskini şiddetlendirebileceği bildirilmektedir. Literatürde, ağır yorucu egzersizlerin (koşu, aerobik vb.) daha hafif egzersizler (tempolu yürüyüş, yüzme, bisiklet vb.) ile değiştirilmesi, karın içi basıncı artıran tekrarlı hareketlerden kaçınmaları önerilmektedir. Orta düzey fiziksel egzersizlerin kadınlarda inkontinans insidansını azalttığı; ıkınma ve ağır kaldırma gerektiren mesleklerde çalışan kadınların da inkontinans ve prolapsus açısından riskli grupta olduğu bildirilmektedir.<sup>13,16,35</sup> Düzenli yapılan orta düzeyde egzersizlerin (tempolu yürüyüş, yüzme, bisiklet vb.); kan dolaşımını artırdığı, hormon düzeylerine (testosteron, endorfin vb.) etki ettiği, stres düzeyini azalttığı, kilo kontrolünü sağladığı, özgüven duygusunu geliştirdiği, dolayısıyla cinsel yaşamda memnuniyeti artırdığı yapılan çalışmalarda bildirilmektedir. Sonuç olarak, egzersizlerin her gün ya da haftada en az 5 gün, 40-60 dk/günde 1 kez ya da 20-30 dk/günde 2 kez düzenli olarak yapılması hedeflenmelidir.<sup>35</sup>

Sağlığı geliştirme modeli kullanılarak yapılan eğitimlerde, bireylerin fiziksel egzersizlerinde artış olduğunu gösteren çalışmalar olmakla beraber<sup>17,27</sup>, bu modelin tek başına yetersiz olduğunu savunan çalışmalar da mevcuttur.<sup>36</sup> İran'da 161 lise öğrencisini kapsayan randomize kontrollü bir çalışmada, sağlığı geliştirme modeli kullanılarak yapılan eğitimin etkili olduğu; ancak kontrol grubuna göre anlamlı olmadığı bulunmuştur. Buna göre, sonuçları kontrol grubuna göre anlamlı bulunulan *transteoretik model ile birlikte kullanılması önerilmiştir*.<sup>37</sup>

### **Sağlıklı Yaşam Biçimi**

#### **Davranışlarının Adaptasyonunda Sağlık Profesyonellerinin Rollerini**

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları/ tarzı, bireylerin kendi sağlıklı durumlarını korumaları, yükseltmeleri ve hastalıklardan korunmak için uyguladığı davranışların bütünü olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi ile birey sağlığını koruma ve geliştirmek adına sorumluluk almakta, sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmekte ve günlük aktivitelerini düzenlemek için kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmektedir. Seçilen riskli davranışların değiştirilmesinde ise bireylerin niyetleri, tutumları, algılanan sonuç, kişilerarası etkileşimleri ve sosyal destek gibi

birçok faktör etkili olabilmektedir. Dolayısıyla, sağlık profesyonelleri danışmanlık eğitimlerinde proaktif yaklaşımı benimseyerek bireyleri pelvik taban disfonksiyon risk faktörleri açısından değerlendirmelidir. Bireylerin ihtiyaçlarını ve tercihlerini bakım ve tedavilerinde mutlaka dikkate almalıdırlar. Aynı zamanda, bireyler ile etkili iletişim kurmalı, onları değerlendirirken kanıt temelli, geçerlik güvenilirliği yapılmış standart formlar kullanılmalı ve sağlık davranışlarını geliştirmede uygun modellerden yararlanmalıdır.<sup>13,28,38</sup> Sağlık İnanç Modeli, Sağlığı Geliştirme Modeli, Transteoretik Model, Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı, Motivasyonel Görüşme Programları, Bilişsel Davranışçı Teori ve Sosyal Kognitif Teori bunlardan bazıları olup, günümüzde sağlığı geliştirme davranışını kolaylaştıran Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli kliniklerde sıklıkla kullanılmaktadır.<sup>13,38</sup> Sağlık profesyonelleri, Sağlığı Geliştirme Modeli ile bireylerin yaşam tarzlarını, çalışma koşullarını ve beslenme şekillerini değerlendirerek bireylerde pelvik taban disfonksiyonuna ilişkin herhangi bir olumsuzluğun varlığını tespit eder. Nitekim, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin temel esası da; sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile bireyin sağlığının geliştirilmesi olup, pelvik taban disfonksiyonunun tedavisinde önerilen ilk seçenektir.<sup>39,40</sup> Bu model, bireyin sosyo-demografik özelliklerini, deneyimlerini ve davranışa özgü algılarını değerlendirerek bireyin bütüncül değerlendirmesini sağlar. Böylece sağlık profesyonellerinin bireye özgü bakım planı geliştirmesine olanak sağlar.<sup>41</sup>

Sağlığın geliştirilmesi sağlık profesyonellerinin özgün görevi olup, her birey bütüncül değerlendirilerek biricik ve özel olarak ele alınmaktadır. Bu doğrultuda Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli bireyin sağlığını kendisinin de kontrol etmesine fırsat vererek, bireyin ve sağlık profesyonellerinin daha sağlıklı bir yaşam için birlikte çalışmasına katkı sağlar.<sup>39,41</sup>

### Sağlığı Geliştirme Modeli

Nola J. Pender tarafından 1980 yılında geliştirilmiş olup, 1987 ve 1996 yılında Pender tarafından tekrar revize edilmiştir. Model, sağlığı geliştirme alanındaki uygulamalara rehber nitelikte olup, sağlığı koruma modellerinin tamamlayıcısı niteliğindedir.<sup>41</sup>

Modelin amacı; yaşam tarzına ilişkin sağlığı geliştirme davranışlarının bileşenlerini

açıklamak, bireyin deneyimlerini ve sağlık davranışına ilişkin algılarını etkileyebilecek faktörleri değerlendirmek ve sağlıklı yaşam tarzına ilişkin davranışların belirleyicilerinin anlaşılması için sağlık profesyonellerine yardımcı olmaktır.<sup>41, 42</sup>

Sağlığı Geliştirme Modeli üç öğeden oluşmaktadır. Bunlar;

**1) Bireysel Özellikler ve Deneyimler:** Bireysel özellikler; bireyin biyolojik (yaş, kilo, boy, cinsiyet); psikolojik (benlik saygısı, öz motivasyonu ve kişisel yetenekler) ve sosyo-kültürel özelliklerini (etnik grup, ırk, eğitim, gelir, bulunduğu yer, statü, görev) içerir. Deneyimler ise doğrudan ve dolaylı etkiye sahip olan davranışsal bir faktördür. Önceki davranışın başarı ya da başarısızlığı, sonraki davranışın sonucunu etkiler.<sup>41-43</sup>

### 2) Davranışa Özgü Algular:

- **Eylemin Algılanan Yararları:** Birey kazanması gereken sağlık davranışının sağlığı üzerindeki olumlu etkilerini algılar ise bu davranışa başlama ve sürdürmeye kolaylıkla karar verebilir. Örnek: eğer birey kilo vermeyi kendi sağlığı açısından olumlu bir davranış olarak algılıyorsa, kilo kontrolüne ilişkin öz yeterlilik algısı da olumlu etkilenecek ve bu davranışında başarılı olabilecektir.<sup>41-43</sup>
- **Eylemin Algılanan Engelleri:** Birey yeni bir davranışa başlama ve sürdürme sürecinde kişisel, psikolojik, kültürel kaynaklı pek çok engelle karşılaşabilir. Davranışla ilgili olumsuz duygular, davranışı geliştirmeyi de olumsuz yönde etkiler. Bu engellerden en sık karşılaşılanları; bir süre sonra sıkılma, zaman ayıramama, ekonomik yetersizlik, davranışın güç olarak algılanması, davranışın diğer bireyler tarafından desteklenmemesidir.<sup>41-43</sup>
- **Algılanan Öz-Etkililik:** Öz etkililik bireyin sağlığını geliştirmede veya sağlıkla ilgili sorunlarını çözümlenmede etkin olma gücüdür. Öz-etkililik, bireyin belirli bir davranışını başarılı olarak yapmasına ilişkin kendi öz yargısı, inancı olarak tanımlanır. Birey bir olayın çözümünde etkili olabileceğine inanıyorsa daha aktif ve daha etkin davranabilir ve kendisine daha fazla güvenir. Bu "yapabilme-becerebilme" algısı, bireyin olayları kontrol edebilme duygusu olarak yansır. Düşük öz etkililik duygusunun

ise depresyon, anksiyete ve çaresizlik ile ilgili olduğu belirtilmektedir.<sup>41-43</sup>

- **Aktivite İlişkin Duygu Durumu:** Önceki benzer davranışın başarı ya da başarısızlığı sonraki davranışı etkiler. Davranışın performansını doğrudan, öz-etkililiği ise dolaylı etkileyen, özel bir davranış sonucu ortaya çıkan, olumsuz ya da olumlu duygulardan oluşur. Davranışla ilgili bireyde oluşan duygular, bireyin davranışının devamlılığını etkiler.<sup>41-43</sup>
- **Kişilerarası Etkiler:** Çevredeki insanların bireyin davranışına ilişkin düşünce, inanış ve tutumlarını kapsamaktadır. Bireye, davranışa ilişkin verilen destektir. Sosyal normlar, sosyal destek ve model alma kişilerarası ilişkilerin birincil kaynağıdır.<sup>41-43</sup>
- **Durumsal Etkiler:** Bireysel algılar, ortamdaki herhangi bir durum veya ortamın şartları davranışı kolaylaştırır ya da engel olur. Durumsal etkiler doğrudan ya da dolaylı olarak sağlık davranışını etkileyebilir. Bireyin bulunduğu çevre, davranış oluşumunu etkilerken bireyin ya da grubun tam bir iyilik haline ulaşabilmesi için çevresiyle uyumlu yaşaması, çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi, tanıyabilmesi ve memnun olması gerekmektedir.<sup>41-43</sup>

### 3) Davranış Çıktısı

- **Davranışa İlişkin Plan Yapma:** Bu aşama bireyin istenilen/hedeflenen sağlık davranışını gösterdiği, eyleme geçtiği aşamadır. Davranış hakkında plan yapma, davranışsal bir olayı gösterir. Bu plana bağlılık, önemli bir tercih ortaya çıkmadıkça bireyde davranış oluşumuna neden olmaktadır. Davranış hakkında plan yapma, davranışla ilgili niyet kavramını içerir.<sup>41-43</sup>
- **Acil, Birbiriyle Yarışan İstekler ve Tercihler:** Alternatif davranışlar içinde bireylerin kendi tercihlerini kullanmasıdır. Aktiviteye karar vermeden önce var olan planlı davranış için bu alternatifler görüşülerek “yarar ve engel” kavramları belirlenir. Bireyin kontrolü elden bırakmaması gerekir. Sağlık davranışları ile ilgili önemli engellerden birisi ihtiyaç duyulduğu zaman hemen karşılamaktır (kilo verme sürecinde acıkan bireyin öncelikli olarak tokluk hissini sağlamak için o anda ne bulursa yemesi). Kilo almamak için yemek miktarını az seçebilir ancak bu düşük kontroldür. Buna karşın bu birey yemek

tercihlerini düşük yağlı, kalorisi zengin lifli, vitaminli, proteinli yiyeceklerden yana kullanırsa önceliklerini belirler ve davranışı üzerinde yüksek kontrol sağlamış olur.<sup>41-43</sup>

- **Sağlığı Geliştirme Davranışı:** Bireyin istendik davranışı göstermesi ve yaşam biçimi haline getirilmesidir. İstendik davranışın gösterilmesi ile sağlık geliştirilmiş, işlevsel yetenek geliştirilmiş ve daha iyi bir yaşam kalitesi sağlanmış olur.<sup>42</sup>

Sağlığı geliştirme modeli rehber alınarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından olan kilo kontrolüne ilişkin örnek sorular Tablo 1’de verilmiştir.<sup>41-43</sup>

**Tablo 1:** Sağlığı Geliştirme Modeli’ne Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarından Kilo Kontrolüne İlişkin Örnek Sorular

<b>Sağlığı Geliştirme Modeli’ne Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarından Kilo Kontrolüne İlişkin Örnek Sorular</b>	
<b>1) Bireysel Özellikler ve Deneyimler</b>	Geçmişte kilo vermeyi hiç denediniz mi? Bu deneyimlerden ne öğrendiniz?
<b>2) Davranışa Özgü Algılar</b>	
• <b>Eylemin Algılanan Yararları</b>	Kilo vermenin kişisel yararları nelerdir?
• <b>Eylemin Algılanan Engelleri</b>	Kilo verirken/diyet yaparken karşılaşılabileceğiniz sorunlar (engeller) nelerdir?
• <b>Algılanan Öz-Etkililik</b>	Kilo vermek/kontrolünü sağlamak için bu engelleri aşacağınızdan ne kadar eminsiniz?
• <b>Aktivite İlişkin Duygu Durumu</b>	Kilo verdikçe kendinizi nasıl hissediyorsunuz?
• <b>Kişilerarası Etkiler</b>	
○ <b>Sosyal Normlar</b>	Ailenizden veya arkadaşlarınızdan sizin daha zayıf olmanız beklentisi içinde olan var mı?

Tablo 1'in devamı

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sosyal Destek</li> <li>○ Rol Modelleri</li> <li>● Durumsal Etkiler</li> </ul>	<p>Sizi kilo vermeniz için kim destekler?</p> <p>Ailenizde veya arkadaşlarınız arasında diyet yapan/kilo kontrolünü sağlayan kimse var mı?</p> <p>Çalışma ortamınız ve çevreniz kilo vermenizi nasıl etkiliyor?</p>
<p><b>3) Davranış Çıktısı</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Davranışa İlişkin Plan Yapma</li> <li>● Acil, Birbiriyle Yarışan İstekler ve Tercihler</li> <li>● Sağlığı Geliştirme Davranışı</li> </ul>	<p>Kilo kontrolünüzü sağlamak için kendinize haftalık/aylık hedef belirlemeye ve bir plan geliştirmeye hazır mısınız?</p> <p>Kilo verme sürecinde ne gibi problemlerle karşılaştınız? Gelecekte bu problemlerden nasıl uzak durabilirsiniz?</p> <p>Birey kilo kontrolünü sağlamada başarılı olmuştur ve bunu yaşam biçimi haline getirmiştir.</p>

### Sonuç

Pelvik taban disfonksiyonu, kadınlarda sıklıkla görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen, önemli ve yaygın bir sağlık sorunudur. Bu sorunun oluşmasında ve yönetiminde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının etkili olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla, sağlık profesyonellerinin PTD'nun, önlenmesi amacıyla bireylerin risk faktörlerine maruz kalmasını önlemek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmak gibi önemli rol ve sorumlulukları vardır. Bunun için de Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli gibi çeşitli modellerden yararlanabilirler.<sup>3,7,13</sup>

### Kaynaklar

1. Beckmann RBC, Ling FW, Herbert WNP, Laube DW, Smith RP, Casanova R, et al. Pelvic Support Defects, Urinary Incontinence, and Urinary Tract Infection. *Obstetrics and Gynecology*. 7th ed. China: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer; 2013. p. 277-86.
2. Newman DK, Wein AJ. Office-based behavioral therapy for management of incontinence and other pelvic disorders. *Urol Clin North Am* 2013; 40(4): 613-35.
3. Çelik DB, Beji NK. Pelvik taban fonksiyon bozuklukları ve yaşam kalitesi [The pelvic floor function disorders and quality of life]. *İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* [Florence Nightingale Journal of Nursing] 2012; 20(1): 69-79.
4. Saleh S, Majumdar A, Williams K. The conservative (non-pharmacological) management of female urinary incontinence. *Obstet Gynaecol* 2014; 16(3): 169-77.
5. Newman DK. Pelvic floor muscle rehabilitation using biofeedback. *Urologic Nursing* 2014; 34(4): 193-202.
6. Lucas MG, Bedretinova D, Bergmans LC, Bosch JLHR, Burkhard F, Cruz F, et al. Guidelines on urinary incontinence. European Association of Urology 2015 [updated 2015 March; cited 2015 May 2] Available from: [http://uroweb.org/wp-content/uploads/20-Urinary-Incontinence\\_LRI.pdf](http://uroweb.org/wp-content/uploads/20-Urinary-Incontinence_LRI.pdf)
7. Nygaard I, Shaw J, Egger MJ. Exploring the association between lifetime physical activity and pelvic floor disorders: study and design challenges. *Contemp Clin Trials* 2012; 33(4): 819-27.
8. Starr JA, Drobnis EZ, Lenger S, Parrot J, Barrier B, Foster R. Outcomes of a comprehensive nonsurgical approach to pelvic floor rehabilitation for urinary symptoms, defecatory dysfunction, and pelvic pain. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2013; 19(5): 260-5.
9. Chiarelli P. Lifestyle interventions for pelvic floor dysfunction. In: Bø K, Berghmans B, Morkved S, Van Kampen M eds. Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor: Bridging Science and Clinical Practice. 1st ed. China: Churchill Livingstone Elsevier; 2007. p. 147-160.
10. Gozukara YM, Akalan G, Tok EC, Aytan H, Ertunc D. The improvement in pelvic floor symptoms with weight loss in obese women does

- not correlate with the changes in pelvic anatomy. *Int Urogynecol J* 2014; 25(9): 1219-25.
11. Imamura M, Williams K, Wells M, McGrother C. Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; (9): doi: 10.1002/14651858.CD003505.pub4.
  12. Cameron AP, Jimbo M, Heidelbaugh JJ. Diagnosis and office-based treatment of urinary incontinence in adults. Part two: treatment. *Ther Adv Urol* 2013; 5(4): 189-200.
  13. Gungor I, Beji NK. Lifestyle changes for the prevention and management of lower urinary tract symptoms in women. *Int J Urol Nurs* 2011; 5(1): 3-13.
  14. Osborn DJ, Strain M, Gomelsky A, Rothschild J, Dmochowski R. Obesity and female stress urinary incontinence. *Urology* 2013; 82(4): 759-63.
  15. Te West NID, Moore KH. Recent developments in the non-surgical management of pelvic organ prolapse. *Curr Obstet Gynecol Rep* 2014; 3(3): 172-79.
  16. NICE- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Urinary Incontinence: The Management of Urinary Incontinence in Women. 2013. (Erişim tarihi: 02.06.2015) Erişim adresi: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg171/resource/s/cg171-urinary-incontinence-in-women-full-guideline3>
  17. Ugorji JU. Developing a lifestyle modification toolkit to prevent and manage hypertension among African American women [PhD thesis]. University of Walden, Minneapolis, 2014.
  18. Mohebi S, Sharifirad G, Feizi A, Botlani S, Hozori M, Azadbakht L. Can health promotion model constructs predict nutritional behavior among diabetic patients? *J Res Med Sci* 2013; 18(4): 346-359.
  19. Chen MY, Huang LH, Wang EK, Cheng NJ, Hsu CY, Hung LL, Shiao YJ. The effectiveness of health promotion counseling for overweight adolescent nursing students in Taiwan. *Public Health Nurs* 2001; 18(5): 350-356.
  20. Atanda-Lawal B. Health Promotion for Overweight Children between the Ages of 7 to 12, 2012. (Erişim tarihi: 02.06.2015) Erişim adresi: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/50103/AtandaLawal\\_Bibiyemi.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/50103/AtandaLawal_Bibiyemi.pdf?sequence=1)
  21. Tortumluoğlu G, Hacıhasanoğlu R, Yılmaz S, Yazıcı M. Yaşlılara verilen planlı egzersiz eğitiminin beden kitle indeksi (BKİ), arteriyel kan basıncı (AKB) ve egzersiz davranışlarına etkisi [The impact of the planned education given to elderly people on body mass index (BMI), blood pressure and exercise behaviors]. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences]* 2005; 8(1): 1-9.
  22. World Health Organization- WHO Report On The Global Tobacco Epidemic, 2013. (Erişim tarihi: 02.06.2015) Erişim adresi: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2013/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/)
  23. Gies CE. Evaluating effectiveness of an inpatient nurse-directed smoking cessation program in a small community hospital [Master thesis]. University of Toledo, United States, 2005.
  24. Choi SH. Smoking behavior and the impact on sleep quality and health-related quality of life among operating engineers [PhD thesis]. University of Michigan, United States, 2012.
  25. Oh H, Jeong H, Seo W. Integrative smoking cessation stage model for Chinese students studying in Korea. *Asian Nurs Res* 2013; 7(4): 182-190.
  26. Jura YH, Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Caffeine intake, and the risk of stress, urgency and mixed urinary incontinence. *J Urol* 2011; 185(5): 1775-80.
  27. Safabakhsh L, Arbabisarjou A, Jahantigh M, Nazemzadeh M, Navabi RS, Nosratzahi S. The effect of health promoting programs on patient's life style after coronary artery bypass graft-hospitalized in shiraz hospitals. *Glob J Health Sci* 2016; 8(5): 154-159.
  28. Wyman JF, Burgio KL, Newman DK. Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. *Int J Clin Pract* 2009; 63(8): 1177-91.
  29. Santanam N, Kavtaradze N, Murphy A, Dominguez C, Parthasarathy S. Antioxidant supplementation reduces endometriosis-related pelvic pain in humans. *Transl Res* 2013; 161(3): 189-95.
  30. Sesti F, Capozzolo T, Pietropolli A, Collalti M, Bollea MR, Piccione E. Dietary therapy: a new strategy for management of chronic pelvic pain. *Nutr Res Rev* 2011; 24(1): 31-8.
  31. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 2014. Chronic pelvic



- pain in women. (Erişim tarihi: 02.16.2015)  
Erişim adresi:  
<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=95a54f08-d023-49a0-81d1-32bc3e14746a%40sessionmgr4005&vid=2&hid=4111&bdata=Jmxhbmc9dHImc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#db=dme&AN=114601>
32. Siddighi S, Hardesty JS. [Urogynecology and Pelvic Reconstructive Surgery Basics]. Ö.Yalçın editör. Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Temel Bilgiler. 1.Baskı. Ankara: Ortadoğu Reklam Tanıtım Yayıncılık; 2007. p.85-93.
  33. Beckmann RBC, Ling FW, Herbert WNP, Laube DW, Smith RP, Casanova R, et al. Dysmenorrhea and Chronic Pelvic Pain. Obstetrics and Gynecology. 7th ed. China: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer; 2013. p.295-300.
  34. Moonmuang N. Stress management and health promotion behaviours in young men in tertiary education settings [PhD thesis]. University of Victoria, Australia, 2005.
  35. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Fourth international consultation on incontinence recommendations of the international scientific committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn* 2010; 29(1): 213-40.
  36. Eshah NF, Bond AE, Froelicher ES. The effects of a cardiovascular disease prevention program on knowledge and adoption of a heart healthy lifestyle in Jordanian working adults. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2010; 9(4): 244-253.
  37. Taymoori P, Niknami S, Berry T, Lubans D, Ghofranipour F, Kazemnejad A. A school-based randomized controlled trial to improve physical activity among Iranian high school girls. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2008; 5(1):18.
  38. Kaplan S, Demirci N. Üriner inkontinansa konservatif tedavi metotları [Conservative treatment methods in urinary incontinence]. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* [Journal of Fırat Health Services] 2010; 5(13): 1-14.
  39. Macfarlane ER. Women's motivation to perform pelvic floor muscle training for prevention of pelvic organ prolapse [Master thesis]. University of Otago, New Zealand, 2015.
  40. Chen SY. The development and testing of the pelvic floor muscle exercise self-efficacy scale. *J Nurs Res* 2004; 12(4): 257-66.
  41. Bahar Z, Açıl D. Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı [Health promotion model: conceptual structure]. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* [Dokuz Eylül University Nursing Faculty e-Journal] 2014; 7(1): 59-67.
  42. Ersin F, Bahar Z. Sağlığı Geliştirme Modelleri'nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: bir literatür derlemesi [Effects of Health Promotion Models on breast cancer early detection behaviors: a literature review]. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* [Dokuz Eylül University School of Nursing Electronic Journal] 2012; 5(1): 28-38.
  43. Tokat MA, Okumuş H. Başarılı emzirme için kuram ve modeline dayalı hemşirelik uygulamaları nasıl geliştirilir [How to improve nursing practices - based on theory and model for successful breastfeeding]. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi* [Journal of Research and Development in Nursing-HEMARG] 2008; 10(3): 51-55.
  44. Karabük Üniversitesi, Karabük. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://sabien.karabuk.edu.tr/>
  45. Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://sagbil.kocaeli.edu.tr/?p=programs>
  46. Çukurova Üniversitesi, Adana. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://www.cu.edu.tr/tr/detay.aspx?pageId=813>
  47. Kafkas Üniversitesi, Kars. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://www.kafkas.edu.tr/kau/TR/duyuru/universitemiz-Saglik-Bilimleri-Enstitusu-Bunyesinde-Ebelik-Bolumu-Yuksekk-Lisans-ve-Doktora-Programlarinin-Acilmasina-Yonelik-Basvuru-YoK-Tarafindan-Onaylanmistir>
  48. İstanbul Medipol Üniversitesi, (Erişim Tarihi: 06 Temmuz 2015) Erişim Adresi: <http://www.medipol.edu.tr/Sayfa/8001/Yuksekk-Lisans-Programi/Ebelik.aspx>
  49. Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu. (Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2015) Erişim adresi: <http://www.iasyo.ege.edu.tr/detay.php?SayfaID=51&action=haber>