

GEBELİK VE DOĞUMUN PELVİK TABAN YETERSİZLİKLERİ ÜZERİNE ETKİSİ: ÖNLENMESİ VE KORUNMADA HEMŞİRENİN ROLÜ

Hatice KAHYAOĞLU SÜT¹

ÖZET

Gebelik ve doğumun tüm organ sistemlerinde önemli derecede fizyolojik değişiklikler yarattığı bilinmektedir. Pelvik taban bozuklukları (Üriner inkontinans, fekal inkontinans ve pelvik organ prolapsusu) gebelik ve doğumla ilişkilendirilmiş olmasına rağmen gebelik ve doğumun pelvik organ desteği üzerindeki etkileri tam olarak ortaya konulamamıştır. Yapılan çalışmalarda ise doğum sayısı (parite), doğum şekli ve bebeğin doğum ağırlığının pelvik taban yetersizlikleri üzerinde önemli risk faktörleri olduğu bildirilmektedir. Gebelik ve doğumla olan ilişkili bu risk faktörlerinin pelvik taban yetersizliklerinden olan üriner inkontinans, fekal inkontinans ve pelvik organ prolapsuna yol açtığı yapılan çalışmalarda belirlenmiştir. Hemşireler ve sağlık profesyonelleri, gebelik sürecinde ve postpartum dönemde kadınlara pelvik taban yetersizliklerinin önlenmesi ve korunma için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmalıdır. Ayrıca hemşireler, pelvik taban kas egzersizlerinin düzenli olarak yapılması, ağır kaldırma, zorlama gerektiren hareketlerden ve yoğun fiziksel egzersizlerden kaçınılması, fazla kilo almamaya dikkat edilmesi (gebelerin gerekirse diyetisyene yönlendirilmesi), sigara kullanılmaması, konstipasyonun giderilmesi için diyetle lifli gıdaların eklenmesi ve sıvı alımının artırılması, düzenli egzersiz, rutin bir defekasyon programı oluşturması ve şiddetli durumlarda laksatif kullanılması, yeterli sıvı alınması, mesane irritanlarının az miktarda tüketilmesi konularında gebelikte ve postpartum sürecinde kadınlara eğitim vermelidirler.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Doğum, Pelvik Taban Yetersizliği, Önleme ve Korunmada Hemşirenin Rolü

¹Yrd.Doç. Dr, Trakya Üniversitesi SBF, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Abd.

İletişim /Corresponding Author: Hatice KAHYAOĞLU SÜT

Tel: 0.533.7662979 **e-posta:** haticesut@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received : 12.09.2014

Kabul Tarihi / Accepted: 16.01.2015

THE EFFECT PREGNANCY AND CHILDBIRTH ON PELVIC FLOOR DYSFUNCTIONS: ROLE OF NURSE IN PREVENTION AND PROTECTION

ABSTRACT

It is known that the pregnancy and childbirth cause significant physiological changes in all organ systems. Pelvic floor disorders (urinary incontinence , fecal incontinence and pelvic organ prolapse) are associated with pregnancy and childbirth, however, the effects of them on pelvic organ support has not been fully revealed. Studies reported that the number of birth (parity), delivery type, and birth weight are significant risk factors on pelvic floor failure. Also, studies reported that these risk factors associated with pregnancy and childbirth caused pelvic floor disorders such as, urinary incontinence, fecal incontinence and pelvic organ prolapse. Nurses and health professionals should provide healthy lifestyle behaviors for women in the prevention and protection of pelvic floor failures during pregnancy and postpartum period. In conclusion, nurse should give knowledge to women during pregnancy and postpartum period about why they must do regularly pelvic floor muscle exercise, mustn't lift heavy weights, mustn't hard movements and intense physical exercises, why must do weight control (if necessary, a dietician may be advised), why mustn't use smoke, must add fiber foods to diet in order to prevention of constipation, must increase fluid intake, must do regular exercise, must do routine defecation program, must intake adequate fluid, and consume bladder irritants in a small amounts.

Key Words: Pregnancy, Childbirth, Pelvic floor dysfunctions, Role Of Nurse In Prevention And Protection

GİRİŞ

Gebeliğin tüm organ sistemlerinde önemli derecede fizyolojik değişiklikler yarattığı bilinmektedir, fakat pelvik tabanda oluşan fizyolojik değişiklikler konusundaki bilgiler oldukça kısıtlıdır (1,2). Gebeliğin mi, yoksa doğum olayının mı pelvik taban bozukluklarıyla daha çok ilişkili olduğu tam olarak açık değildir. Doğum sayısı (parite), doğum şekli ve bebeğin doğum ağırlığının pelvik taban yetersizlikleri üzerinde önemli risk faktörleri olduğu düşünülmektedir. Pelvik taban bozuklukları (Üriner inkontinans, fekal inkontinans ve pelvik organ prolapsusu) gebelik ve doğumla ilişkilendirilmiş olmasına rağmen gebelik ve doğumun pelvik organ desteği üzerindeki etkileri tam olarak ortaya konulamamıştır (1,3).

Gebelik sürecinde ve postpartum dönemde pelvik taban yetersizliklerinin önlenmesi ve korunma da multidisipliner ekip yaklaşımı önemlidir. Bu ekip içerisinde yer alan hemşireler, gebelik sürecinde ve postpartum dönemdeki kadınlara pelvik taban yetersizliklerinin önlenmesi ve korunma için eğitim ve danışmanlık rollerini kullanarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları konularında bilgi vermelidirler.

I. PELVİK TABAN YETERSİZLİKLERİ ÜZERİNE ETKİLİ GEBELİK VE DOĞUM RİSK FAKTÖRLERİ

Gebelik ve doğum eylemi sırasında meydana gelen mekanik veya hormonal etkiler pelvik taban desteğini olumsuz etkileyebilir. Pelvik taban yetersizlikleri gelişimi açısından en önemli risk faktörleri parite, doğum şekli ve bebeğin doğum ağırlığıdır.

A. Parite: Yapılan çalışmalarda paritenin, özellikle pelvik organ prolapsusu için risk faktörü olduğu bildirilmektedir (4). Gebelik ve postpartum dönemde üriner inkontinans multiparite ile ilişkilidir (5). Paritenin üriner inkontinans için majör risk faktörü olduğu saptanmıştır (6). Hiç doğum yapmamaya göre, vajinal tek doğum yapmanın stres üriner inkontinans riskini 3,89 kat, vajinal birden fazla doğum yapmanın 4,37 kat, sezaryen tek doğumunsa 1,78 kat arttırdığı, bildirilmektedir (6). Beyaz ırkta hiç gebelik yaşamayanlara göre 1 kez gebe kalanlarda evre 2 ya da 3 pelvik organ prolapsusu riskinin 4,70 kat, ≥ 5 kez kalanlarda ise 10,04 kat fazla olduğu bildirilmiştir. Siyah ırkta ise parite ile prolapsus arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır (7). Ülkemizde ise hiç doğum yapmamışlara göre, 1 doğum yapanlarda pelvik taban disfonksiyonları gözlenme riskinin 1,75 kat, 2 doğum yapanlarda 2,12 kat, 3 doğum yapanlarda 3,40 kat, 4 ve üzeri doğum yapanlarda 3,89 kat fazla

olduğu bildirilmektedir (8). Parite arttıkça pelvik taban yetersizlikleri oluşma riskide artmaktadır.

B. Doğum Şekli: Doğum şekli özellikle vajinal ve enstrümental doğum pelvik taban kas yapısı üzerine etki ederek pelvik taban disfonksiyonlarına neden olur (9,10). Vajinal doğum pelvik tabanın sinir, kas, fasya ve ligament yapılarında önemli miktarda gerilmeye neden olur. Bu durum da pelvik organ prolapsusuna ve stres üriner inkontinansa neden olur (11). Vajinal ve enstrümental doğum pelvik taban fonksiyonlarını bozarak kas gücünü zayıflatır (10). Ayrıca vajinal ve enstrümental doğum yaptırılan kadınların kas gücündeki düşüş sezaryene göre daha yüksektir (12). Vajinal doğum pelvik taban bozuklukları üzerine bağımsız risk faktörüdür ve sezaryene göre herhangi bir pelvik taban kas bozukluğu riskini 1,85 kat arttırmaktadır (13). Hiç doğum yapmamışlara göre; vajinal tek doğum yapmak stres üriner inkontinans riskini 3,89 kat, vajinal birden fazla doğum yapmak 4,37 kat, sezaryen tek doğumsa 1,78 kat arttırmaktadır (6). Postpartum dönem 3. ayda vajinal doğum sezaryene göre üriner inkontinans riskini 3,28 kat, fekal inkontinans riskini ise 1,18 kat artırır (14). Bir başka çalışmada ise vajinal doğumun üriner inkontinans riskini 1,5 kat, forseps kullanımının 35 kat arttırdığı bildirilmektedir (15). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hiç doğum yapmamışlara göre; sezaryen doğum yapanlarda pelvik taban disfonksiyonları gözlenme riskinin 1,65 kat, vajinal doğum yapanlarda 2,38 kat, her iki şekilde de doğum yapanlarda ise 3,35 kat fazla olduğu bildirilmektedir (8). Sezaryen doğum yapanlara göre spontan vajinal doğum yapmanın POP-Q (Pelvik Organ Prolapsusu Sınıflaması) ≥ 2 olma olasılığını 3,19 kat arttırdığı, enstrümental vajinal doğumunsa 5,52 kat arttırdığı bildirilmektedir (59). Bir başka çalışmada ise en az bir vajinal doğum yapmanın pelvik organ prolapsusu riskini 7,22 kat arttırdığı bildirilmiştir (16).

C. Bebeğin Doğum Ağırlığı: Bebeğin doğum ağırlığı pelvik pelvik taban disfonksiyonları üzerine önemli etkide bulunmaktadır. Bebeğin doğum ağırlığı arttıkça pelvik taban disfonksiyonları gözlenme olasılığı da artmaktadır (14). Yapılan bir çalışmada anne karnında bebeğin ağırlığının inkontinans için bağımsız risk faktörü olduğu, gebelikte 75 kilo ve üzeri olmanın inkontinans riskini iki kattan fazla arttırdığı bildirilmiştir (17). Bir başka çalışmada ise bebeğin doğum ağırlığı 3800 gr'dan büyük olanların postpartum dönem 3. ayda üriner inkontinans risklerinin 1,41 kat fazla olduğu bildirilmiştir (14). Makrozomik fetüs

ağırlığının pelvik organ prolapsusu için bağımsız risk faktörü olduğu ve 2,91 kat risk artışı yarattığı bildirilmiştir (16).

II. GEBELİK VE DOĞUMUN PELVİK TABAN YETERSİZLİKLERİ İLE İLİŞKİSİ

Gebelik ve doğum eyleminin pelvik taban yapısı üzerine olumsuz etkileri üriner inkontinans, fekal inkontinans ve pelvik organ prolapsusu gibi pelvik taban yetersizliklerine yol açabilmektedir.

A. Gebelik Sürecinde Ve Postpartum Dönemde Üriner İnkontinans

Uluslar arası kontinans topluluğu (ICS-International Continence Society) üriner inkontinansı objektif olarak gösterilebilen, sosyal veya hijyenik olarak problem olan istem dışı idrar kaçırma olayı olarak tanımlamaktadır (18). Topluluğun 2002 yılında yayınlanan alt üriner sistem fonksiyonlarının terminolojisinin standardizasyonuna ilişkin yayınında ise üriner inkontinans, “her türlü idrar kaçırma yakınması” olarak tanımlanmaktadır (19).

Gebelikte idrar sıklığında artış görülür. Bunun nedeni büyüyen uterusun mesaneye basısına bağlı olarak mesane kapasitesinin azaltmasıdır. Üçüncü trimesterin sonlarında ise buna ilaveten fetal bası da söz konusudur. Ama idrar sıklığının artmasında sadece mekanik faktörler değil, hormon düzeylerindeki değişiklikler, plazma hacminde, böbrek kan akımında ve glomerüler filtrasyon hızında olan artışlar da etkilidir (1,20).

Gebelikte mesane üzerindeki artmış bası nedeniyle stres üriner inkontinans da gebelik öncesi dönemle karşılaştırıldığında daha sık görülür, inkontinans epizodlarının sıklığı gebelik süresince giderek artar ve üçüncü trimesterde maksimuma ulaşır. Gebelik sırasında ve postpartum dönemde stres üriner inkontinansın daha sık görülmesi pelvik taban kas gücünün düşük olması ile ilişkilidir (21,1,20).

1- Gebelik Sürecinde Ve Postpartum Dönemde Üriner İnkontinans Prevelansı

Gebelik sürecinde ve doğum eyleminde yaşanan fizyolojik ve anatomik olayların üriner inkontinansın oluşmasına etken olduğu ve bu süreçte üriner inkontinans prevelansının yükseldiği yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur (22-23).

Üriner inkontinans prevelansı gebelik sürecinde %30,6, post-partum dönemde ise %6,78 olarak bildirilmektedir (5). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise üriner inkontinans prevelansına ilişkin çeşitli oranlar verilmektedir. Gebelerde üriner inkontinans prevelansı %27 olarak bildirilmektedir (24). Postpartum 12 aylık dönemde üriner inkontinans prevelansı %19,5'dir (Stres üriner inkontinans %42,2, urge üriner inkontinans %10,3, miiks üriner inkontinans %47,5). Ayrıca kadınların %12,3'ü pelvik taban kas egzersizi uygulamakta olup sadece %15,2'si üriner inkontinans için doktora başvurmuşlardır (25).

B. Gebelik Sürecinde Ve Postpartum Dönemde Fekal İnkontinans

Gebelik ve doğum fekal inkontinansın oluşumunda major faktör olarak bilinir. Fekal inkontinansın gelişiminde, direkt anal sfinkter zedelenmesi ve pudental sinirin nöropatisi olmak üzere iki görüş önemli yer tutar. Anal sfinkter zedelenmesi primiparlarda daha önemli faktör olarak düşünülürken, pudental sinir hasarı özellikle vajinal doğumlarda kaçınılmazdır (26). İlk doğum sonrası anal sfinkterde %35-41 oranında hasarlanma olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Bunların pek çoğu asemptomatiktir ve ömür boyu böyle kalmaktadır (26,27,28). Ancak azımsanmayacak bir kısmında da hasara inkontinans eşlik eder. Doğum öncesi ve doğumu takip eden 6 aylık dönemde primipar kadınların %35'inde anal sfinkter hasarı olduğu ancak bunların %3'ünün klinik bulgu verdiği belirtilmiştir (11,27). Sfinkter defektinin en yaygın olduğu doğum şeklinin forsepsle doğum olduğu bildirilirken sezaryenle doğumda hasar bildirilmemiştir (11).

Doğum şekliyle fekal inkontinans arasında doğum sonrası erken dönemde bağlantı gözüksede ilerleyen yıllarda bu oranın ortadan kalktığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Diğer bir deyişle doğum şeklinin fekal inkontinansa etkisi yaşla azalmaktadır. Nygaard ve ark. çalışmalarında doğum şekli ne olursa olsun fekal inkontinansın doğumdan 30 yıl sonraki prevelansının benzer olduğunu bildirmişlerdir (29).

C. Gebelik Sürecinde Ve Postpartum Dönemde Pelvik Organ Prolapsusu

Gebelikte pelvik organ prolapsusuna ilişkin az veri olmasına karşın prolapsus düzeyinin gebelikte arttığı yönünde genel bir kanı mevcuttur (30,2,3). Doğum sayısı ve makrozomik doğum gibi gebelik ve doğumla ilgili faktörler artmış prolapsusla ilişkili bulunmuştur. Gebelik hormonal değişiklikler nedeniyle tüm organlarda bilinen çeşitli fizyolojik değişikliklere sebep olur. Hem fetusun pelvise yerleşimi hem de hormonal değişikliklerin

pelvik taban üzerine etkisi sonucu pelvik taban ve pelvik taban desteği üzerinde etkilidir (11). Üçüncü trimester ve postpartum dönem, birinci trimestere göre daha fazla prolapsusa neden olur (2). Pelvik desteği zorlayan diğer bir faktör de gebelik süresince büyüyen uterusun pelvik taban kaslarının gerilimini arttırması ve uterusu zayıflatmasıdır. Endopelvik fasyadaki kollajen azlığının gebelik ve doğumdan bağımsız olarak pelvik taban desteğini azalttığı gösterilmiştir. Prolapsusta en önemli risk faktörünün doğumun pelvik tabanda oluşturduğu zedelenme olduğuna inanılır (11).

Gebelik ilerledikçe pelvik organ prolapsusunun derecesinde bir artış gözlenmektedir (1,20). Birinci trimesterde ve gebeliğin 36. haftasında gebelerin %46'sında yeni pelvik organ prolapsusu gelişimi ya da mevcut pelvik organ prolapsusu şiddetinde artış gözlenmesi gebeliğin pelvik organ prolapsusu üzerine etkisini göstermektedir (1,31). Nullipar kadınlar üzerinde yürütülen bir olgu-kontrol çalışmasında gebe olmayanların pelvik organ prolapsusu evresinin 0 veya 1 olduğu, gebelerde ise %47,6 oranında evre 2 pelvik organ prolapsusu olduğu saptanmıştır. Buna göre nullipar kadınlar arasında gebelik daha ileri derecede pelvik organ prolapsusuyla ilişkilidir (1,32).

III. GEBELİK SÜRECİNDE VE POSTPARTUM DÖNEMDE PELVİK TABAN YETERSİZLİKLERİNİN ÖNLENMESİ ve KORUNMADA HEMŞİRENİN ROLÜ

Gebelik sürecinde ve postpartum dönemde pelvik taban yetersizlikleri oldukça yüksek seyretmesine ve bu durumun yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmesine rağmen kadınlar genellikle profesyonel bir yardım almamaktadırlar (33). Hemşireler, gebelik sürecinde ve postpartum dönemdeki kadınlara pelvik taban yetersizliklerinin önlenmesi ve korunma için eğitim ve danışmanlık rollerini kullanarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları konularında bilgi vermelidirler.

A. Gebelik Sürecinde Ve Postpartum Dönemde Pelvik Taban Yetersizliklerinin Önlenmesi Ve Korunma İçin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları:

- Gebelik sürecinde ve postpartum dönemde ağır kaldırma, zorlama gerektiren hareketlerden ve yoğun fiziksel egzersizlerden kaçınılmalıdır.
- Gebelikte fazla kilo almamaya dikkat edilmelidir. Beden Kitle İndeksine uygun olmayan kilo alımı sonucu, mesane üzerinde artmış intraabdominal basınç ve aşırı üretral mobiliteye bağlı olarak üriner inkontinans görülebilir (34).

- Gebelik sürecinde ve postpartum dönemde sigara kullanılmamalı ve hatta gebelik planlanıyorsa öncesinde bırakılmalıdır. Çünkü sigara kullananlarda tekrarlayan kronik öksürük intraabdominal basıncı arttırarak idrar kaçırmayı kolaylaştırır. Nikotin mesane kontraksiyonlarını arttırarak urgencye neden olur ve urge üriner inkontinans riskini arttır. Antiöstrojenik etkiye sahip olup kollajen sentezini olumsuz etkilediğinden pelvik organ sarkmalarına yol açabilir. Bu nedenlerle sigara bırakılmalıdır (34).
- Gebelikte konstipasyon üriner inkontinans için potansiyel risk faktörüdür. Konstipasyonun giderilmesi için; diyete lifli gıdaların eklenmeli, sıvı alımı artırılmalı, düzenli egzersiz, rutin bir defekasyon programı oluşturmalı ve şiddetli durumlarda laksatif kullanılmalıdır.
- Yetersiz sıvı alınması veya sıvı kısıtlaması, idrar konsantrasyonunu arttırarak mesane mukozasını irrite edip sıkışma, sık idrar yapma hissine ve üriner sistem enfeksiyonlarına yol açarak fonksiyonel mesane kapasitesini azaltır. Gebelik sürecinde ve postpartum dönemde yeterli sıvı alınmasına önem verilmelidir.
- İnkontinansda birçok gıda maddelerinin mesane irritasyonunu başlatma veya artırmada rol oynadığı bilinmektedir. Kafein detrüsoör kasını etkileyerek diüretik etki gösterir. Gebelik sürecinde ve postpartum dönemde kola, kahve, çay gibi mesane iritanları az miktarda tüketilmelidir (34).

1- Gebelik Sürecinde Ve Postpartum Dönemde Pelvik Taban Yetersizliklerinin Önlenmesi Ve Korunmada Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Rolü

Pelvik taban kas egzersizlerinden ilk bahseden Kuzey California Üniversitesinden Arnold Kegel'dir (35,36,37,38). Kegel egzersizleri, pelvik taban kaslarının kasılıp gevşetilerek egzersiz yardımıyla güçlendirilmesidir. 1950 yılından beri pelvik taban kas egzersizleri, pelvik taban kaslarını güçlendirerek pelvik taban disfonksiyonlarını önlemek, prolapsus ve üriner inkontinans ihtimalini azaltmak için uygulamada kullanılmaktadır (38).

Gebelik sürecinde ve postpartum dönemde kegel egzersizinin faydaları şunlardır:

- Kegel egzersizleri mesane ve vajinayı destekleyen pelvik kaslarının güçlenmesine yardımcı olur.
- Pelvik taban kas gücünü arttırarak idrar ve dışkı kaçırmayı önler,
- Pelvik organ prolapsusunu önler,
- Cinsel sorunları azaltır,

- Cinsellikten haz almayı sağlar,
- Vajinal doğumlarda epizyotomi ihtiyacını ve perianal hasar olasılığını azaltır.
- Vajinal doğum sonrası epizyotomi bölgesinin ve oluşabilecek perianal hasarın iyileşmesini hızlandırır.

Gebelik Sürecinde Ve Postpartum Dönemde Yapılması Uygun Görülen Kegel

Egzersiz Programı

- Egzersiz öncesi mesane boşaltılmalıdır. Pelvik taban kaslarını doğru tanımlamak için başlangıçta mesaneyi boşaltırken idrar tutulmaya çalışılmalıdır. Eğer sonuç başarılı ise doğru kaslar kasılmış demektir.
- Egzersizi öğrenme aşamasında, bacaklar dizden bükülü olacak şekilde sırtüstü yatar pozisyonda ya da oturur pozisyonda yapılabilir.
- Başlangıçta pelvik taban kasları sanki idrar ya da gaz çıkışı durduruluyormuş gibi içeriye doğru çekerek 5 saniye kasılmalı ve hemen sonrasında 5 sn dinlendirilmelidir. Arka arkaya 4-5 defa tekrar edilmelidir.
- Doğru pelvik taban kasları bulunduktan ve egzersize başladıktan sonra egzersiz programı pelvik taban kaslarını 10 saniye kasıp 10 saniye dinlendirme şeklinde programlanmalıdır. Her gün, günde 3 defa (sabah, öğlen ve akşam olabilir) bu şekilde her defasında 10 kez egzersizler tekrarlanmalıdır (39)

Doğru kas kasılması öğrenildiğinde kegel egzersizleri her pozisyonda yapılabilir. 2 haftada egzersizin etkileri ortaya çıkmaya başlar, 6-8 haftada artar ve 6 ayda istenilen güce ulaşır. Kas kuvveti belli bir güce ulaştınca da ömür boyu egzersizi yapmaya devam edilmelidir (34,40,41).

Gebelik sürecinde ve postpartum dönemde yukarıda belirtilen egzersiz programından daha uzun süre ve fazla sayıda kegel egzersiz yapmak pelvik taban kaslarını yorabilir ve kaslarda gevşemeye yol açabilir. Bunun yanısıra daha kısa süre ve az sayıda egzersiz yapmak ise pelvik taban kas gücünü artırmayabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan çalışmalarda doğum sayısı (parite), doğum şekli ve bebeğin doğum ağırlığının pelvik taban yetersizlikleri üzerinde önemli risk faktörleri olduğu bildirilmektedir. Gebelik ve doğumla olan ilişkili bu risk faktörlerinin pelvik taban yetersizliklerinden olan üriner inkontinans, fekal inkontinans ve pelvik organ prolapsuna yol açtığı yapılan çalışmalarda

belirlenmiştir. Hemşireler, gebelik sürecinde ve postpartum dönemdeki kadınlara, risk faktörlerine bağlı pelvik taban yetersizliklerinin önlenmesi ve korunma için eğitim ve danışmanlık rollerini kullanarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları konularında bilgi vermelidirler.

Pelvik taban kas egzersizlerinin düzenli olarak yapılması, ağır kaldırma, zorlama gerektiren hareketlerden ve yoğun fiziksel egzersizlerden kaçınılması, fazla kilo almamaya dikkat edilmesi (gebelerin gerekirse diyetisyene yönlendirilmesi), sigara kullanılmaması, konstipasyonun giderilmesi için diyetle lifli gıdaların eklenmesi ve sıvı alımının artırılması, düzenli egzersiz, rutin bir defekasyon programı oluşturması ve şiddetli durumlarda laksatif kullanılması, yeterli sıvı alınması, mesane iritanlarının az miktarda tüketilmesi gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışları konularında gebelikte ve postpartum sürecinde kadınlara eğitim vermelidirler.

Gebelik ve doğum sürecinde pelvik taban yetersizliklerinin önlenmesi ve korunma üzerine, ülkemizde ürojinekoloji alanında çalışan hemşire sayısı çok azdır. Bu alanda daha fazla sayıda eğitilmiş hemşirelerin çalışmasına ve araştırma yapılmasına ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Bayramova S. “Gebelikte Önerilen Kegel Egzersizlerinin Pelvik Taban Kaslarına, Alt Üriner Sistem Sistem Semptomlarına Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkilerinin Araştırılması (Tez)”. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.
2. O'boyle Al, O'boyle Jd, Calhoun B, Davis Gd. Pelvic Organ Support In Pregnancy and postpartum. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005; 16(1):69-72.
3. O'boyle Al, O'boyle Jd, Ricks Re, Patience Th, Calhoun B, Davis G. The Natural History Of Pelvic Organ Support In Pregnancy. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003; 14(1):46-9.
4. Hendrix Sl, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, Mctiernan A. Pelvic Organ Prolapse In The Women's Health Initiative: Gravity and Gravidity. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(6):1160-6.
5. Valeton CT, Do Amaral Vf. Evaluation Of Urinary Incontinence In Pregnancy And Postpartum In Curitiba Mothers Program: A Prospective Study. *Int Urogynecol J* 2011; 22(7):813-8.

6. Zhu L, Lang J, Liu C, Han S, Huang J, Li X. The Epidemiological Study Of Women With Urinary Incontinence And Risk Factors For Stress Urinary Incontinence In China. *Menopause* 2009; 16(4):831-6.
7. Kudish Bi, Iglesia Cb, Gutman Re, Sokol Ai, Rodgers Ak, Gass M Et Al. Risk Factors For Prolapse Development In White, Black, And Hispanic Women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2011; 17(2):80-90.
8. 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; 54(1):85-94.
9. Bortolini Ma, Drutz Hp, Lovatsis D, Alarab M. Vaginal Delivery And Pelvic Floor Dysfunction: Current Evidence And Implications For Future Research. *Int Urogynecol J* 2010; 21(8):1025-30.
10. Hilde G, Staer-Jensen J, Braekken I, Engh M, Bo K. Impact Of Childbirth And Mode Of Delivery On Pelvic Floor Muscle Strength: A Comparative Prospective Study. 41st Annual Meeting Of The International Continence Society (Ics) 29 August - 02 September 2011 Glasgow, Uk, *Neurourol Urodyn* 2011; 30(6):942-3.
11. Kumtepe Y. Pelvis Tabanı, Gebelik ve Doğum. Yalçın Ö (Editör). *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri-2009.ss: 61-5.
12. Sigurdardottir T, Steingrimsdottir T, Arnason A, Bo K. Pelvic Floor Muscle Function Before And After First Childbirth. *Int Urogynecol J* 2011;22(12):1497-503.
13. Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, Nager CW, Luber KM. Parity, Mode Of Delivery, And Pelvic Floor Disorders. *Obstet Gynecol* 2006; 107(6):1253-60.
14. Torrisi G, Minini G, Bernasconi F, Perrone A, Trezza G, Guardabasso V Et Al. A Prospective Study Of Pelvic Floor Dysfunctions Related To Delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2012; 160(1):110-5.
15. Oliveira E, Zuliani Lm, Ishicava J, Silva Sv, Albuquerque Ss, Souza Am Et Al. Evaluation Of Factors Related To The Occurrence Of Female Urinary Incontinence. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(6):688-90.
16. Martins Kf, De Jarmy-Dibella Zi, da Fonseca Am, Castro Ra, Da Silva Id, Girao Mj et al. Evaluation Of Demographic, Clinical Characteristics, And Genetic Polymorphism As Risk Factors For Pelvic Organ Prolapse In Brazilian Women. *Neurourol Urodyn* 2011; 30(7):1325-8.

17. Diez-Itza I, Ibanez L, Arrue M, Paredes J, Murgiondo A, Sarasqueta c. Influence Of Maternal Weight On The New Onset Of Stress Urinary Incontinence In Pregnant Women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009; 20(10):1259-63.
18. Günalp S, Özyüncü Ö, Salman C. Ürojinekoloji. Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürgan T, Önderoğlu LS, Yaralı H ve Ark. (Editörler). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri 2008; 9: 07-26.
19. 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. *Neurourol Urodyn* 2002; 21(2):167-78.
20. Thorp JM, Jr, Norton PA, Wall LL, Kuller JA, Eucker B, Wells E. Urinary Incontinence In Pregnancy And The Puerperium: A Prospective Study. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181(2):266-73.
21. Morkved S, Bo K. Prevalence of urinary Incontinence During Pregnancy And Postpartum. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1999; 10(6):394-8.
22. Antonakos CL, Miller JM, Sampsel CM. Indices For Studying Urinary Incontinence And Levator Ani Function In Primiparous Women. *J Clin Nurs* 2003; 12(4):554-61.
23. Wesnes SL, Rortveit G, Bo K, Hunskaar S. Urinary Incontinence During Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2007; 109(4):922-8.
24. Kocaoz S, Talas MS, Atabekoglu CS. Urinary Incontinence In Pregnant Women And Their Quality Of Life. *J Clin Nurs* 2010; 19(23-24):3314-23.
25. Ege E, Akin B, Altuntug K, Benli S, Arioiz A. Prevalence Of Urinary Incontinence In The 12-Month Postpartum Period And Related Risk Factors In Turkey. *Urol Int* 2008; 80(4):355-61.
26. Kumtepe Y. Pelvis Tabanı, Gebelik ve Doğum. Yalçın Ö (Editör). *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2009. 61-5.
27. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N engl j med* 1993; 329(26):1905-11.
28. Rieger N, Schloithe A, Saccone G, Wattchow D. A Prospective Study Of Anal Sphincter Injury Due To Childbirth. *Scand J Gastroenterol* 1998; 33(9):950-5.
29. Nygaard IE, Rao SS, Dawson JD. Anal Incontinence After Anal Sphincter Disruption: A 30-Year Retrospective Cohort Study. *Obstet Gynecol* 1997; 89(6):896-901.

30. Handa VL. Pelvic Floor Disorders Associated With Pregnancy And Childbirth. URL:www.uptodate.com, [Erişim tarihi: 20 Aralık 2011].
31. Sze EH, Sherard GB, III, Dolezal JM. Pregnancy, Labor, Delivery, And Pelvic Organ Prolapse. *Obstet Gynecol* 2002; 100(5 Pt 1):981-6.
32. O'Boyle AL, Woodman PJ, O'Boyle JD, Davis GD, Swift SE. Pelvic Organ Support In Nulliparous Pregnant And Nonpregnant Women: A Case Control Study. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187(1):99-102.
33. Beji NK, Ozbas A, Aslan E, Bilgic D, Erkan HA. Overview Of The Social Impact Of Urinary Incontinence With A Focus On Turkish Women. *Urol Nurs* 2010; 30(6):327-334.
34. Süt HK. Üriner İnkontinansin Önlenmesi, Korunma, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. The First Balkan Pelvic Floor Dysfunction Symposium; 11 Apr 1; 2011.
35. Berzuk K. A Strong Pelvic Floor: How Nurses Can Spread The Word. *Nurs Womens Health* 2007; 11(1):54-61.
36. Kegel AH, Powell TO. The Physiologic Treatment Of Urinary Stress Incontinence. *J Urol* 1950; 63(5):808-14.
37. Kegel AH. Progressive Resistance Exercise In The Functional Restoration Of The Perineal Muscles. *Am J Obstet Gynecol* 1948; 56(2):238-48.
38. Marques A, Stothers L, Macnab A. The Status Of Pelvic Floor Muscle Training For Women. *Can Urol Assoc J* 2010; 4(6):419-24.
39. Kegel Exercises: A How-To Guide For Women. URL:http://www.mayoclinic.com/health/kegel-exercises/WO00119, [Erişim tarihi: 20 Eylül 2011].
40. Ayyıldız Erkan H. İdrar Kaçırmada Davranışsal Tedavi Ve Hemşirelik Yaklaşımı. URL:www.uroturk.org.tr/urolojihemsireligi/pdf/ankara/h_a_epdf. [Erişim tarihi: 5 Ocak 2012].
41. Beji NK, Yalcin O, Erkan HA. The effect Of Pelvic Floor Training On Sexual Function Of Treated Patients. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003; 14(4):234-8.