

Derleme

Yaşlı Kadınlarda Jinekolojik Sorunlar ve Bakım Yaklaşımları

Gynecological Problems and Care Approaches in Elderly Women

Meltem AYDIN BEŞEN¹, Ümran YEŞİLTEPE OSKAY²

¹Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

²İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Özet

Dünyada ve ülkemizde bilimsel ve teknolojik gelişmeler, insan ömrünün uzamasına, yaşlı nüfusun artmasına neden olmaktadır. Yaşlanan kadında da yapısal ve fonksiyonel değişiklikler sonucunda, üreme çağındakilere göre farklı sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Bu derlemede yaşlı kadınlarda görülen değişiklikler ve ortaya çıkabilecek patolojiler dikkate alınarak bu bireylerin bakımının güncel bilgiler ışığında tartışılması amaçlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: yaşlı kadın; jinekolojik problemler; bakım

Abstract

Scientific and technological developments in Turkey and other countries around the world lead to lengthening of human life and hence, increase in elderly population. As results of structural and functional changes in aging women, different health problems from those in reproductive ages have emerged. In this review, it was aimed to discuss daily care approaches with the contribution of new information on physical and psychological changes as well as pathologies in elderly women.

Keywords: elderly women; gynecological problems; care

Giriş

Nüfusun yaşlanması, o nüfustaki çocukların ve gençlerin payının azalması ve yaşlı insanların (65 yaş üstü) payının göreceli olarak artmasıdır (1). Dünya nüfusuna paralel olarak ülkemizde de insan ömrü uzamakta ve yaşlı insanların sayısı her geçen gün artmaktadır (1,2). Genel olarak olgunluk sonrası olarak anlaşılan yaşlılık (aging), azalmış homeostazis ve artmış hassasiyet anlamına gelir. Bu durum, özellikle hızlı nüfus artışı olan ülkeler için uzun dönemde önemli bir sağlık sorunu olarak gündemdedir (2). Üreme çağındakilere göre yaşlanan kadınlarda yapısal ve fonksiyonel değişiklikler nedeniyle farklı sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Yaşlı kadının jinekolojik şikayetlerinin tanımlanması, tedavisi, bakımı ve eğitim gereksiniminin karşılanması yaşam kalitesini yükseltebilmektedir. Bu makalede, bu dönemde oluşan değişiklikler, patolojiler ve bakım ihtiyaçlarının literatür bilgileri ışığında tartışılması amaçlanmıştır.

Yaşlı Kadında Sık Görülen Jinekolojik Sorunlar ve Bakım

Yaşlı kadında uzun süreli estrogen eksikliği sonrasında üreme organlarında gerileme görülür. Küçülme uterus, vajina, vulva ve üretranın distal kısmında ortaya çıkar. Genital atrofiye bağlı birçok hastalık gelişebilir (3). Bu dönemde sık görülen jinekolojik hastalıklarda belirli bir sıralama bulunmamaktadır, ancak literatürde tartışılan konular aşağıdaki gibidir.

A. İyi ve Kötü Huylu Jinekolojik Oluşumlar

Amerikan Kanser Cemiyeti (ACS: American Cancer Society)'nin bildirdiğine göre 2013 yılında 91730 jinekolojik kanser vakası tespit edilmiştir (4). Turkoz ve ark.'nın (5) çalışmasında yaşlı kadınlarda tüm kanserler arasında %16.4 oranında jinekolojik kanserlerin görüldüğü bildirilmiştir. Yapılan diğer bir çalışmaya göre de 65 yaş üstü kadınlarda jinekolojik kanserlerin (endometrial, serviks, over) ilk beş sırada bulunduğu, ancak yıllara göre sadece sıklık sırası değiştiği belirtilmektedir (6).

Endometrial Patolojiler

ACS, 2013 yılında 49560 (%6) yeni endometrial kanser tespit edildiğini ve bunların 8190'nun hayatını kaybettiğini bildirmektedir (4). Burbos ve ark.'nın (6) çalışmasında yaşlı hastalarda üreme çağındaki kadınlara göre endometrial kanser ve endometrial poliiplerin daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Duman ve Elbaş (7) çalışmasında, 65 yaş üstü kadınların %49'unda endometrium kanseri olduğunu bildirmiştir. Özalp ve ark. (8) ise yaşlı gruba ait endometrial histopatolojik değerlendirmede yüksek oranda malign olgu tespit etmiştir.

Endometrial kanser riski 40 yaş altı kadınlarda %2 iken, 72 yaş ve sonrasında pik yapmaktadır (9). Ayrıca vakaların %90'ından fazlası 50 yaş ve üstü kadında görülmekte, 65 yaş üstünde ise en yüksek insidansa ulaşmaktadır (10). Beyaz ırk, erken menarş, geç menopoz, estrogen tedavisi (progesteron olmaksızın), diabetes mellitus, hipertansiyon, ailede kolon ya da meme kanseri öyküsü, polipsiz kalıtsal kolon kanseri diğer risk faktörleridir (9).

Endometrial kanser tanısı histopatolojik inceleme ile konulur ve tip I, tip II olarak sınıflandırılmıştır. Tip I sınıfında olan endometrial kanserler en sık görülenlerdendir ve prognozu daha iyidir. Genellikle karşılanamamış estrogen fazlalığından kaynaklanır. Tip II endometrial kanserler ise prognozu kötü, ciddi kanserlerdir ve karsinoma, karsinosakroma bu grupta yer alır. Endometrial hiperplazinin evrenlenmesinde olası kanser riskleri ise (9);

- Basit hiperplazi %1 kanser riski
- Kompleks hiperplazi %3 kanser riski
- Basit hiperplazi ve hücrel atipi %8 kanser riski
- Kompleks hiperplazi ve hücrel atipi %29 kanser riski

şeklindedir. Burbos ve ark. (6) bildirdiğine göre, endometrial hiperplazili yaşlı hastaların histolojik incelemesinde en fazla atipi olmaksızın basit hiperplazi saptanmıştır.

Normal endometrium varlığında submüköz myom, polip, endometrit ve adenomyozis gibi uterusun organik lezyonları düşünülmelidir. Proliferatif endometrium veya basit hiperplazi varsa ve hasta estrogen tedavisinde değilse olası bir endojen estrogen kaynağı araştırılmalıdır (stres, obesite, endokrin bozukluklar, over tümörü) (11).

Endometrium kanserinin esas tedavisi cerrahidir ve 60 yaş üstü kadınlarda sıklıkla radikal cerrahi uygulanmaktadır. Radyoterapi lokal kontrolü sağlamakta önemini korumaktadır. Kemoterapi ise yüksek riskli ve ileri evre olgularda giderek daha fazla ön plana çıkmaktadır (12). Hormon tedavisi de kanser evrelemesine göre tedavide yeri vardır (4).

Servikal Kanser

En sık rastlanılan kadın kanserleri arasında ikinci kanser türüdür. 2013'te 12340 yeni vaka olduğu ve bunların yaklaşık 4030'unun hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir (4). Servikal kanser yaş ilerledikçe riski artan jinekolojik kanserlerdendir ve serviks kanserinden ölen kadınların %40-50'si 65 yaş üzerindedir. Düzenli takip ile risk %80 azalmaktadır (13).

Risk faktörleri; Human Papilloma Virus (HPV), erken cinsel ilişki yaşı, immünoşüpresyon, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, birden fazla seks partneri, uzun süreli orak kontraseptif kullanımı ve sigaradır. Genellikle postkoital kanama, kötü kokulu akıntı ve ülserasyonlarla kendini gösterir ve teşhis için kolposkopi ve servikal biyopsi uygulanır. Sıklıkla (%80) skuamöz hücre karsinoması, ikinci olarak da (%15) adenokarınoma görülür. Evrelemeye göre de tedavi seçenekleri değerlendirilmelidir (9,14). Preinvaziv lezyonlar

elektrokoagülasyon, kriyoterapi, laser ablasyon ve lokal cerrahi uygulamaları ile tedavi edilebilirken, invaziv servikal kanserlerin sağaltımı cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi ile sağlanmaktadır (4).

Over Kanseri

ACS'nin bildirdiğine göre 2013 yılında 22240 (%3) yeni over kanseri vakası tespit edilmiştir (4). Jinekolojik kanserler arasında en yüksek mortalite oranına (%5) sahiptir ve en sık olarak 60-70'li yaşlarda görülür. Mortalitenin yüksek olmasının sebebi olarak da nonspesifik belirti olması ve uzun dönemde kendini göstermesi bildirilmektedir (4,15). Over kanserinin risk faktörleri; ailesel yatkınlık, kalıtsal over veya meme kanseri sendromu (BRCA1 ya da BRCA2 genleri), ileri yaş, kalıtsal polipsiz kolon kanseri, endometriozis, erken menarş, geç menopoz, estrogen tedavisi, ileri yaş gebelik, düşük paritedir (4,9). Erken menopoz, oral kontraseptifler, 18 ayın üstünde emzirme ve multiparite over kanserine karşı koruyucudur. Vajinal kanama her vakada görülmemekle birlikte, dolgunluk, tokluk hissi, disüri, sıvı birikimine bağlı abdominal şişkinlik ve pelvik ağrı gibi spesifik olmayan belirtiler göstermektedir. Çoğu over kanseri, epitelyum hücre orijindir ve bunlar postmenopozal dönemde sık görülür. Prognoz, kanserin histolojisine ve safhasına bağlıdır (9). Beş yıllık hayatta kalma oranı 65 yaş üstü hastalarda (%27) doğurganlık çağındakilere (%56) göre iki kat daha düşüktür. Tedavi radikal cerrahidir. İleri yaş cerrahide overler, fallop tüpleri, omentum (karın içi etkilenmiş organ ve dokular) çıkarılır. Evrelemeye göre tedaviye kemoterapi eklenmektedir (4).

Vajen ve Vulva Kanseri

Jinekolojik kanserler arasında en düşük insidansa sahip vajen ve vulva kanserleridir. Genellikle serviks, endometrium, over kanserlerinin metastazı sonucu ortaya çıkarlar. Primer vajen ve vulva kanserleri %3-5 oranında görülür ve risk faktörleri diğer jinekolojik kanserler ile aynıdır. Vajen kanserinin belirtileri pelvik ağrı, ağrısız kanamalar, fistüllerdir. Vulva kanseri ise vajinal kanama olmaksızın kaşıntı, yanma, mukozal ülserasyon, kızarıklık, beyaz lezyonlar ve ağrı ile kendini gösterir. Lezyonlardan alınan örnek biyopsisi ve metastazın değerlendirilmesinde göğüs görüntülemesi yapılır. Vulvar kanserlerinin kesin teşhisinden sonra radikal cerrahi değerlendirilmelidir (7,9,15).

Postmenopozal Kanamalar (PMK)

Postmenopozal kadınlarda bir yıllık amenorenden sonra vajinal kanama olmasıdır. 65 yaş üstü kadınların %20'sinde görülür. Birçok geriatrik jinekolojik sorun yalnızca uterin kanama ile kendini gösterdiğinden bütün jinekolojik belirtilerin en önemlisidir. Malignansilerin %25-50'si PMK ile kliniğe başvurur (14).

PMK'nın olası nedenleri ise; eksojen estrogenler (hormon tedavisi), endojen estrogenler (overian tümörler, akut stres), atrofik vajinitis, endometrial hipoplazi, endometrial hiperplazi, uterin kanser (endometrial adenokarsinoma, korpus sakroma), servikal kanser (sarkoma, adenokarsinoma) ve travmadır (16). Ayrıca PMK'da endometrium kanser riski 50 yaşında %1 iken, 80 yaşında %24'e ulaşmaktadır (9). PMK'nın etiyolojik tanısı için transvajinal sonografi, dilatasyon küretaj, pipelle örnekleme, tanısız histeroskopi, histeroskopik biopsi ve histopatolojik inceleme gibi birçok tanılama yöntemi kullanılmaktadır. Tedavi altta yatan nedene yönelik olmaktadır (17).

B. Jinekolojik Dermatolojiler

Yaşlı kadınlarda, intrensek vulvar hastalıklarından kaynaklanan kronik vulva hastalıkları görülür. Uluslararası vulvovajinal hastalıklar çalışma derneği (ISSVD; International Society For The Study of Vulvar Disease) tanı ve tedavide karşılaşılan zorlukları azaltmak amacıyla 1987'de vulva problemlerini; skuamöz hücre hiperplazisi, liken sklerozis ve diğer dermatolojiler olmak üzere üç grupta toplamıştır (15,16,18).

Skuamöz Hücre Hiperplazisi

Vulvar distrofilerin %21-51'ini oluşturmaktadır. En çok tutulan bölge labia majör, labia minörler, intralabial sulkus ve klitoris bölgesidir. En sık görülen semptom kaşıntıdır. Kaşıntının nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, terminal sinir liflerindeki dejenerasyon ve inflamasyona bağlı olduğu düşünülmektedir. Kaşıntıya bağlı olarak mukoza ve derideki kalınlaşma daha da artar, nadiren ağrı ve acı görülür. Klinik olarak vulva derisi pembe ve kırmızı renkte olup, üzerinde gri keratin tabakalar görülür. Deri sınırları oldukça keskinleşmiştir (18).

Liken Sklerozis (LS)

Genellikle postmenopozal dönemde görülmekle beraber, her yaşta görülebilir. Neoplastik olmayan lezyonların 1/3'ünü kapsar. Lezyonlar klasik olarak 8 veya anahtar deliği şekline dağılım göstererek, labia majör, perine ve perianal bölgeye yerleşir. Perine ve perianal bölge dışında en sık tutulan bölge ise klitoristir. Lezyonların görünümü beyaz-pembe renkte parşömen kağıdı şeklindedir ve deri oldukça incelmıştır. Uzun süre tedavi edilmeyen lezyonlar sonuç olarak yapışıklıklar, klitoral fimozis, intraoital daralma ve koitus güçlüğüne neden olmaktadır. Uzun dönemde labia minörler atrofiye uğrayarak tamamen ortadan kaybolabilir. En sık görülen semptom kaşıntıdır. Aynı lezyonlar ağız mukozasında da görülebilir. Bu durum jinekolog ve dermatolog birlikte değerlendirmelidir (15,18).

LS etiyolojisinde öne sürülen faktörler; kronik

travma, allerjik reaksiyon, diyetle karoten eksikliği, psikosomatik özellikler, derideki metabolik bozukluklar, genetik yatkınlık ve kronik vulvar enfeksiyonlardır. On yıl süren LS hastalarında vulva kanseri gelişebilmektedir (15,16,18).

Diğer Dermatozlar

Primer iritan dermatitler, allerjik dermatitler, seboroik dermatitler, psoriasis, Behçet hastalığı, vulvar dermatozlar olarak sınıflandırılmaktadır. Vulvar irritasyon, yanma, kaşıntı en sık görülen belirtilerdir (18). Miller ve ark. (19)'nın bildirdiğine göre lokal kullanılan estrojenin ürogenital semptomları azalttığı yönünde sonuçlara ulaşılmıştır.

Jinekolojik Oluşumlar ve Dermatozlarda Bakım ve Danışmanlık

Yaşlılık dönemindeki bakım yaklaşımları; erişilebilir, entegre ve düzenli bakım hizmetleri kapsamında destekleyici tartışmayı, dikkatli tanılamayı ve eğitimi içerir. Bakım planlanırken; anamnezde kronik hastalıklar, genetik yatkınlıklar, beslenme düzeni, egzersiz alışkanlığı, kullandığı ilaçları ve yan etkileri özellikle sorgulanmalı, genel muayenesinde boy, kilo ve kan basıncı ölçümü yıllık izlemlerde kayıt edilmelidir (14,18). Pelvik muayene sırasında hareket kısıtlılığından dolayı litotomi pozisyonu yerine supine veya lateral tercih edilmelidir. Öncelikle inspeksiyon ile atrofi, prolapsus, beyaz-gri plak, ülserasyon, depigmentasyon, incelmış cilt, inflamasyon, polip ve nodül yönünden değerlendirilmelidir. Spekulum muayenesinde ise serviks, vajen ve vulvanın inspeksiyonu yapılmalı, pap-smear ve lezyon biyopsisi alınmalıdır. Bimanuel muayene ile nodül, dokularda kolay kanama ve serviksin mobilitesi araştırılmalı, atrofi nedeniyle bimanuel muayene gerçekleştirilemiyorsa rekto-vajinal muayene yapılmalıdır (15,16,20,21).

Jinekolojik kanserlerin bakım ve eğitiminde genel yaklaşım, sağlıklı yaşam alışkanlıkları edindirme, risk tanılama ve gereken önlemleri alma, erken tanı için farkındalık yaratma, hastalığı kabullenme, öz bakım gücünü geliştirme, hastalıkla yaşamını sürdürme becerisi geliştirme şeklinde özetlenebilir.

Yaşlı kadında, tarama, kanser belirtilerini tanıma ve çözüm arayışının kısıtlı olması bu dönem kadını özelliğle kılmaktadır. Hastalık ilerledikçe oluşan patolojinin geriye dönüşü olmadığı gibi, ilerlemiş olgularda sağ kalım süresi 5 yıllı sınırlıdır. Bu nedenle kanser kontrolü ve sağlığı sürdürme çabalarında, tedavi yerine "önleme" ön plana çıkmaktadır (22).

Endometrial kanserlerin erken tanılanmasında rutin veya standart bir tarama yoktur. Çoğu endometrial kanser (%68) postmenopozal kanama ile kendini gösterir (4). Bu nedenle kadına veya yakınına/bakıcısına vajinal kanama ya da lekelenme olduğunda hekime başvurması gerektiği anlatılmalıdır. Menopoz döneminde hormon tedavisi (estrojen) alan yaşlı kadının endometrial kanser yönünden değerlendirilmesi uygun olacaktır. Ayrıca

endometrial kanser risk grubunda olan kadınlar taramalarının yapılması için yönlendirilmelidir.

Serviksin patolojilerinin, eksternal bir organ olması sebebiyle tanılanması kolaydır ve standart tarama programı ile erken teşhis sağlanmaktadır. Servikal kanser taramalarında Amerikan Jinekoloji ve Obstetrisyen Birliği (ACOG) ve ACS; 21- 29 yaş arası pap testin 3 yılda bir, 30-65 yaş arası Pap test ve HPV testinin 5 yılda bir ya da sadece Pap testin 3 yılda bir yapılmasını önermektedir. Altmışbeş yaş sonrası 5 yılda birdir, ancak son 20 yıl tarama sonuçları normal ve prekanser öyküsü olmayan kadınlarda Pap testin sonlandırılabilirliği bildirilmektedir. Bu nedenle yaşlı kadınların doğurganlık ve perimenopozal çağıdaki taramaları sorgulanmalı, tarama yapılmayan kadınlar ise Pap test için yönlendirilmelidir (23-25).

Over kanserinin spesifik belirtileri vermemesi ve ülkemizde postmenopozal dönem kadınının rutin pelvik muayene yaptırmaması bu patolojinin erken teşhisini zorlaştırmaktadır. Risk faktörlerinin belirlenmesi, taramalar için teşvik edilmesi, diğer kanser türlerinin varlığında (özellikle meme kanseri) koruyucu önlemlerin alınması için hekimle iletişimin güçlendirilmesi, sigaranın bırakılması ve olası belirtilerin öğretilmesi sağlanmalıdır. Daha önceleri 80 yaş sonrası, cerrahi bir risk olarak görülürken, anestezi alanındaki yeni gelişmeler, perioperatif bakım ve cerrahi teknikler her yaş over kanseri operasyonunu mümkün kılmaktadır. Yeni görüş, cerrahi kararının kronolojik yaşa göre verilmemesi şeklindedir. Benzer şekilde ileri yaş kanser vakalarında da kemoterapi uygulanmaktadır (22,26,27).

Jinekolojik kanserlerin tanılama işlemlerinde ve tedavide öngörülen cerrahi girişim, radyoterapi ve kemoterapi için hasta hazırlanmalı, kadının ve ailenin fiziksel ve psikososyal bakım gereksinimleri belirlenmeli ve yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik girişimler planlanmalıdır (26).

Yaşlı kadının vulva ve vajen kanserleri genellikle sekonder kanserler olduğundan, olası primer odağına yönelik taramaları yapılmalı ve kadına bu patolojilerin belirtileri öğretilmelidir. Vulva kanserinden korunmak için, kadınlar veya yakınları/ bakıcıları düzenli aralıklarla vulvalarını muayene (Kendi Kendine Vulva Muayenesi, KKVM) etmeleri konusunda teşvik edilmelidir. Bu muayenede kadına, vulvasını önce bir ayna aracılığı ile incelemesi, sonra palpasyonla muayene etmesi öğretilir. Vulvadaki renk değişikliği, asimetri, kitle, tahriş gibi tüm anormal bulguların vakit geçirmeden hekime başvurmasını gerektiren durumlar olduğu söylenmelidir (21,22). Geriatrik vakalarda görülen vulvar hastalıklara ilişkin ebelik/hemşirelik girişimleri genellikle semptomlara yöneliktir ve kaşıntı, ağrı, yanma gibi yaşam kalitesini etkileyen semptomların giderilmesinde uygun bakım verilmelidir (21).

PMK'ya yönelik bakımın planlanmasında ise ayrıntılı anamnez alınmalı, kanama takibi yapılmalı ve hastaya öğretilmeli, ultrasonografik ölçümlerde endometrium kalınlığının 5 mm'yi geçmemesi gerektiği

ve takibin önemi anlatılmalıdır. Ayrıca hormon tedavisi öyküsü sorgulanmalı, sekonder gelişen anemi bulgularının varlığı araştırılmalı, yaşamını nasıl etkilediği öğrenilmeli, beslenme eğitimi verilmeli ve gerektiğinde hekime yönlendirilmelidir. Tanılama ve tedavi konusunda bilgi verilmeli ve destekleyici bakım sağlanmalıdır (21).

C. Ürogenital Organ ve Destek Dokularda Oluşan Sorunlar

Pelvik Organ Prolapsusu (POP)

Postmenopozal kadınların %41'inde POP olduğu tahmin edilmektedir (7). Yaşlanma ile birlikte pelvik taban kaslarının relaksasyonuna bağlı uterin prolapsus, rektosel, sistosel ve enterosel oluşabilir. Resrospektif çalışmalarda en önemli komplikasyonun hidronefrozis olduğu belirlenmiştir. Yine sistoselin komplikasyonları arasında üriner retansiyon ve aşınma, enteroselin komplikasyonları arasında ise ileus bildirilmektedir. Tedavide pelvik onarım öngörülmekle birlikte operasyon ve anestezi komplikasyonları yönünden dikkatle izlenmelidir (15).

Yapılan bir çok çalışma sonuçlarına göre operasyon öncesi estrogen kullanımı nüksetme açısından değerlendirildiğinde bir fark görülmemekle birlikte bakteriyüriye daha az rastlanmıştır. Genel görüş prolapsusun etyolojisine yönelik tedavinin uygulanması, operatif ya da operatif olmayan tedavilerin uzun dönem yaşam kalitesini gösteren çalışmalara ihtiyaç duyulduğu, doğum şeklinin prolapsusa etkisinin araştırılması ve hidronefrozis gibi komplikasyon insidansının araştırılması gerekliliği yönündedir (9,20).

Peser uygulamasının ise cerrahinin sakıncalı olduğu hastalarda kullanılması önerilmektedir. Peserin bir ucu posterior vaginal fornikte, diğer ön vaginal duvarda olacak şekilde yerleştirilir. Bu pozisyonda peser, serviksi pelvis içinde yukarı ve arkaya doğru iyi muhafaza etmelidir. Genellikle peser kısa bir süre için kullanılır. Çünkü peserin yarattığı baskı vaginitis ve nekroza neden olur (28).

Üriner İnkontinans

İdrar yapma sempatik, parasempatik ve somatik sinirlerin koordinasyonu ile oluşan kompleks bir olaydır. Otonom bir fonksiyon olduğu kadar beyin sapı, korteks gibi üst merkezlerin de etkisi altındadır. Üriner inkontinans sıklıkla üretral sfinkter ve/veya pelvik taban kaslarındaki problemden kaynaklanmakla beraber mesane, üretra ve kaslar arasındaki sinir iletimi veya işeme ile ilgili merkezlerin sağlıklı çalışmaması sonucu oluşabilir. Ayrıca, hastanın inkontinans durumu hastanın kognitif fonksiyonları, mobilitesi, yaşadığı ortam, medikal durumu ve kullandığı ilaçlara da bağlıdır. ABD'nde kendi evlerinde yaşayan yaşlı hastalarda prevalansı %15-30 iken, bakımevlerinde bu oran %50'lere ulaşmaktadır (19). Ülkemizdeki prevelans çalışmalarında da benzer sonuçlar bildirilmiştir. Duman ve Elbaş'ın (7) çalışmasında geriatrik kadınların

yarısında (%49) urge ve stress inkontinans saptandığı bildirilmektedir. Bilgili ve ark (29)'nın çalışmasında da prevelans %44'tür. Üriner inkontinans kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazladır. Parite, obezite, kronik öksürük, semptomatik bakteriyüri ile risk artmaktadır. Sekonder olarak da enfeksiyon, POP, stroke, multiple sklerosis, myopatiler gibi nörolojik hastalıklar, hiperglisemi, hiperkalsemi gibi metabolik hastalıklar etkilemektedir (15).

Geçici inkontinans nedenleri arasında, fazla su tüketimi, deliryum, ilaçlar, idrar yolu enfeksiyonu, hareket kısıtlılığı vb. sayılabilir. Bu nedenler dışlandıktan sonra kalıcı inkontinans nedenleri araştırılmalıdır. Bunlar;

a) Urge İnkontinans

En sık görülen üriner inkontinans tipidir. Ani gelen sıkışma hissi ile idrar kaçırmasıdır. Mesane kasının aşırı aktivitesi söz konusudur ve spontan kasılmalar sonucu oluşur. Davranış tedavisiyle %26'ya ulaşan başarı sonuçları bildirilmektedir. Hastanın idrar yapma aralıklarını uzatmaya yönelik mesane egzersizleri ve kegel egzersizleri önerilir. Üç saatte bir idrar kaçırıldığını bildiren hastaya iki saat aralıklarla idrar yapması söylenerek urge önlendikten sonra aralıkları yarım saat arttırması istenmelidir. Bu programın gece de uygulanması, mesanenin yeni duruma adaptasyonunun sağlanması açısından şarttır (7,30).

b) Stres Tipi Üriner İnkontinans

Yaşlı kadınlarda üriner inkontinansın en sık ikinci nedenidir. Sfinkterdeki hafif bir zayıflık durumunda karın içi basınç arttığı zaman (öksürük, egzersiz, efor, hapşırma gibi) idrar kaçırmasıdır. Östrojen eksikliği, daha önceki pelvik cerrahi veya sık vajinal doğumla ilişkilidir. En sık olarak pelvik taban kaslarının zayıflığının eşlik ettiği mesane çıkışı ve üretranın hipermobilitesidir. Karın içi basıncının normale dönmesi ile sonlanır (30,31).

c) Miks Tip Üriner İnkontinans

Sıkışma ve stres inkontinans yakınmalarının birlikte görüldüğü durumlardır (7).

d) Taşma (Overflow) Tipi Üriner İnkontinans

Boşalamayan mesanenin maksimum kapasitede dolup damlama tarzında idrar kaçırmanın olduğu üriner inkontinans tipidir (7).

e) Fonksiyonel Tip Üriner İnkontinans

Hastaların kontrolleri dışında zamanında tuvalete ulaşamamasına bağlı olarak ortaya çıkan idrar kaçırmasıdır. Depresyon, demans, mobilite problemleri, tuvalete uzak odada bulunma gibi birçok durum buna neden olabilir. Genellikle bakımevi ve hastanede kalan hastalarda sık görülen üriner inkontinans tipidir. Diğer inkontinans tipleriyle birarada bulunabilir (7,31).

Geriatrik inkontinans ta tanı koyma aşamasında üriner sistem dışı etmenlerin de önemli rol oynayabilecekleri unutulmamalıdır. Tedavi, pek çok olguda mümkün olup öncelikle geçici inkontinans nedenleri dışlanmalıdır. Yaşlılarda inkontinans gelişiminin genelde çok nedenli olması, multidisipliner tedavi yaklaşımı gerektirir. Tedavide davranışsal ve ilaç tedavileri kombine edilmeli, bunlara yanıtız hastalarda

cerrahi seçeneği göz önünde bulundurulmalıdır. Çoğu zaman spesifik bir neden bulunamıyor olsa da semptomatik girişimler yaşam kalitesini olumlu etkileyecektir (7,31).

Ürogenital Organ ve Destek Dokularda Oluşan Sorunlarda Bakım ve Danışmanlık

ABD'nde 65 yaş üstü kadınlara uygulanan operasyonların %64'ü jinekolojik operasyonlardır (20). Ayrıca toplam yaşlı kadın popülasyonun %6.4'ü en az bir kez jinekolojik operasyon geçirmektedir (32). Özalp ve ark (33)' nın çalışmasında geriatik yaş grubunda olan hastaların jinekolojik operasyon sonrasında morbidite oranları ve hastanede kalış süreleri, olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Tuschy ve ark. (34) ise yaşlı hastalarda postoperatif komplikasyon görülme oranının yaşlı olmayanlara göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Miller ve ark.'nın (19) meta-analiz çalışmasına göre 65 yaş üstü kadınların histerektomi nedeni olarak ilk sırayı POP, ikinci sırayı ise jinekolojik kanserler almaktadır. Ayrıca mortalitenin de yaş arttıkça yükseldiği belirlenmiştir. ABD'de jinekolojik operasyon geçiren yaşlı kadınlarda en sık görülen dört komplikasyonun düşme, delirium, yara yeri enfeksiyonu ve sıvı-elektrolit dengesizliği olduğu bildirilmiştir. Belirtilen ve diğer komplikasyonlar, yaşlı kadının günlük yaşam aktivitesini olumsuz etkilemekte, hastanede kalış süresi uzamakta ve mortaliteyi arttırmaktadır (32). Bu nedenle; geriatik hastanın preoperatif ve postoperatif hazırlığının ve fiziksel bakım uygulamalarının yapılması, bakımın önemli unsurlarını içerir.

POP, jinekolojik kanser, üriner inkontinans gibi jinekolojik cerrahi operasyon dönemine ilişkin önemli hemşirelik/ebelik uygulamaları; temel fizyolojik işlevlerin sürdürülmesi, homeostazisin korunması, ameliyat bölgesinin korunması, hastanın durumundaki değişikliklerin izlenmesi, yorumlanması ve kaydedilmesi, aseptik uygulamalarla ameliyat bölgesinde enfeksiyon gelişiminin önlenmesi, solunum işlevlerinin sürdürülmesi, pasif egzersizlerin yapılması ve erken dönemde yataktan kalkmada hastaya yardım edilmesi ve düşme önlemlerinin alınması, ağrının analjezik ve diğer nonfarmakolojik yöntemlerle kontrol edilmesi, bilinçlilik ve oryantasyon örüntülerinin bozukluğuna yönelik girişimlerin planlanması, fiziksel ve psikolojik rehabilitasyonun yapılmasını kapsar (28).

Cerrahi yöntem uygulanamayan POP'lu yaşlı hastalara peser uygulaması yaygındır ve bu durumda hijyenin yeterli olması önemlidir. Gece yatarken peserin çıkarılmasını isteyen hastalara ve yakınına, peserin sabah yerleştirilmeden önce temizlenmesi ve doğru yerleştirilmesi öğretilmeli, peser sürekli kalacaksa da düzenli vajinal duş yapılarak artmış sekresyonun temizlenmesi ve sık kontrol yapılması sağlanmalıdır (28).

Üriner sistem problemi olan hastalarda ise en önemli bakım yaklaşımı, olayın gelişmeden önlenmesi konusunda kadınların bilgilendirilmesidir. Bunun için karın içi basıncını artıracak hareketlerden kaçınılması ve kegel egzersizlerinin kadına öğretilmesi pelvik taban kaslarını güçlendirmede önemlidir.

Üriner inkontinans kişilerin yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Hastaların bakım ve tedavisindeki amaç; kişilerin tekrar kontinansını sağlamaktır. Kontinansı sağlamada ise cerrahi, ilaç ve davranışsal tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Davranışsal tedavi yöntemleri; yaşam biçimi değişikliği, mesane eğitimi ve pelvik taban kas eğitimidir ve amaç mesanenin kapasite etkinliğini artırarak kontrolünü kazanılmasını sağlamaktır.

Üriner inkontinansa sağlıklı yaşam biçimi kazandırmak için, diyetin düzenlenmesi (obezitenin önlenmesi, konstipasyon ve dehidratasyonun önlenmesi, günlük 8 bardak sıvı alımının sağlanması vb.), sigaranın bırakılması ve mobilitenin sağlanması önemlidir. Mesane eğitimi ise alışkanlık eğitimi, tuvalete gitme programı oluşturma ve idrar yapmayı teşvik etme şeklindedir. Kadına tuvalete gitme saati geldiğinde idrar yapma ihtiyacı duymasa bile tuvalete gitmesi gerektiği, her idrar yapmasını üriner günlüğe kaydetmesi ve her hafta günlüğünün inceleneceği, idrar yapma aralarında başarılı olduğunda sürelerin kademeli olarak artırılacağı ve bunun normal tuvalete gitme (3-4 saat) programına ulaşıncaya kadar sürdürülebileceği anlatılmalıdır. Pelvik taban kas eğitiminde ise hastaya kegel egzersizleri öğretilmekte, biofeedback, dijital palpasyon, vajinal kon kullanımı, elektriksel stimülasyon yöntemleri kullanılmaktadır (28,35-37).

Kaynaklar

1. Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye'de yaşlıların demografik özellikleri. *Ege Tıp Dergisi* 2010;49(3) Supplement:39-45.
2. Aydoğan Ü, Onar T, Nerkiz P. Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler. *GeroFam* 2011;2(3):1-12.
3. Aydoğmuş S, Yavuz B. Geriatik yaş grubunda kadın sağlığı: Yaşla beraber gelişen jinekolojik ve fizyolojik değişiklikler. *Akad Geriatri* 2011;3(1):13-6.
4. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2013. Atlanta, 14-7.
5. Turkoz F, Tokluoğlu S, Durnalı A, Arpacı E, Yetişyigit T, Çelenkoğlu G, Alkış N. Geriatik popülasyonda kanser değerlendirilmesi: Tek merkez deneyimi. *UHOD* 2013;23(1):28-33.
6. Burbos N, Musonda P, Crocker S, Morris E, Duncan T, Nieto J. Outcome of investigations for postmenopausal vaginal bleeding in women under the age of 50 years. *Gynecologic Oncology* 2012;125(1):120-3.

7. Duman N, Elbaş N. 65 yaş ve üstündeki kadınların kadın sağlığına yönelik sorunlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2009;12(2):62-71.
8. Özalp S, Tanır H, Öner Ü, Yıldırım A, Işıksay S, Kahraman S. Endometrial patolojilerin geriatrik ve üreme çağı olgularında karşılaştırılması. *Türk Geriatri Dergisi* 2004;7(3):128-30.
9. Perkins K, King M. Geriatric gynecology. *Emerg Med Clin N Am* 2012;30(4):1007-19.
10. Boyle P, Levin B. Dünya Kanser Raporu 2008. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu, 418-20.
11. Gürkan T, Tuncer S. Yaşlanan kadın ve jinekolojik sorunlar. *Geriatri* 2000;3(3):107-18.
12. Özşaran Z. Endometrium kanserinde radyoterapi-kemoterapinin rolü: randomize çalışmalar eşliğinde değerlendirme. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2013;4:95-100
13. Kutsal Y, Eyigör S. Klinisyen gözüyle yaşlılık döneminde sık görülen hastalıklar. In: Aslan D, Ertem M, Yaşlı sağlığı: Sorunlar ve çözümler. 1. Baskı, Ankara: Palme yayıncılık, 2012: 48-59. Erişim adresi:http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/yasli%C4%B1sagligiyeni16.7.2012.pdf Erişim Tarihi: 12.01.2014.
14. Moroney J, Zahn C. Common gynecologic problems in geriatric-aged women. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2007;50(3):687-708.
15. Lewiss R, Saul T, Teng J. Gynecological disorders in geriatric emergency medicine. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 2009;26(3):219-27.
16. Stiles M, Redmer J, Paddock E, Schrage S. Gynecologic issues in geriatric women. *Journal of Women's Health* 2012;21(1):4-9.
17. Yumru E, Bozkurt M, Çaylan Ö. Postmenopozal kanamalı vakalarda transvajinal sonografi, tanısal histeroskopi ve histeroskopi sonrası biopsinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004;30(2):97-101
18. Oran N, Öztürk H. Yaşlanmayla birlikte sık görülen ve yaşam kalitesini etkileyen vulva problemleri. *Türk Geriatri Dergisi* 2004;7(4):237-40.
19. Miller K, Stenchever M, Richter H, Granieri E, Andrews W. Geriatric Gynecology, New Frontiers in Geriatrics Research: an Agenda For Surgical and Related Medical Specialties, Copyright by the American Geriatrics Society,2004,201-11.
20. Miller KL, Baraldi CA. Geriatric gynecology: promoting health and avoiding harm. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207(5):355-67.
21. Abalı S, Şahin HN. Yaşlılıkta jinekolojik sorunlar ve hemşirelik girişimleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2010;7(2):10-9
22. Reis N. Jinekolojik kanserli hastaların bakım ve rehabilitasyonunda hemşirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;9(3):8-15.
23. ACOG: Ages 65 years and older: exams and screening tests 2012. Erişim adresi:http://www.acog.org/About_ACOG/ACOG_Departments/Annual_Womens_Health_Care/Pt_Exams_and_Screening_Tests_Age_65_Years_and_Older Erişim tarihi: 12.04.2013.
24. ACOG: American cancer society guidelines for the early detection of cancer. Erişim adresi:http://www.cancer.org/healthy/findcancer_early/cancerscreeningguidelines/american-cancer-society-guidelines-for-the-early-detection-of-cancer. Erişim tarihi: 12.04.2013.
25. Kanbur A, Çapık C. Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011;18(1):61-72.
26. Ertem G. Jinekolojik kanserlerde evde bakım. *Türk Onkoloji Dergisi* 2010;25(3):124-32
27. Pignata S, Vermorken J. Ovarian cancer in the elderly. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 2004;49(1):77-86.
28. Çoban A, Şirin A. Yaşlı kadınlarda ürogenital sistem problemleri ve hemşirelik yaklaşımı. *Geriatri* 2003;6(2): 80-3.
29. Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen risk faktörleri. *Türk J Med Sci* 2008;28(4):487-93.
30. Seçkin B, Bedir S. Geriatrik üriner enkontinansta yaklaşım, *Sted* 2004;13(8):290-9.
31. İnci K, Ergen A. Yaşlılarda üriner inkontinans ve farmakolojik tedavisi. *Türk Geriatri Dergisi* 2009;13(1):59-66.
32. Erekson E, Ratner E, Walke L, Fried T. Gynecologic surgery in the geriatric patient. *Obstet Gynecol* 2012;119(6):1262-9.
33. Özalp S, Yalçın T, Öge T, Telli E, Eskin N. Postmenopozal adneksiyal kitle yönetiminde geriatrik yaş grubunda olan ve olmayan olgularda operatif risklerin araştırılması. *Türk Geriatri Dergisi* 2012;15(4):385-9.
34. Tuschy B, Berlit S, Hornemann A, Sutterlin M, Bussen S. Morbidity in elderly women undergoing gynaecological pelvic floor surgery. *Arch Gynecol Obstet* 2012;285(5): 1295-300.
35. Demirci N, Coşar F. Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri. *SDÜ Tıp Fak Derg* 2009;16(3):35-40.
36. Viktrup L, Koke S, Burgio K, Ouslander J. Stress urinary incontinence in active elderly women. *Southern Medical Journal* 2005;98(1):79-89.
37. Kaplan S, Demirci N. Üriner inkontinansta konservatif tedavi metotları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2010;5(13):1-14.