

Pelvik Organ Prolapsusu Sonucu Gelişen Cinsel Fonksiyon Bozuklukları ve Hemşirelik Yaklaşımı

Sexual Function Dysfunctions Due to Pelvic Organ Prolapse and Nursing Attitude

Meral KILIÇ*, Serap EJDER APAY*, Nezihe KIZILKAYA BEJİ**

İletişim/Correspondence: Meral KILIÇ Adres/Address: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Tel: 0 442- 2313042, E-mail: merak.kilic@atauni.edu.tr

ÖZ

Pelvik taban bozuklukları kadının cinsel fonksiyon bozukluklarının etyolojisinde önemli role sahiptir. Pelvik taban zayıflığı ve organ prolapsusu kadınların aile içi, sosyal ve mesleki yaşantısını, cinsel yaşamını fiziksel ve psikolojik yönden negatif bir şekilde etkileyen yaygın bir durumdur. Prolapsuslu kadınlarda orgazm olamama, libidoda azalma, dispareuni ve koitus sıklığında azalma gibi problemler görülebilir. Pelvik organ prolapsuslu kadınlar cinsel çekicilikte azalma korkusu, beden imajında değişiklikler, vajinanın anatomisinde değişiklikler, cinsel ilişki esnasında idrar kaçırma nedeniyle cinsel ilişkiden kaçınılabirler. Pelvik organ prolapsusu olan kadınlarda cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi önemlidir. Bu soruna sahip kadının cinsel yaşam kalitesini artırmaya yönelik yaklaşımlarda hemşirelere önemli görevler düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pelvik organ prolapsusu, cinsel fonksiyon bozukluğu.

ABSTRACT

Pelvic floor disorders have an important role in the etiology of women's sexual dysfunctions. Pelvic floor weakness and organ prolapse are common conditions that negatively affect women's domestic, social, occupational and sexual life both physically and psychologically. Such problems as decreased orgasmic capacity, decreased libido, dyspareunia and decreased frequency of coitus can be observed in women with pelvic organ prolapse. Women with pelvic organ prolapse may abstain from sexual intercourse due to the fear of decreased sexual lure, urinary incontinence during sexual intercourse, fear of their altered anatomy and fear of their altered vaginal anatomy. It is important to assess sexual functions in women with pelvic organ prolapse. Having at this problem, nurses have important duties in apporaces toward increasing the quality of womens sexual life.

Key Words: Pelvic organ prolapse, sexual function dysfunction.

GİRİŞ

Türkiye'deki kadınların çoğunluğu sık, sık ve elverişsiz koşullarda doğum yapmaktadır. Bu kadınların önemli bir kısmında pelvik destek yapılarının gevşemesi sonucu bazı sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Ayrıca orta-ileri yaş grubu kadınların sağlık sorunları içinde pelvik organ prolapsusları (POP) önemli bir paya sahiptir (Taşkın 2009; Yalçın ve Delier 2004).

Pelvik Organ Prolapsusu

Pelvis destek sisteminin gevşemesi ya da pelvik relaksasyon terimi, pelvik organların kas, fasyal desteğinin zayıflaması ve uzaması anlamına gelir. Uterus ve vajina pelviste, kardinal ve utero sakral ligamentler ile levatör ani başta olmak üzere pelvik diyaframın kasları ile normal anatomik yerlerinde tutunurlar. Bu ligament ve kaslar zayıfladığında ve pelvik relaksasyon gelişir.

*Arş. Gör: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, **Prof. Dr: İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

Yazının gönderilme tarihi: 03.05.2010

Yazının basım için kabul tarihi: 02.03.2011

Bunun sonucu pelvik taban fonksiyonlarının bozulması ile pelvik organ prolapsusuları, üriner inkontinans (UI) ve diğer alt üriner sistem dolum ve boşaltım bozuklukları, bazı kronik pelvik ağrı sendromları ve cinsel fonksiyon bozuklukları ortaya çıkabilmektedir (Eryılmaz 2008; Taşkın 2009; Yalçın ve Delier 2004). Bu fonksiyon bozukluğu kadınların aile içi, sosyal ve mesleki yaşantısını, cinsel yaşamını, fiziksel ve psikolojik yönden %15-30 oranlarında etkiler. POP'lu kadınlar bu etkilenme nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini de yerine getirmede güçlükler yaşamaktadır (Kelleher, Cardozo, Khuller ve Salvatore 1997). POP doğrudan kadın yaşamını tehdit etmemesine rağmen yaşam kalitesini negatif bir şekilde etkiler (Barber 2005; Jelovsek ve Barber 2006). Bu nedenle POP dikkatle ele alınmalı ve değerlendirilmelidir.

POP oluşumunda gebelik, vajinal doğum sırasında iri bebek, zor doğum, müdahaleli doğum (doğum indüksiyonu, epizyotomi, forseps, vakum,) ve operatif doğum gibi birden fazla faktör rol oynamaktadır (Eryılmaz 2008). Oxford Family Planning Association'ın çalışmasında parite POP için en önemli risk faktörü olarak bulunmuştur (Mant, Painter ve Vessey 1997). Tekrarlayan doğumlarda doğum kanalının aşırı gerilmesine bağlı levator ani kas demetinde ayrılma olur ve fasya gerilir. Levator ani kas demetindeki ayrılmaya bağlı perine ve rektumun normal desteği kaybolur ve böylece prolapsus gelişir (Taşkın 2009; Zimmerman 2003). Doğum fizyolojik bir olay olmasına rağmen, POP'un gelişmesini sağlayan bir etkiye sahiptir (Zimmerman 2003). Bununla birlikte prolapsusların gelişmesinde sadece vajinal doğumların sayısı değil aynı zamanda doğumun ikinci evresinin uzun olması ya da perineal hasarın yetersiz tamir edilmesi gibi obstetrik faktörler de etkilidir (Handa, Haris ve Ostergard 1996). Post menopoz dönemindeki düşük östrojen seviyesi, histerektomi öyküsü olanlar obesite, astım, kronik bronşit, sigara kullanımına bağlı gelişen kronik öksürük, kronik kabızlık gibi diğer faktörler de POP'nun gelişmesine katkıda bulunabilir (Chiaffarino ve ark. 1999; Mant ve ark. 1997; Spence-Jones, Kamm, Henry ve Hudson 1994; Zimmerman 2003). Ayrıca yapısal bağ dokusu hastalıkları, Marfan veya Ehler-Danlos

Sendromu gibi kollojen doku bozuklukları genital organ prolapsusuna sebep olabilir. Kronik kortikosteroid kullanımının da bağ dokusu üzerine zayıflatıcı etkisi bilinmektedir (Eryılmaz 2008; Zimmerman 2003). Düzeltilmediği takdirde, gevşeme ilerler; semptomlar artıkça durum kötüleşebilir. POP'da en sık görülen belirtiler, uzun süre ayakta kalmakla ortaya çıkan pelviste dolgunluk, aşağı doğru sarkma ve gerilme hissi, vajenden ele kitle gelmesi, miksiyon ve defekasyon şikâyetleri, stres idrar kaçırma, yorgunluk ve cinsel ilişkide rahatsızlıktır. Bu belirtiler zaman içinde özellikle menopozdan sonra genital sistem atrofi sonucunda ilerler (Eryılmaz 2008; Taşkın 2009).

Amerika Birleşik devletlerinde her yıl yaklaşık 200,000 hastaya POP için operasyon uygulanmaktadır (Boyles, Weber ve Meyn 2003). POP histerektominin de %15 sebebidir (Carlson, Nichols ve Schiff 1993). Olsen, Smith, Bergstrom, Colling ve Clark (1997) tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde kadının tüm yaşamı boyunca genital organ prolapsusu veya üriner inkontinansa (Üİ) bağlı bir operasyon geçirme riski %11 olarak bildirilmiştir.

Pelvik Organ Prolapsusu ve Cinsel Fonksiyon

Pelvik organ prolapsusuna bağlı mortalite olasılığı son derece düşük olsa da ciddi morbiditeye neden olduğu bilinmektedir. En önemli olumsuz etkisi ise yaşam kalitesi üzerinedir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı bir bütün olarak fiziksel, zihinsel ve sosyal refah hali biçiminde tanımlamıştır. Yaşam kalitesinin en önemli parametrelerinden biri de sağlıklı cinsel yaşamdır. Yapılan çalışmalar pelvik taban bozukluklarının cinsel fonksiyon bozukluklarına neden olduğunu göstermektedir. (Akhan 2009; Aslan 2002; Eryılmaz 2008).

Pelvik tabanın; miksiyon, defekasyon, koitus ve doğum gibi çok önemli yaşamsal fonksiyonları olduğu gibi pelvik taban kasları kadın seksüel aktivitesinde de rol oynarlar (Eryılmaz 2008). Pelvik taban kasları, levator ani kası ve perineal membran kadınlarda cinsel fonksiyona doğrudan katılan anatomik yapılardır. Bulbokaavernöz ve iskiokavernöz kasları içeren perineal membran istemli kasılabilirdiği gibi orgazm sırasında

ritmik istemsizde kasılabilmektedir. Levator ani kasları, orgazm ve vajinal penetrasyon sırasında motor yanıtı düzenlemektedir. Bu kasın hipertonisitesinde vajinismus, disparoni ve diğer ağrı bozuklukları görülebilmektedir. Kasın hipotonik olduğu durumlarda ise, vajinal doyumda ve orgazm yoğunluğunda azalma, cinsel ilişki ya da orgazm aşamasında üriner inkonsitans gelişebilmektedir (Ayyıldız, Akgül ve Germiyanoglu 2006; Berman, Berman ve Kanaly 2003; Eryılmaz 2008; Kütmeç 2009).

Pelvik taban zayıflığı ve organ prolapsusu cinsel fonksiyonu ve memnuniyeti negatif bir şekilde etkileyen yaygın fiziksel bir durumdur (Barber, Visco, Wyman, Fantl ve Bump 2002; Özel, White, Urwitz-Lane ve Minagline 2006). Pelvik taban kaslarında hipotoniye neden olan ileri yaş, uzamış doğum olayı, perineal travmalar nedeniyle koital anorgazmi, vajinal uyarıya duyarlılığın azalması (hipoestezi) sonucu işeme ve cinsel disfonksiyon gelişebilmektedir (Arslan 2007). Çalışmalar yaşlı kadınlarda cinsel disfonksiyonu %40, disparoniyi %25 olarak bildirmektedir (Eryılmaz 2008). Pelvik organ prolapsusu ve UI olan kadınlarda ise bu oran daha da artmaktadır. (Berman ve Raz 2001; Eryılmaz 2008; Santos, Anger ve Berman 2004). Çünkü kadınlar cinsel ilişki esnasında idrar kaçırma, bu durumun verdiği rahatsızlık, utanma, disparoni ve vajinal kuruluk nedeniyle cinsel doyumlarında azalma olduğu belirtilmektedirler (Eryılmaz 2008). Novi ve ark'nın yaptığı çalışmada POP olan hastaların %56'sı ilişki sırasında idrar, %13'ü feçes kaçırdığı, az sıklıkta ilişkide buldukları, %70'inin utanma nedeniyle ilişkiden kaçtıklarını, hastaların cinsel isteklerinde bir azalma olmadığı ancak idrar ve feçes kaçırma korkusu yüzünden ilişki sayılarında azalma olduğu belirtilmektedir (Novi, Jeronis, Morgan ve Arya 2005).

POP ve cinsel fonksiyon arasındaki ilişki değerlendirildiği zaman menopoz ve yaşlılık dönemindeki ortak olan normal değişikliklerden POP'a bağlı ortaya çıkan değişiklikleri ayırmak zordur (Barber 2005). Çünkü cinsellik yaşla birlikte azalırken; prolapsus yaşla birlikte artar. Lukacz ve ark.nın çalışmasında POP ve

Üİ'nin kadın cinselliğini olumsuz etkileyen bir faktör olmadığını, ancak menopoz ve yaşla beraber kadın cinselliğinin olumsuz etkilendiğini göstermiştir (Lukacz ve ark. 2007). Ayrıca idrar kaçırma ile birlikte POP'u olan kişilerin cinsel fonksiyonu daha çok etkilenmektedir. Çünkü POP'ların tümü ve idrar kaçırma genellikle ortak bir nedenden, pelvik taban yetmezliğinden kaynaklanır (Yalçın ve Delier 2004). Özel ve ark. (2006)'nın yaptığı çalışmaya göre POP ile idrar kaçırma şikâyeti olan kadınların sadece idrar kaçırması olan kadınlara göre cinsel fonksiyonlarının daha çok etkilendiği bulunmuştur. İdrar kaçıran kadınlarda sadece libido azalması mevcutken, POP'lu ve idrar kaçıran kadınlarda libido azalması ve orgazm olamama birlikte bulunmuştur Barber ve ark. (2002) ise idrar kaçıran hastalara nazaran prolapsuslu hastalarda cinsel aktivitenin daha az olduğunu bulmuşlardır.

POP'lu kadınlarda özellikle prolapsusun ileri evrelerinde cinsel fonksiyon şikâyetleri daha yaygındır. Barber ve arkadaşları III ve IV evrede olan POP'lu kadınların üçte birinden fazlasının cinsel ilişkiye girme kabiliyetlerinin etkilendiğini bulmuşlardır (Barber ve ark. 2002). Benzer şekilde Weber ve ark. (1995) prolapsusun evresi arttıkça cinsel ilişkiyi engellediğini bulmuşlardır. Özel ve ark. (2008) ise ileri evre POP'u olan kadınlarda libidonun düşük olduğu, uyarılmaların daha az olduğu ve ilişki sırasında çok daha az doyuma ulaştıkları, geçmişte yaşadıkları orgazmın daha iyi olduğunu saptamışlardır.

Pelvik Ameliyat Sonrası Cinsel Fonksiyon

100 yılı aşkın süredir pelvik taban patolojilerini düzeltmek amacıyla farklı cerrahiler yapılmaktadır. Temel soru; 'pelvik taban patolojileri düzeltmek için uygulanan cerrahiler sonrası kadında görülen cinsel fonksiyon bozuklukları düzelmekte mi?' dir (Akhan 2009). Azar ve ark. (2008) çalışmasında POP'lu kadınların anterior ve posterior kolpografi yöntemi ile ameliyat edilen kadınların cinsel istek, tahrik olma, vajinal kayganlık, orgazm olma ve cinsel memnuniyetinin etkilendiğini bulmuşlardır. Konu ile ilgili Rogers ve ark. (2004) tarafından yapılan

çalışmada ÜI ya da POP ameliyatlarından sonraki en az 3. ve 6. aylık dönemlerde kadınlarda üriner inkontinans semptomlarında düzelme olmasına rağmen cinsel fonksiyonda bozulma olduğu özellikle bu bozulmanın prolapsus ameliyatı geçirmiş kadınlarda daha belirgin olduğunu bulmuşlardır. Prolapsusu düzeltmek için yapılan histerektomide; cinsel fonksiyonu ve yanıtı etkileyebilmektedir (Santos ve ark 2004). Histerektomi; hem kontraksiyon yoluyla orgazm olmaya katkıda bulunan organların yerini değiştirerek hem de serviks ve uterusun sinirlerin harabiyetiyle sonuçlanarak cinsel memnuniyeti bozabilmektedir (Carlson 1997).

Pelvik taban yetmezliği sonucu oluşan organ prolapsuslarına yönelik yapılan rekonstrüktif cerrahi sonucu gelişen disparoni de önemli bir sorundur. Weber, Walters ve Piedmonte (2000) çalışmasında posterior kolporafi ve Burch kolposüspanسیون operasyonları disparoni ile ilişkili iki faktör olarak saptanmıştır. Özellikle posterior kolporafi ve burch kolposüspanسیون ameliyatlarının beraberce yapılmasının disparoni sıklığı çok fazla arttığını göstermişlerdir. Demirkesen, Onal, Tunç, Alici ve Çetinile (2008)'in yaptığı çalışmada ameliyattan sonra vajinal daralmaya bağlı olarak disparoninin arttığı belirtilmiştir. Diğer bir çalışmada ise kolpografi ameliyatının vajinada daralmaya neden olabileceği ve cinsel fonksiyonu iyileştirse bile disparoniye yol açabileceği bulunmuştur (Haase ve Skibsted 1988). Vajinal diseksiyonu içeren pelvik taban ameliyatlarında pudental sinirde nöropati oluşabilir. Bu nöropati vajinal hissi ve orgazm olmayı etkileyebilir (Benson ve McClellan 1993). Bu yüzden ameliyatlarda ve tıbbi girişimlerde düşük libido ve genital hisdeki değişiklikler, orgazm ya da tahrik olma zorlukları, vajinal ağrının mevcudiyetini içeren temel cinsel fonksiyonu değerlendirmek önemlidir (Santos ve ark. 2004).

Kadının cinsel fonksiyonlarında ortaya çıkan problemleri sadece POP bağlamak doğru olmaz bu problemlerde beraber partneri ile ilişkileri de bozulmakta, yaş ve menopozal durumunda katkıda bulunduğu kemikleşen bir problemler yumağı sonucunda kadında cinsel

fonksiyon bozukluğu ortaya çıkmaktadır. Sadece cerrahi yaparak var olan pelvik taban probleminin düzeltilmesi özellikle kısa vadede var olan cinsel problemleri çözmeyecektir (Akhan 2009).

Hemşirelik Yaklaşımı

Pelvik bozukluklarda bakım yönetimi; Kadınların çoğunun yaşamlarında karşılaşılabildiği pelvik taban bozuklukları ve bunlara bağlı yaşadıkları semptomlar; yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen, tıbbi olduğu kadar sosyal bir problemdir (Akhan 2009; Aslan 2002; Eryılmaz 2008). Yaşam kalitesi kavramının içeriği hemşirelik uygulamaları ile güçlü ilişkiler içindedir. Bu nedenle hemşire kadının probleme, nedenlerine, prognozu ve tedavisine vb yönelik bilgi gereksiniminin karşılanması, semptomların azaltılması ve yönetimi konusunda bilgilendirilmesi, var olan hijyen ve konforu üzerine etkisini belirleyerek bunların çözümünü sağlayıcı girişimlerde bulunulması ve kadının da çözümüne içine katılması, oluşmadan önce veya tedaviden sonra tekrar oluşmaması için problemin önlenmesine yönelik yapılabilecekler konusunda kadının bilgilendirmelidir. Ayrıca yaşam kalitesi konusunda kadının bilgilendirilmelidir (Eryılmaz 2008).

Konservatif/Medikal tedavide hemşirenin rolü; pelvik bozukluklara bağlı sorun yaşayan kadınların hemşirelik bakımlarında hemşire; anlayışlı, bilgili, destekleyici ve duyarlı tutumla kadınlara empatik yaklaşım jinekolojik sorunlarını tartışmalı ve rehberlik etmelidir.

İlaç tedavisi verilmişse endikasyonları, yan etkileri, bu durumda yapılması gerekenler hakkında bilgi verilmelidir. Peserler uygulanmışsa beklenen sonuçlar; uterus ve mesaneyi desteklemesi, semptomların azalmasıdır. Kadına neden ve nereye uygulandığı, hijyenin önemi, peserin temizliği, nekroz, vajinitis gibi enfeksiyon riskleri, risklere yönelik semptomları nasıl tanıyacağı anlatılır. Cerrahi tedavi uygulandığında pre-post operatif hemşirelik bakımı uygulanır (Aslan 2002; Eryılmaz 2008).

Pelvik bozuklukları ***önleme de koruyucu*** amaçlı ve de POP ve UI vakalarda tedavi amaçlı uygulanan kegel egzersizleri hakkında bilgi verilir. Kegel'e ek olarak,

içe çekme-dışa itme egzersizleri yapması önerilir. Kadınlara genital bölgenin düzenli aralıklarla temizliğinin sağlanması, önemi, kokuyu önlemek için hijyenik uygulamalar anlatılır. Konstipasyonun pelvik yapı bozukluklarına etkisinin nasıl olduğu anlatılır. Konstipasyondan kaçınması, düzenli bağırsak alışkanlığı kazanma yolları öğretilir. Sigara içiyorsa bırakması sağlanır (Eryılmaz 2008).

Cerrahi tedavide hemşirelik bakımı

Pre-operatif Hemşirelik Bakımı:

Rutin, standart preoperatif bakım girişimlerine ek olarak; Operasyona psikolojik, fiziksel hazırlık sağlanır. Planlanan cerrahi işlem hakkında bilgilendirilir. Operasyon sonrası optimal fonksiyonlara dönme durumu, yaşanabilecek semptomlar, hastanın bu konulara ilişkin beklentileri kaygıları ve yapması gerekenler, analjezi, anestezi, post-operatif dren ya da kateter durumu , operasyon sonrası uygulanacak rutinler hastaya açıklanır Perine kaslarının güçlendirilmesi için ameliyat sonrası yapılacak Kegel egzersizleri öğretilir ve uygulanır.

Operasyon türüne göre bağırsakların boşaltılması için lavman yapılır. Vajinal yolla uygulanacak ameliyatlarda, aseptik bir ortam sağlamak amacıyla hekim istemine göre vajinal lavaj yapılabilir (Coşkun ve Karanisaoğlu 1992; Çayır 2002; Çoban ve Şirin 2003; Eryılmaz 2008).

Post-operatif Hemşirelik Bakımı:

Aldığı çıkardığı ve yaşam bulguları takip edilir. Operasyon sonrası en erken görülen şikayet ağrıdır. Öncelikle farmakolojik olmayan rahatlama yöntemleri denenir. Daha sonra hekim direktifine göre analjezikler yapılmalıdır. Normal eliminasyon sağlanır, aldığı çıkardığı sıvı dengelenir ve idrar retansiyonu, mesane distansiyonu bulguları açısından değerlendirilir.

Operasyon sonrası idrar sondasının operasyon türüne göre iki-beş gün veya daha uzun süre kalabilmesi nedeniyle, perine ve kateter bakımı yapılmalı, hastaya öğretilmelidir. Enfeksiyonu önlemek ve hastanın

konforunu sağlamak amacıyla ile dikkatli kateterizasyon bakımı yapılmalı ve hastanın bol sıvı alması teşvik edilmelidir.

Akıntı drenajının kolaylaşması ve perinedeki insizyon basıncın azaltılması için hastaya düz ya da semi-fowler pozisyonunda yatırılması uygun olur. İlk gün ve bağırsak fonksiyonu geri dönünceye kadar ağızdan bir şey verilmez.

Perinenin çabuk iyileşmesi için günde iki-üç defa ısı lambası ile kuru sıcak uygulama, perinede ödem ve rahatsızlığı önlemek için buz torbası ile soğuk uygulama yapılır.

Süturlar alındıktan sonra oturma banyoları, vajinal lavajlar uygulanabilir (Çayır 2002; Çoban ve Şirin 2003; Coşkun ve Karanisaoğlu 1992; Eryılmaz 2008).

Taburculuk eğitimi; hastanın taburcu olduktan sonra evde yapması gerekenler ve önemi belirtilir.

- İlk haftalarda halsizlik ve yorgunluğun normal olduğu, iyileşme sürecinde depresyon, ağlama isteği ve sinirli davranışların olabileceği anlatılır.
- Operasyon yerinde, vajina ve rektumda ağrının zamanla azalacağı ve geçeceği analjezik kullanılabileceği, gaz ağrısı olabileceği bu nedenle yürüyüş yapması söylenir.
- Ameliyattan sonra yaklaşık dört hafta açık kahverengi bir vajinal akıntısının olabileceği, idrar yapmada sorun yaşayabileceği, sık idrara çıkma, sıkışma hissi, sıkıştığında idrar kaçırma, damlama şeklinde idrar kaçırma gibi şikayetlerin geçici olarak görülebileceği bu şikayetlerin zamanla düzeleceği anlatılır.
- Enfeksiyonlu kişiden kaçınması tavsiye edilir. El temizliğinin, insizyon bölgesine dokunmamasının, perine temizliğinin enfeksiyondan koruma açısından önemi açıklanır ve alması gereken önlemler anlatılır.
- Dinlenmesi ve tolere edebileceği aktivitelerde bulunması, uzun süre oturma, ayakta durmadan kaçınması, elektrik süpürgesi kullanmaması, çamaşır asmaması anlatılır.

- Aşırı kilo almaması, kabız olmaması, yumuşak ve sulu diyet almaya dikkat etmesi, dışkılama sırasında kendisini fazla zorlamaması öğütlenir.
- Doktoru farklı bir şey önermemişse altı-sekiz hafta sonra cinsel ilişkide bulunabileceği, erken başlanırsa vajinal insizyonun zedeleneceği, kanama görülebileceği anlatılır.
- Ameliyat öncesi öğretilen Kegel egzersizleri taburcu olan hastaya uygulanır.
- Ameliyat sonu jinekolojik muayene için ilk kontrol 10-14 gün sonra, ayrıca üçüncü ay, altıncı ay, yılda bir kontrole için fiziksel muayene gelmesi belirtilir (Eryılmaz 2008, Coşkun ve Karanisaoglu 1992; Çayır 2002).

POP'un Önlenmesi ve Korunmasında Hemşirenin Rolü

POP'ta cerrahi olmayan, konservatif tedavi yöntemleri daha çok koruyucu tedbirler olarak görülmelidir. POP'lu hastada çoğu semptomlar yaşam kalitesi ile ilgili olduğu için tedavi seçiminde koruyucu önlemler en yaygın uygulanan yöntemler olmalıdır. POP'un konservatif tedavisi yöntemleri arasında; pelvik taban egzersizleri, kilo kaybı, kronik hastalıkların tedavisi, fiziksel tedavi, sigaranın bırakılması ve östrojen tedavisi yer almaktadır. Aynı zamanda pesseler de kullanılabilir (Işıldak 2007).

Diğer olası önleyici yaklaşım fiziksel tedavi programı yoluyla pelvik taban kaslarının güçlenmesini sağlama ya da korumaktır. Kegel egzersizleri idrar kaçırma ve diğer pelvik taban bozukluklarının tedavisinde etkilidir. POP'u önlemedeki rolleri henüz ispatlanmamış olmasına karşın, doğumdan sonra gluteal ve pelvik adalelerin kasılmasını ve gevşemesini içeren Kegel egzersizlerinin düzenli yapılması önerilmektedir (Jelovsek, Maher ve Barber 2007). Yazar sağlamanın 8-12 haftalık bir süreyi alacağı ve değerlendirmenin bu süre sonunda yapılması gerektiği hastaya söylenmelidir (Çoban ve Şirin 2003). Annelerin doğum sonrası devamlı sırtüstü veya sağ/sol yöne yatmaması, sık pozisyon değiştirmesi, sürekli ayakta kalacak aktivitelerden kaçınması ve özellikle uterusun antevort pozisyonunu

koruma amaçlı olarak günde iki saat yüzükoyun yatılması önerilmelidir (Eryılmaz 2008).

Prolapsusu önleme konusundaki çabalar doğum yönetimini de içermek zorundadır. Doğum eylemi sırasında gereksiz müdahalelerden, operasyonlardan kaçınmak, servikal dilatasyon tamamlanmadan anneyi ikındırmamak, makrozominin yönetimi, perineyi dikkatle korumak ve gözlemek, doku elastikiyetinin azaldığı durumlarda, yırtıkları önlemek için epizyotomiye zamanında yapmak, pelvisi gereksiz travmalardan korumak önemlidir (Çoban ve Şirin 2003; Eryılmaz 2008; Taşkın 2009). Doğum eylemi başlamadan önce yapılan elektif sezaryen uygulaması hem pelvik organ prolapsusu, hem de stres idrar kaçırma açısından koruyucu gibi görünmektedir. Fakat bu amaçla her hastaya sezaryen uygulansa bile pelvik destek dokularını korumak her zaman mümkün olmamaktadır. Çünkü henüz gebelik sırasında dahi bu dokularda etkilenme söz konusudur ve sezaryen sadece doğumun olası olumsuz etkilerini önleyebilmekte, gebeliğe bağlı olarak oluşmuş etkiler ise devam etmektedir. Ayrıca bir pelvik cerrahi olan sezaryeninde pelvik taban fonksiyonları açısından teorik de olsa olumsuz bir etkisinin olabileceği düşünülmeli, anestezinin ve majör bir operasyonun olası komplikasyonlarının görülebileceği daima akılda tutulmalıdır. Günümüzde pelvik taban hasarının önlenmesi, elektif sezaryen endikasyonu olarak kesinlikle kullanılmamalıdır (Salman, Özyüncü ve Durukan 2005).

Doğum yapmışlarda prolapsus önleme stratejisi pelvik taban güçlendirilmesi ve ürogenital hiatus üzerindeki stresin azaltılmasına yöneliktir. Pelvik tabanın korunması bel kısmının korunması gibi abdominal kasların da kuvvetlenmesi ile olur. Çeşitli egzersiz programları ile bu kasların güçlendirilmesi ile kadınların ıkmadan ve valsalva manevrasını kullanmadan günlük aktivitelerini yapmaları sağlanır (Işıldak 2007).

Kronik hastalıkların ve alışkanlıkların kontrolü de koruyucu önlemler arasındadır. Kronik öksürüğün tedavisi idrar kaçırma azaltır ve POP'un ilerlemesini önler. Sigaranın bırakılması da yardımcıdır. Obezitenin kontrolü ile de pelvik taban üzerine binen yük azaltılmaya çalışılır (Işıldak 2007). Konstipasyonu önleyecek,

ideal kiloda olmayı sağlayacak şekilde beslen-
menin düzenlenmesi, üriner sistem enfeksiyonlarından ko-
runma, diyabet gibi kronik hastalıkların etkin tedavisi
POP gelişmesini önleme açısından önem taşımaktadır
(Eryılmaz 2008).

Doğurganlık döneminde AP yöntemleri konusunda eği-
tim yapılarak gebelik ve doğum sayısını sınırlı tutmada
aileye yardımcı olmak.

Menopoz döneminde kadınların düzenli menopoz kli-
niklerine gitmelerini sağlamak ve rehberlik etmek.
Yaşlı kadınlarda görülen jinekolojik rahatsızlıkların
çoğu erken tanı ve tedavi ile düzeltilebilmesine rağmen,
düzenli jinekolojik muayneye gitmeye çekinen-
lerde sorunlar daha ağırlaşabilir. Hemşire bu konuda
yol gösterici ve yardımcı olmalıdır.

Kadına her aşamada sağlığın korunması ve geliştiril-
mesine yönelik sağlık eğitimi vermek

Senil osteoporoz gelişmiş hastalarda östrojen tedavisi
hem osteoporozu önler hem de pelvisin östrojene du-
yarlı dokularında olumlu etkiler sağlar (Çoban ve Şirin
2003; Coşkun ve Karanisaoğlu 1992; Işıldak 2007).

Cinsel fonksiyon değerlendirilmesi ve hemşirenin rolü

Pelvik bozukluğu olan kadınlar olmayanlara göre fi-
ziksel ve cinsel açıdan kendilerini daha az çekici bul-
urlar ve bu da yaşam kalitelerini düşürür. Hemşire ve
diğer sağlık çalışanları pelvik bozuklukların duygusal
durum, cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerine
olumsuz etkilerine karşı duyarlı olmalıdır. Hemşireler,
cinsel fonksiyonun değerlendirmesini yapabilirler.
Cinsel fonksiyon değerlendirilmesi iki aşamalı olarak
yapılmalıdır.

1. Birinci düzeydeki değerlendirme: Bu değeren-
dirme, tüm hemşireler tarafından kolaylıkla yapılabilir.
Değerlendirmenin amacı; hastalığa ve uygulanan teda-
vilere bağlı olarak ortaya çıkan sorunları belirlemektir.
Değerlendirme zorlayıcı olmaksızın açık uçlu sorularla
yapılmalıdır. Burada önemli bir nokta, beden imgesi
gibi daha az gizli konulardan, heyecanlanma ya da

orgazm yeteneği gibi daha hassas konulara doğru bir
sıranın takip edilmesidir (Reis 2003).

Pelvik taban bozukluğu olan/cerrahi tedavi gören ka-
dınların cinsel fonksiyonlarını ve yaşam kalitelerini de-
ğerlendirmek için kullanılan ölçeklerden yararlanıl-
malıdır (Eryılmaz 2008). Bu ölçeklerin uygulanışı
kolay ve masrafsızdır. Bu nedenle en sık kullanılan ta-
nılama araçlarıdır.

2. İkinci düzey değerlendirme: Birinci düzey değeren-
dirmede tanımlanan bir cinsel sorunun üzerine odak-
lanılmasıdır. Belirlenen sorunun çözümü, bu konuda
danışmanlık yapan kişinin bilgi ve yetkisini aşarsa, bu
konuda eğitilmiş bir terapistle başvurulmalıdır.

Günümüzde pek çok sağlık profesyoneli ve hemşireler,
hastaları ile cinselliği tartışmada ve sorunları belirle-
mede Annon tarafından geliştirilen P-LISS- IT mode-
lini kullanmaktadır (Reis 2003).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak POP ve ileri evre POP kadın cinsel fonk-
siyonunu olumsuz yönde etkilemektedir. Bu fonksiyon
bozukluğu kadınların aile içi, sosyal ve mesleki yaşantı-
sını, cinsel yaşamını, fiziksel ve psikolojik yönden et-
kilemektedir. POP'lu kadınlar bu etkilenme nedeniyle
günlük yaşam aktivitelerini de yerine getirmede güçlük-
ler yaşamaktadır. Tüm bunlara bağlı nedenlerden dolayı
depresyon artışına sebep olabilmektedir. Bu nedenle
POP doğrudan kadın yaşamını tehdit etmemesine rağmen
yaşam kalitelerini negatif bir şekilde etkilemektedir.
Sağlık bakımının en önemli amacı; hastalıkların getirdiği
kısıtlamalara rağmen, günlük yaşam aktivitelerini sür-
dürmeye yardımcı olmaktır. Bu nedenle, hemşirelik yak-
laşımını yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek
davranışlar ve tepkiler üzerinde yoğunlaşmalıdır.

Ayrıca idrar kaçırmayla birlikte POP'u olan kişilerin
cinsel fonksiyonu daha çok etkilenmektedir. Diğer ta-
raftan POP tedavisinde uygulanan cerrahilerin kadın
cinsel fonksiyon bozukluğu üzerine nasıl bir etkisi ol-
duğu tartışmalıdır. Kadının cinsel fonksiyonlarında or-
taya çıkan problemleri sadece POP'a bağlamak doğru
olmaz bu problemlerde beraber partneri ile ilişkileri de

bozulmakta, yaş ve menopozal durumunda katkıda bulunması sonucunda kadında cinsel fonksiyon bozukluğu ortaya çıkmaktadır.

POP'u olan kadınlarda cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi önemlidir. Hemşire ve diğer sağlık çalışanları pelvik bozuklukların duygusal durum, cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilerine karşı duyarlı olmalıdır. Rutin olarak hastanın öyküsü alınırken; depresyon duyguları, cinsel yaşamı ve yaşam kalitesi de sorgulanmalı, var olan sorunundan etkilenme düzeyi belirlenmelidir. Bunların belirlenmesi tedavi yaklaşımını etkileyecektir. Bu nedenle pelvik taban bozukluğu olan veya cerrahi tedavi gören kadınların cinsel fonksiyonlarını ve yaşam kalitelerini değerlendirmek amaçlı geliştirilen spesifik formlardan yararlanılmalıdır (Akhan 2009; Aslan 2002; Eryılmaz 2008).

KAYNAKLAR

Akhan S. E. (2009). Pelvik taban patolojileri ve kadın cinselliğine etkisi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, 2(2): 75-85.

Arslan, H. (2007). Pelvik taban sağlığı ve kadın cinselliği. *Androloji Bülteni*, 30: 268-269.

Aslan, E. (2002). Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisi. Nezihe Kızılkaya Beji (Ed). *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı*. F.N. Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, Emek Matbaacılık, İstanbul, 51-60.

Ayyıldız, A., Akgül, T., Germiyanoğlu, C. (2006). Stres üriner inkontinans tedavisi için yapılan vajinal girişimler sonrası kadınlarda cinsel fonksiyon. *Androloji Bülteni*, 24(1): 82-85.

Azar, M., Noohi, S., Radfar, S., Radfar, M. H. (2008). Sexual function in women after surgery for pelvic organ prolapse. *International Urogynecology Journal*, 19(1): 53-57.

Barber, M. D., Visco, A. G., Wyman, J. F., Fantl, J. A., Bump, R. C. (2002). Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstetrics Gynecology*, 99(2): 281-289.

Barber, M. D. (2005). Symptoms and outcome measures of pelvic organ prolapse. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 48(3): 648-661.

Benson, J. T., McClellan, E. (1993). The effect of vaginal dissection on the pudendal nerve. *Obstet Gynecol*, 82(3): 387-389.

Berman, J. R., Raz, S. (2001). Sexual dysfunction in women with pelvic prolapse (abstract). *Program for Female Sexual Function Forum*, Boston, 103.

Berman, J. R., Berman, L. A., Kanaly, K. A. (2003). Female sexual dysfunction: New perspectives on anatomy, physiology, evaluation and treatment. *Female Urology*, 1(3): 166-177.

Boyles, S. H., Weber, A. M., Meyn, L. (2003). Procedures for pelvic organ prolapse in the United States, 1979-1997. *Am J Obstet Gynecol*, 188(1): 108-15.

Carlson, K. J., Nichols, D. H., Schiff, I. (1993). Indications for hysterectomy. *N Engl J Med.*, 328(12): 856-860.

Carlson, K. J. (1997). Outcomes of hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol*, 40(4): 939-946.

Chiaffarino, F., ve ark. (1999). Reproductive factors, family history, occupation and risk of urogenital prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 82(1): 63-7.

Coşkun A, Karanisoğlu H. (1992). Desensus, Prolapsus, Sistosel ve Rektoselde Hemşirelik Yaklaşımı. Seçim, H. (Ed.). *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği*. Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, 515-516.

Çayır, G. (2002). Üriner inkontinans cerrahi operasyonu geçiren hastalara yönelik hemşirelik yaklaşımı. Kızılkaya Beji, N. (Ed). *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı*. F.N. Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, Emek Matbaacılık, İstanbul, 103-122.

Çoban, A., Şirin, A. (2003). Yaşlı kadınlarda ürogenital sistem problemleri ve hemşirelik yaklaşımı. *Turkish Journal of Geriatrics*, 6(2): 80-83.

Demirkesen, O., Onal, B., Tunç, B., Alici, B., Cetinele, B. (2008). Does vaginal anti-incontinence surgery affect sexual satisfaction? A comparison of TVT and Burch-colposuspension. *Int Braz J Urol.*, 34(2): 214-9.

Eryılmaz, H. Y. (2008). Pelvik bozukluklar. Şirin, A. (Ed.). *Kadın Sağlığı*. Kenan Ofset Matbaası, İstanbul, 198-233.

Haase, P., Skibsted, L. (1988). Influence of operations for stress incontinence and/or genital descensus on sexual life. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 67(7): 659-61.

Handa, V. L., Haris, T. A., Ostergard, D. R. (1996). Protecting the pelvic floor: Obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynaecol.*, 88(3): 470-478.

İşıldak, S. (2007). Kolporafi Anterior ve/veya Kolporafi Posterior operasyonu olanlarda dispareni değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi*, Ankara.

Jelovsek, J. E., Barber, M. D. (2006). Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. *Am J Obstet Gynecol.*, 194(5): 1455-61.

Jelovsek, J. E., Maher, C., Barber, M. D. (2007). Pelvik organ prolapse. *Lancet*, 369(9575): 1027-1038.

Kelleher, C. J., Cardozo, L. D., Khuller, V., Salvatore S. (1997). A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *BJOG*, 104(12): 1374-1379.

Kütmeç, C. (2009). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12): 111-136.

- Lukacz, E. S. ve ark. (2007). Are sexual activity and satisfaction affected by pelvic floor disorders? Analysis of a community based survey. *Am J Obstet Gynecol.*, 197: 88.
- Mant, J., Painter, R., Vessey, M. (1997). Epidemiology of genital prolapse: Observations from the Oxford Family Planning Association Study. *Br J Obstet Gynecol.*, 104(5): 579-85.
- Novi, J. M., Jeronis, S., Morgan, M. A., Arya, L. A. (2005). Sexual function in women with pelvic organ prolapse compared to women without pelvic organ prolapse. *J Urol.*, 173: 1669-72.
- Olsen, A. L., Smith, V. J., Bergstrom, J. O., Colling, J. C., Clark, A. L. (1997). Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.*, 89(4): 501-506.
- Özel, B., White, T., Urwitz-Lane, R., Minagline, S. (2006). The impact of pelvic organ prolapse on sexual function in women with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal.*, 17(1): 14-17.
- Reis, N. (2003). Jinekolojik kanser ve tedavilerinin kadın cinsel sağlığına etkileri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(2): 35-40.
- Rogers, R. G. ve ark. (2004). Sexual function after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse: A multicenter prospective study. *Am J Obstet Gynecol.*, 191(1): 206-10.
- Salman, M. C. Özyüncü, Ö., Durukan, T. (2005). Gebelik, doğum, ve pelvik taban bozuklukları. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2(5): 37-42.
- Santos, M. R., Anger, J. T., Berman, J. R. (2004). Role of pelvic floor in female sexual dysfunction: Diagnosis and treatment. *Urodynamic*, 14(1): 122-126.
- Spence-Jones, C., Kamm, M.A., Henry, M.M., Hudson, C.N. (1994). Bowel dysfunction: A pathogenic factor in uterovaginal prolapse and urinary stress incontinence. *Br J Obstet Gynecol.*, 101(2): 147-152.
- Taşkın, L. (2009). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 579-596.
- Weber, A. M., Walters, M. D., Schover, L. R., Mitchinson, A. (1995). Sexual function in women with uterovaginal prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.*, 85(4): 483-487.
- Weber, A. M., Walters, M. D., Piedmonte, M. R. (2000). Sexual function and vaginal anatomy in women before and after surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol.*, 182(6): 1610-1615.
- Yalçın, Ö., Delier, H. (2004). Üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusu: Tanı ve tedavi seçimi. *TJOD*, 8(3): 198-201.
- Zimmerman, C. W. (2003). Pelvic organ prolapse. Rock, J. A., Jones, H. W. (Eds.). *Telinde's Operative Gynecology*. 9th ed., Lippincott Williams & Wilkins Company, Philadelphia, 927-48.