



**T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI**

**HİSTEREKTOMİ VE MYOMEKTOMİNİN KADIN  
CİNSEL FONKSİYONU VE GENEL YAŞAM KALİTESİ  
ÜZERİNE OLAN ETKİLERİNİN İNCELENMESİ**

**Dr. ROZA ÇİMEN  
UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN  
Doç. Dr. DEVRİM ERTUNÇ TOK**

**MERSİN - 2007**

## ÖNSÖZ

Uterus myomları, kadın pelvisinde en sık görülen benign tümörler olup, kırklı yaşlardan sonra ise her iki kadından birisine 'myoma uteri' tanısı koymak mümkündür. Jinekolojik cerrahi pratiğinin, neredeyse 2/3'ü myom ve yol açtığı semptomları gidermeye yönelik operatif prosedürlerden oluşmaktadır. En sık kullanılan iki cerrahi prosedürden birisi myomektomi diğeri ise histerektomidir.

Son yıllarda, myom tanısı alan her hastaya operasyon yapmama eğilimi ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda, operasyon endikasyonu alan hastalarda da uterusun korunmasına yönelik myomektomi girişimi popülerite kazanmıştır. Histerektomi definitif bir girişimdir. Oysa myomektomi, pelvis taban bütünlüğünü koruyan, menstruasyonun devamına olanak sağlayan bir girişim olup, tek dezavantajı gelecekte reoperasyon gerekliliği olabilecek bir cerrahi işlem olmasıdır. Histerektominin uterin malignansi profilaksisi sağlayabileceği teorik bir avantaj olsa da ihmal edilebilir bir olasılıktır.

Biz bu çalışmamızda bu iki farklı cerrahi tekniğin kadın genel yaşam ve cinsel yaşam kalitesine olan etkilerini prospektif olarak araştırmayı amaçladık.

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda beş yılı aşan uzmanlık eğitimim süresince, her açıdan yetişmemde ve gelişmemde emeği geçen tüm hocalarıma şükranlarımı sunarım. Tez hocam Doç.Dr.Devrim Ertunç Tok'a ayrıca teşekkür ederim. Ayrıca bize engin teorik bilgilerini sunan, büyük cerrahi deneyimlerinden yararlanma olanağı veren, her yönden yetişmemiz için emeklerini esirgemeyen değerli hocam Prof.Dr.Saffet Dilek'e saygılarımı ve şükranlarımı arz ederim.

Uzun uzmanlık eğitimim süresince, bana katlanan, destekleyen aileme, eşime ve kızıma en içten sevgilerimi sunarım. Son olarak da bana yaşamı ve insanları sevmeyi öğreten güzel insana, sevgili babama sonsuz teşekkür ederim. Hayatım boyunca ona layık olmaya çalışacağım...

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZET	5
İNGİLİZCE ÖZET	6
GİRİŞ VE AMAÇ	7
GENEL BİLGİLER	10
Histerektominin Tarihçesi	10
Histerektomi Endikasyonları	12
Kadın Cinsel Fonksiyonu	13
Histerektominin Kadın Cinsel Fonksiyonu Üzerine Olan Etkileri	16
GEREÇ VE YÖNTEMLER	28
BULGULAR	31
Demografik ve Kişisel Özellikler	31
Cinsel Fonksiyon	32
Genel Yaşam Kalitesi	45
TARTIŞMA	59
SONUÇ VE ÖNERİLER	69
KAYNAKLAR	71
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	77
TABLolar DİZİNİ	78
EKLER	

## ÖZET

Histerektominin Hipokrat dönemine uzanan tarihi ve en sık uygulanan majör jinekolojik operasyon olması bu operasyonun sonuçları ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmasına sebep olmuştur. Kadınların yaklaşık üçte ikisinin cinsellik ile ilgili kaygılarının olduğu gözönünde bulundurulursa histerektominin cinsel fonksiyon üzerine olan etkilerinin neden bu kadar merak edildiği anlaşılabilir. Kadınlar eskiden beri histerektominin cinsel fonksiyonları üzerine olumsuz etkilerinin olduğunu düşünmüş olsa da bu konu hala tartışılmaktadır.

Bu çalışma histerektomi veya myomektomi uygulanmış, cinsel olarak aktif toplam 100 hastayı kapsayan prospektif gözlemsel bir çalışmadır. Yaşları 27 ile 52 arasında değişen hastaların 50'sine myomektomi, 50'sine histerektomi uygulanmıştır. Histerektomi ve myomektominin sağlıkla ilişkili genel yaşam kalitesi ve kadın cinsel fonksiyonu üzerine olan etkilerinin incelendiği bu çalışmada hastalardan operasyondan kısa bir süre önce ve altı ay sonra cinsel fonksiyonları ve genel yaşam kalitelerini değerlendiren anket formlarını doldurmaları istenmiştir. Kadın cinsel disfonksiyonunu değerlendirmek üzere FSFI (Female Sexual Function Index) ve genel yaşam kalitesini değerlendirmek üzere ise Kısa Form-36 (KF-36) kullanılmıştır.

Çalışmanın sonuçları incelendiğinde, histerektomi ve myomektomi yapılan hastaların ameliyat sonrası cinsel fonksiyonlarının her iki grupta da ameliyat öncesinden daha iyi olduğu, myomektominin sağladığı iyileşmenin histerektominin sağladığı iyileşmeden daha fazla olduğu görülmüştür. Histerektomi ve myomektomi yapılan hastaların ameliyat sonrası sağlıkla ilişkili genel yaşam kalitelerinin de her iki grupta ameliyat öncesinden daha iyi olduğu, histerektominin genel yaşam kalitesinde sağladığı iyileşmenin myomektominin sağladığı iyileşmeden fazla olduğu görülmüştür.

Özetle; histerektomi ile myomektominin kadın cinsel fonksiyonu ve genel yaşam kalitesi üzerine olan etkilerinin incelendiği bu çalışmada histerektomi ve myomektominin kadın cinsel fonksiyonu ve sağlıkla ilişkili genel yaşam kalitesini genel olarak iyileştirdiği tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler; cinsel disfonksiyon, genel yaşam kalitesi, histerektomi, myomektomi.

## **ABSTRACT**

### **The Impact Of Hysterectomy And Myomectomy On Female Sexual Function And Health Related Quality Of Life**

Hysterectomy, the most frequently applied major gynecological operation, has a long history beginning in the time of Hippocrates, and has been the subject of numerous studies. However, considering that now approximately two thirds of women have concerns about sex, it is not surprising that the effects of hysterectomy on sexual function is a common question.

We performed an observational prospective study on 100 sexually active patients, fifty of whom had been operated on for a hysterectomy, and fifty others for a myomectomy. The patient's ages ranged from 27 to 52 years. Patients were asked to fill out a sexual function survey and a general life quality survey, each of them a short time before the operation, and each again six months after the operation. FSFI (Female Sexual Function Index) is used to evaluate sexual dysfunction, and Short Form-36 is used to evaluate general life quality.

Our results indicate that both operations improved the sexual function of patients, although the improvement is more significant for myomectomy. Similarly, general life quality was improved after both operations, but here the improvement is more significant for hysterectomy.

Key words: general life quality, hysterectomy, myomectomy, sexual dysfunction.

## GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsellik kadın hayatının önemli bir parçasını oluşturur. Kadın hayatında cinsellik hakkında sorular ve kaygılar oldukça sıktır, sorgulandığında kadınların üçte ikisinin cinsellik hakkında kaygılarının olduğu tespit edilmiştir<sup>1</sup>. Ancak kadın cinselliği halen tam aydınlatılmamış bir konudur<sup>2</sup>. Kadında cinsel yanıt oldukça değişken, fizyolojik, psikolojik ve kişisel faktörlerin etki ettiği kompleks bir süreçtir<sup>3</sup>.

Cinsel yanıtın kadının fiziksel ve ruhsal sağlığı için ne kadar önemini taşıdığı da bir başka merak konusudur. Yakın zamanda yapılan çalışmalarda çoğu kadın ve erkek iyi bir cinsel yaşamın “mutluluk” ile eşanlamlı, fiziksel ve duygusal tatminleri ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir<sup>3</sup>.

Kadın cinsel disfonksiyonuna çeşitli tanımlamalar getirilmiş olsa da bunlar normal kadın cinsel yanıtının temel özelliklerini tanımlama konusunda başarısız olmuşlardır. Bundan dolayı birçok epidemiyolojik ve klinik çalışmada normal cevap belirgin bir cinsel disfonksiyonun yokluğu olarak tanımlanmıştır. Kadın cinsel cevap siklusunun tam olarak anlaşılammış olmasından ve standardize edilmiş tanımlamaların yokluğundan dolayı kadın cinsel disfonksiyonunun gerçek prevalansını söylemek zordur<sup>4</sup>.

Tarihsel olarak uterus önemli fizyolojik fonksiyonların düzenleyicisi, enerji ve yaşam kaynağı, gençlik ve çekiciliği sağlayan cinsel organdır<sup>5</sup>. Bachmann'a göre ise uterus dişilik, doğurganlık, cinsellik, güç, enerji, gençlik, çekicilik sembolüdür ve hayatın ritmini kontrol eder. Çocuk arzusunun kadının çocuğunun olup olmamasına bakılmaksızın histerektomi sonrası depresyona yol açtığı öne sürülmüştür<sup>6</sup>. Günümüzde yapılan çalışmaların birçoğunda da kadınların yaklaşık yarısının histerektomi sonrası cinsel fonksiyon hakkında kaygılarının olduğu ve bunun operasyon öncesi anksiyetenin en sık sebebi olduğu belirlenmiştir<sup>7,8</sup>.

Kadınların yaklaşık üçte biri reproduktif dönemlerinde menorajiden yakınırırlar ve bu kadınlarda cinsel disfonksiyon beklenen bir yanıttır<sup>6,9</sup>. Disfonksiyonel uterin kanama, cinsel disfonksiyonun yanında ağrı ile ilişkili yakınmalara ve psikososyal sorunlara da yol açar. Birçok tedavi alternatifi

olmasına rağmen histerektomi bunlardan en efektif olanıdır<sup>9</sup>. Bu nedenle histerektominin önemli bir endikasyonudur<sup>6</sup>.

Histerektomi gelişmiş ülkelerde sezaryenden sonra en sık uygulanan cerrahi prosedürdür.<sup>10</sup> Benign endikasyonlarla yapılan histerektomi oranları gittikçe azalmakta olduğu halde 2000 yılında ABD (Amerika Birleşik Devletleri)'de 633 000 histerektomi uygulanmıştır<sup>6,11,12</sup>. Histerektomilerin %40'ı elektiftir ve bu elektif prosedürlerin anormal kanama, kronik pelvik ağrı ve semptomatik myomları tedavi ederek sağlıkla ilişkili genel yaşam kalitesini arttırması hedeflenir. Over kanseri riskini azaltmak, premenstrüel semptomları ve endometriozis ile ilişkili kronik pelvik ağrıyı azaltmak amacıyla histerektomi sırasında ooferektominin de tedaviye eklenmesi önerilmektedir<sup>13</sup>.

Histerektominin genel yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon üzerine olan etkileri değişkendir ve birçok faktörden etkilenir. Kadının operasyon öncesi ruhsal sağlığı, cinsel fonksiyonu, operasyon endikasyonu ve uygulanan teknik bu faktörlerden bazılarıdır. Operasyon sonrası hormon replasman tedavisi alıp almaması da postoperatif semptomlarını etkileyecektir. Konu ile ilgili 1940 ile 1970 yılları arasında yayınlanan ilk klinik çalışmalarda histerektominin artmış psikolojik morbiditeye ve psikiyatrik problemlere yol açtığı savunulmuştur. Ancak bu çalışmaların birtakım eksiklikleri olmuştur<sup>14</sup>.Günümüzde yapılan birçok prospektif randomize çalışma histerektominin cerrahi teknikten bağımsız olarak genel yaşam kalitesini ve cinsel fonksiyonu olumlu yönde etkilediğini ortaya koymuştur<sup>14,15</sup>. Histerektominin olumlu sonuçları arasında; anormal uterin kanamanın ortadan kalkması, menstrüel semptomların ve pelvik ağrı şikayetlerinin kaybolması, depresyon ve anksiyetenin azalması sayılabilir<sup>16</sup>.

Histerektomi ile ilgili rapor edilmiş olumlu sonuçlara rağmen kadınların küçük ama önemli bir kısmında histerektomi sonrası yeni semptomların ortaya çıktığı tespit edilmiştir<sup>17</sup>. Neden bazı kadınların olumlu bazılarının olumsuz sonuçlarla karşılaştığı konusu ise yeterince araştırılmamıştır. Kadınların olumsuz sonuçlarla karşılaşma riskini arttıran cerrahi teknik, konkomitan ooferektomi ya da psikososyal faktörler gibi spesifik faktörlerin olup olmadığı da tartışma konusudur<sup>18</sup>.

ACOG (American College of Obstetrics and Gynecology)'a göre yapılan histerektomilerin %70'i sebepsizdir ve tanısal değerlendirme ya da tedavi sürecindeki başarısızlıklardan dolayı uygulanmaktadır<sup>6</sup>. Her yıl yapılan histerektomilerin %6.6'sının hedeflenen sonuçları elde edemediği gösterilmiştir<sup>6,17,19</sup>. Histerektominin genel yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon üzerine olan etkileriyle ilgili olumlu raporların yanında bu tür sonuçların da bildirilmiş olması farklı tedavi seçenekleri ile ilgili arayışlara sebep olmuştur.

Uterusun alınması pelvik tabanın anatomisini ve bölgenin sinir desteğini etkilemektedir<sup>20</sup>. Histerektomi sırasında pelvik otonomik sinirlerin cerrahi hasarı ise vajinal duvarı besleyen damarların denervasyonuna sebep olur<sup>7</sup>. Cinsel disfonksiyon ile ilişkilendirilmiş olan bu durumlar, sinir koruyucu cerrahi ile ilgili arayışlara sebep olmuştur. Endometrial ablasyon, supraservikal histerektomi gibi sinir koruyucu cerrahi prosedürler total histerektomiye alternatif olarak önerilmiş ancak histerektomi oranlarını değiştirmekte başarısız olmuşlardır<sup>11,16</sup>. Farklı endikasyonlar ile yapılan çeşitli konservatif uterin cerrahi prosedürler ve farklı medikal tedavi yöntemleri de histerektomiye alternatif olarak araştırılmıştır<sup>9,12</sup>.

Bu çalışmadaki amaç; histerektominin ve organ koruyucu konservatif bir cerrahi prosedür olan myomektominin genel yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon üzerine olan etkilerini incelemektir.



## GENEL BİLGİLER

Histerektomi tanım olarak uterusun alınmasını ifade eder. Operasyon abdominal bir insizyondan ya da vajinal yoldan gerçekleştirilebilir. Yakın zamanda tarif edilen laporoskopik prosedürde uterus, laparoskopi yardımıyla çıkarılır. Hasta ayrıntılı anamnezi alınıp muayenesi yapıldıktan sonra bilgilendirilir ve kendisi için en iyi sonucu verecek cerrahi teknik seçilir<sup>1</sup>.

Total histerektomi tanımı uterus ve serviksin cerrahi olarak çıkarılmasını ifade ederken, subtotal histerektomide serviks korunur. Ooferektomi ise overlerin cerrahi olarak çıkarılmasını tanımlar. Ooferektomi menapoz öncesi dönemde uygulanırsa ovaryan hormon düzeyleri ani olarak düşer<sup>20</sup>.

Histerektomi en sık uygulanan majör jinekolojik cerrahi prosedürdür<sup>16</sup>. Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda yaklaşık 600 000 kadına histerektomi uygulanmaktadır ve 64 yaşına kadar Amerikan kadınlarının %40'ına bu operasyon uygulanmaktadır<sup>6,8,11,12,13,16,17,20,21</sup>. Uluslararası histerektomi oranları değişiklik gösterir; en yüksek oranlar ABD'ye, en düşük oranlar ise İsveç ve Norveç'e aittir<sup>18</sup>. Histerektomilerin %90'ı myoma uteri, disfonksiyonel uterin kanama, endometriozis, kronik pelvik ağrı ve prolapsus gibi benign endikasyonlar nedeniyle, menapoz öncesi dönemde yapılmaktadır ve çoğu zaman elektiftir<sup>12,16,22</sup>. Histerektomilerin küçük bir kısmı ise endometrium ve serviks kanseri nedeniyle yapılmaktadır<sup>1</sup>. Bu elektif prosedürün sağlıkla ilişkili genel yaşam kalitesini; anormal kanama, kronik pelvik ağrı ve semptomatik myomları tedavi ederek iyileştirmesi amaçlanır. Ooferektomi yaklaşık hastaların yarısına uygulanır; over kanseri riskini, premenstrüel semptomları ve endometriozis ile ilişkili kronik pelvik ağrıyı azaltması hedeflenir<sup>13</sup>.

### **Histerektominin Tarihçesi**

Histerektominin çok erken tarihlerde yapıldığını gösteren çok sayıda veri mevcuttur<sup>23,24</sup>. Bazı kaynaklarda ilk histerektominin Hipokrat döneminde, İ.Ö.5. yüzyılda yapıldığına dair veriler olmasına rağmen, 16. yüzyıldan önce yapıldığına dair kesin kanıta rastlanmamıştır<sup>24</sup>. Fabricus Haldanus(1560-1624), doğumdan sonra inversiyonu gerçekleştiren uterusun alınmasını ilk defa tarif etmiştir<sup>23</sup>. Ancak bilinen en yeni ve en iyi histerektomi tekniğine 19. yüzyılda

rastlanmaktadır<sup>24</sup>. İlk kayıtlı histerektomi, 1843 yılında İngiliz bilimadamı Charles Clay tarafından uygulanmıştır. Histerektomi başarılı bir şekilde gerçekleştirilmiş ancak hasta postoperatif 15. günde ölmüştür<sup>25</sup>. İlk abdominal histerektomiler sıklıkla ölüme yol açan postoperatif hemorajilerle seyretmiş, bu tarihten ancak on yıl sonra başarılı sonuçlar rapor edilmeye başlanmıştır<sup>24,25</sup>.

İlk uygulanan histerektomilerin hepsi subtotal abdominal histerektomi şeklindeydi. 1929 yılında total abdominal histerektominin tarif edilmiş olmasına rağmen, 1940'lı yılların sonuna kadar subtotal abdominal histerektomi standart cerrahi prosedür olarak kalmaya devam etmiştir. Subtotal histerektomi, total histerektomiden daha kolay ve cerrahi komplikasyon riski daha düşük olan bir prosedürdür. Serviks çıkarılmadığı için vajinal flora bakterilerinin peritoneal kaviteye ulaşma ihtimalinin olmaması ve dolayısıyla peritonit riskinin düşük olması antibiyotiklerin henüz keşfedilmediği bu dönem için önemli bir ayrıntıydı<sup>25</sup>.

Total abdominal histerektomi ilk olarak 1929 yılında Amerika'lı cerrah Richardson tarafından tarif edilmiş olup, serviks kanseri insidansını ve servikal stump ile ilgili semptomlarla karşılaşma riskini azaltmayı amaçlamıştır. 1950'li yıllarda penisilin ve diğer antibiyotiklerin keşfedilmesi ile birlikte total abdominal histerektomi benign ve malign hastalıkların tedavisinde en çok tercih edilen cerrahi prosedür haline gelmiştir<sup>26,27</sup>.

1970'li yıllarda serviks kanseri için kanser tarama programlarının tarif edilmesi ve invaziv serviks kanseri insidansının azalması ile birlikte total ve subtotal histerektomi ile ilgili tartışmalar tekrar gündeme gelmiştir<sup>27</sup>.

Laparoskopi yardımıyla vajinal histerektomi (LAVH) 1980'li yıllarda tanımlanmış, komplikasyon oranlarını azaltıp, cerrahi başarı oranlarını arttırması dolayısıyla o günden bu yana tercih edilen bir prosedür haline gelmiştir. Hastanede kalış süresini kısaltarak maliyeti azaltması diğer avantajları arasında sayılır. Vajinal histerektomi, postoperatif enfeksiyon insidansının azlığı, daha kısa hospitalizasyon süresi ve daha hızlı iyileşme oranları dolayısıyla uzun bir süre abdominal histerektomiye alternatif olarak uygulanmıştır. Ancak günümüzde LAVH'nin vajinal yoldan uygulanması güç histerektomilerde abdominal histerektominin yerini alması hedeflenmektedir<sup>17</sup>.

Histerektomi oranlarında son otuz yılda az da olsa bir azalmanın olduğu rapor edilmiştir<sup>6</sup>. Amerika'da yapılan son çalışmalara göre histerektomilerin %60'ı abdominal, %30'u vajinal, %10'u ise laparoskopi yardımıyla vajinal yoldan yapılmaktadır<sup>6,17</sup>.

Histerektomi tarihine dönülüp bakıldığında sadece 150 yıllık bir zaman zarfında tehlikeli bir operasyon olmaktan çıktığını görmekteyiz. 20. yüzyılın ilk yarısında histerektomi, antibiyotik ve kan transfüzyonlarının yapılmaya başlamasıyla sık uygulanan güvenli bir cerrahi teknik halini almaya başlamıştır. Pekçok merkezde histerektominin mortalite oranı %1-2 olarak rapor edilmektedir. Bununla birlikte yüksek morbidite oranları halen devam etmekte olup, histerektomi endikasyonu doğru olarak konulmalıdır<sup>24</sup>.

### **Histerektomi Endikasyonları**

Histerektomi en sık uygulanan majör jinekolojik cerrahi prosedürdür<sup>2,10,19,28</sup>. Uterusun gereksiz, kanayan, semptom yaratan ve potansiyel kanser kaynağı olduğu düşüncesinin değişmesiyle birlikte son 30 yılda histerektomi oranları azalma eğilimine girmiştir. Ancak buna rağmen ACOG'a göre histerektomilerin %70'i endikasyonsuz yapılmaktadır<sup>6</sup>.

Histerektominin en sık endikasyonu leiomyomlardır<sup>17</sup>. Histerektomi sonrası küçük bir hasta grubunda yeni semptomların ortaya çıkması ve hastaların %6.6'sında hedeflenen sonuçların elde edilememesi endikasyonların tekrar gözden geçirilmesine ve operasyonun gereksiz, aşırı kullanımı ile ilgili tartışmaların ortaya çıkmasına yol açmıştır<sup>17,29</sup>.

Tablo 1'de histerektominin sık endikasyonları yer almaktadır.

**Tablo 1.** Histerektomi Endikasyonları.

<b>Benign Hastalıklar</b>	<b>Malign Hastalıklar</b>
Leiomyoma	Servikal intraepitelyal neoplazi
Anormal uterin kanama	İnvazif servikal kanser
Adenomyozis	Atipik endometrial hiperplazi
Endometriozis	Endometrial kanser
Pelvik organ prolapsusu	Over kanseri
Kronik pelvik ağrı	Tuba uterina kanseri
Gebelikle ilgili hastalıklar	Gestasyonel trofoblastik tümörler

## Kadın Cinsel Fonksiyonu

Kadında cinsel yanıt çok kompleks ve değişkendir; fizyolojik, psikolojik, kişisel birçok faktörden etkilenir<sup>3,4</sup>. Yakın zamana kadar kadın cinselliği ile ilgili yapılan araştırmaların sayısı çok sınırlı kalmıştır. İyi tanımlanmış tanısız klasifikasyon sistemlerinin olmayışı bunun en önemli sebeplerindendir<sup>4</sup>.

Kadın cinselliğini etkileyen temel faktörler tanımlanmış olsa da sosyokültürel ve öğrenilmiş faktörlerin etkisi gözardı edilmemelidir. Alfred Kinsey, Masters ve Johnson gibi konunun ilk araştırıcıları kadın hastalarının cinsel cevap eğrilerinde önemli derecede değişkenlik olduğunu tespit etmişlerdir. Bu gözlem geçtiğimiz iki dekat boyunca yapılan araştırma ve laboratuvar çalışmalarında da doğrulanmıştır<sup>3,4</sup>.

Kadın cinsel yanıtının kompleks ve oldukça değişken doğası göz önünde bulundurulduğunda “normal cinsel yanıt” tanımı konusunda fikir birliğinin olmaması şaşırtıcı değildir. Kadın cinsel disfonksiyonuna çeşitli tanımlamalar getirilmiş olsa da bunların hiçbirisi normal kadın cinsel yanıtının temel özelliklerini tarif etme konusunda başarılı olamamışlardır. Dolayısıyla birçok klinik ve epidemiyolojik çalışmada normal yanıt aşık cinsel disfonksiyonun olmaması olarak tanımlanmıştır<sup>4,30</sup>.

Kadının cinsel yanıtında ve cinsellik ile ilgili beklentilerinde kültürel ve etnik farklılıkların da önemli rolü vardır. Kadınların verdiği cinsel yanıtta kültürden kültüre temel farklılıklar gözlemek mümkündür. Cinsellik ile ilgili beklentiler, batı kültürlerinde oldukça fazla iken, geleneksel Asya ve Afrika kültürlerinde son derece azdır. Cinsel konular hakkında iletişim kurmak bazı kültürlerde kabul edilebilir olmayabilir. Daha geleneksel toplumlarda, kadının cinsel ihtiyaçlarını partneri ile paylaşıp cinsel sorunları hakkında tartışması zordur. Bu nedenle geleneksel ve dini ağırlıklı toplumlardaki kadınların, cinsel sorunları ve disfonksiyonları için profesyonel yardım istemesi mümkün olmayabilir. Özetle; kadın cinselliği kişiden kişiye, kültürden kültüre farklılıklar gösterebilir, sosyal ve kültürel faktörler cinsellik hakkındaki beklentileri şekillendirebilir<sup>3</sup>.

Geleneksel olarak kadın cinsel yanıt siklusunun temelini, 1960 yılında Masters ve Johnson tarafından tanımlanan “lineer progresyon modeli”

oluşturmuştur. Bu modelde dört fazdan oluşan lineer bir progresyonun olduğu öne sürülmüştür. Cinsel yanıt siklusunun ilk fazı istek ve ilgidir, bunu takip eden dört faz sırasıyla; uyarılma, plato, orgazm ve rezolüsyon fazlarıdır<sup>1,4</sup>. Bu model daha sonra Kaplan tarafından modifiye edilmiş; istek, uyanış ve orgazm fazlarından oluşan üç fazlı model kabul görmüştür<sup>31</sup>. Bu yeni model DSM-4 (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 4th edition)'ün kadın cinsel disfonksiyonu klasifikasyonunun da temelini oluşturmuştur<sup>4</sup>.

Yakın zamanda kadın cinsel yanıtının farklı aşamalarının birbirinin yerini alıp, birbirini destekleyebileceği farkedilmiş, bu bağlamda Basson duygusal yakınlık ve fiziksel tatmini temel alan siklik bir model öne sürmüştür. Bu modele göre birçok fizyolojik/organik ve psikolojik faktör, kadının cinsel yanıtını etkileyebilir. Kadında spontan istek, erkeğe göre daha nadir olmasına rağmen, cinsel istek bu modelin merkezini oluşturur<sup>1,32</sup>. Kadın cinsel cevap siklusuna girdiğinde cinsel istek çeşitli faktörler tarafından tetiklenir, bunun yanında kadın cinsel ilişkiye girmeden veya orgazm yaşamadan da tatmin olabilir<sup>1,4</sup>.

Kadın cinsel yanıt siklusunun bu kadar karmaşık olmasından ve yakın zamana kadar standart tanımlamaların yokuşundan dolayı kadın cinsel disfonksiyonunun kesin prevalansını bilmek çok zordur. ABD'de 1992 yılında 18 ile 59 yaşları arasındaki 1749 kadında yapılan bir araştırmada (National Health and Social Life Survey) cinsel disfonksiyon oranı %43 olarak rapor edilmiş ve cinsel isteksizlik en sık şikayet olarak tespit edilmiştir<sup>30</sup>.

Kadın cinsel yanıtının fizyolojisi incelendiğinde, subjektif uyarılmanın vazokonjestif ve nöromusküler olaylara yol açtığı görülür. Spinal ve santral yollar mevcuttur. Santral sinir sisteminde medial preoptik, anterior hipotalamik ve limbohipokampal alanların kadın cinsel yanıtında önemli olduğu tespit edilmiştir. Daha sonra bu alanlardan periferal sinir sistemi aracılığıyla, vaskülojenik ve musküler cevapları kontrol eden uyarılar iletilir. Çeşitli nörotransmitter ve nöropeptidin cinsel fonksiyonu düzenlediği; bunun yanında seks steroidlerinin de bu mekanizmalara etki ettiği tespit edilmiştir<sup>4</sup>.

Cinsel uyarılma sırasında kanlanmadaki artışın sonucu olarak genital vazokonjesyon oluşur. Cinsel uyarılma; labialarda genişleme, artmış vajinal

lubrikasyon, vajenin uzunluk ve genişliğinde artma, klitoris uzunluğunda ve çapında artış ile karakterizedir<sup>4</sup>.

Vajen düz kası, levator ani, perineal membran ve diğer pelvik taban kasları da kadın cinsel yanıtına katılır<sup>4</sup>.

Birçok biyolojik, psikolojik, kişisel ve sosyokültürel faktörün kadın cinsel fonksiyonunu etkilediği bilinmektedir. Kadın cinsel yanıtını etkileyen fizyolojik faktörler arasında; kronik hastalıklar, spinal kord yaralanmaları, ooferektomi ve çeşitli medikasyonlar sayılabilir. Bunun yanında depresyon ile cinsel disfonksiyon arasında kuvvetli bir ilişkinin olduğu, kadının partnerine olan duygusal yakınlığının ve genel duygusal iyilik halinin de cinsel fonksiyonu etkileyen diğer faktörler arasında olduğu bilinmektedir<sup>4,33</sup>.

1998 yılında uluslararası multidisipliner bir konsensus panelinde kadın cinsel fonksiyonu ile ilgilenen önde gelen bilimadamları kadın cinsel disfonksiyonu ile ilgili mevcut tanımlamaları ve klasifikasyonları yeniden gözden geçirmiştir. Bu değerlendirmelerin sonucunda revize edilmiş AFUD (American Foundation of Urological Disease; Amerikan Ürolojik Hastalıklar Topluluğu) Klasifikasyon Sistemi 2000 yılında yayınlanmıştır. Bu klasifikasyon sistemi daha sonra tekrar revize edilip genişletilmiş, alt gruplar oluşturulmuştur. Kadın cinsel disfonksiyonunun en önemli tanı kriteri, problemin kişide strese yol açması gerektiğidir<sup>4,34</sup>. AFUD Klasifikasyon Sistemi Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Tablo 2.** Kadın Cinsel Disfonksiyonu Klasifikasyonu.

**Hipoaktif cinsel istek bozukluğu**

**Cinsel aversiyon bozukluğu**

**Cinsel uyarılma bozukluğu**

- Subjektif uyarılma bozukluğu
- Genital uyarılma bozukluğu
- Kombine uyarılma bozukluğu

**Orgazm bozukluğu**

**Cinsel ağrı bozukluğu**

- Vajinismus
- Disparoni
- Diğer cinsel ağrı bozuklukları

Kadın cinsel disfonksiyonunun klinik değerlendirmesinde, her partnerle ayrı ayrı ve çift olarak görüşmeler yapılır. Değerlendirme medikal, psikososyal ve cinsel anamnezi, jinekolojik muayeneyi de içeren fiziksel muayeneyi kapsamalıdır. Kadın cinsel disfonksiyonunun değerlendirilmesinde kullanılan, geçerliliği kanıtlanmış çok sayıda anket mevcuttur<sup>4</sup>.

Kadın cinsel disfonksiyonunun tedavisi etyolojiye yöneliktir; eğitim, psikoterapi, davranış terapisi ve nadiren de ilaç tedavisine ihtiyaç duyar<sup>4</sup>.

### **Histerektominin Kadın Cinsel Fonksiyonu Üzerine Olan Etkileri**

Geçmişte çeşitli medikal ve cerrahi tedavilerin kadın cinsel fonksiyonu üzerine olan etkileri fazla önem taşımazdı. Zamanla cinselliğin hakkında fikir beyan edilebilir bir hal almasıyla tedavi alternatiflerinin cinsel fonksiyon üzerine olan etkilerine önem verilmeye başlanmıştır<sup>25</sup>. 1970'li yıllardan itibaren de konu hakkındaki tartışmalar gittikçe hız kazanmıştır<sup>35</sup>.

Histerektomi teorik olarak cinsel cevap siklusunun herhangi bir basamağını etkileyebilmektedir. 1970'lerden, 1990'lı yılların başlarına kadar yapılan retrospektif çalışmalarda histerektominin, kadınların %10-53'ünde cinsel fonksiyonu olumsuz olarak etkilediği rapor edilmiştir. Yakın zamanda yapılan prospektif çalışmalarda ise histerektominin, hastaların büyük bir kısmında cinsel fonksiyonlarda belirgin iyileşme sağladığı ancak %10-25'lik bir grup hastada yeni semptomların ortaya çıkabileceği gözlenmiştir<sup>6</sup>.

Uterusun alınmasıyla, pelvik anatomisinin barsak, mesane ve sinirler de dahil olacak şekilde değişerek cinsel fonksiyonu olumsuz etkileyebileceğini gösteren çok sayıda bulgu vardır<sup>25,36</sup>. Serviksin de çıkarıldığı total histerektomi vajenin kısalmasına sebep olabilir ve bunun sonucunda cinsel ilişki sırasında duyusal değişiklikler ve ciddi disparoni ile karşılaşılabilir<sup>19,25</sup>. Histerektomi sonrası vajen uzunluğunu değerlendiren fazla sayıda çalışma olmamakla beraber mevcut çalışmalarda histerektominin vajen uzunluğunda yaklaşık 1-4 cm'lik kısalmaya sebep olduğu tespit edilmiştir<sup>6</sup>. Cerrahi doku hasarı, adezyon formasyonu ve vajen kafında skar dokusu oluşumunun da disparoniye sebep olduğu öne sürülmüştür<sup>19,25</sup>. Cinsel ilişki sırasında pelvik organların hareketliliğinin ve üst vajenin cinsel uyarılma sırasındaki genişleme kabiliyetinin azalması da cinsel fonksiyonu etkileyebilir. Üst vajenden dokunmaya duyarlı

dokunun alınmasıyla, cinsel uyarılmada ve multipl orgazm ihtimalinde azalma olacağı düşünülmektedir<sup>36</sup>.

Uzun yıllar boyunca uterus ve serviksin orgazmın fizyolojisinde önemli rol oynadığı düşünülmüştür. Orgazm nörolojik genital bir reflekstir. Bifazik motor yanıtta öncelikle fallop tüpleri, uterus ve paraüretal skene bezlerinin düz kaslarında kontraksiyonlar gerçekleşir. İkinci fazda pelvik taban, perine ve anal sfinkter çizgili kaslarında kasılmalar gerçekleşir. Orgazm hissini, internal genital organ kasılmalarının oluşturduğu duyusal stimulusun beyine ulaşmasıyla oluştuğu düşünülmektedir<sup>25</sup>. Masters ve Johnson da orgazm sırasında vajinal kaslardaki kasılmaya, uterus düz kaslarının ritmik kasılmasının eşlik ettiğini gözlemlemişlerdir. Bu gözlemler ışığında orgazm sırasında uterin kontraksiyon hisseden kadınlarda, uterusun cerrahi olarak çıkarılmasıyla orgazm kalitesinin etkilenebileceği öngörülmüştür<sup>6,36</sup>.

Vajinal duvarlar dokunmaya duyarsızken, serviks dokunmaya duyarlıdır ve serviksin uyarılmasıyla orgazmın tetiklendiği düşünülmektedir. Ayrıca orgazm sırasında servikal osta dilatasyon gerçekleşir, böylelikle konsepsiyon ihtimali artar. Bu nedenlerden dolayı serviksin orgazm fizyolojisinde uterus kadar önemli olduğu iddia edilmiştir<sup>6</sup>.

Bütün bu mekanizmalar öngörülen ibarettir; yakın zamanda yapılan çalışmaların büyük bir kısmında uterus ve serviksin orgazm için gerekli olmadığı söylene de kadın cinsel fonksiyonu için olan önemleri hala bilinmemektedir. Örneğin yapılan son prospektif çalışmalarda histerektomi sonrası kadınların %15-25'lik bir grubunda orgazm sıklığının olumsuz olarak etkilendiği tespit edilmiştir<sup>6</sup>.

Teorik olarak histerektominin çok farklı mekanizmalarla cinsel disfonksiyona yol açtığı öne sürülmüştür. Öne sürülen önemli mekanizmalardan birincisi; uterus ve/veya serviks ve/veya üst vajenin alınmasıyla doku kalitesindeki azalmanın, pelvik vazokonjesyonda azalmaya yol açtığı teorisi. İkincisi; pelvis kanlanmasıdaki değişikliğin, otonomik sinir hasarına yol açarak yeterli lubrikasyon cevabını engellediği düşüncesidir. Üçüncüsü; vajen üst kısmındaki skar dokusu oluşumunun cinsel uyarılma sırasında vajenin genişlemesini engelleyip cinsel disfonksiyona yol açtığı fikridir. Ayrıca servikal



mukusun da cinsel uyarılma sırasında lubrikasyon cevabına önemli katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Dördüncüsü ise histerektomi-ooferektomi sonrasında östrojen ve androjen yetersizliğinin vajinal kuruluk, atrofi, azalmış lubrikasyon ve cinsel uyarılma bozukluklarına sebep olduğu düşüncesidir<sup>6</sup>.

Otonomik sinirler internal genital organ damarlarını inerve eder, vazokonjesyon ve lubrikasyonun nöral kontrolünü sağlarlar<sup>37</sup>. Kadında genital vazokonjesyon ve lubrikasyon birbirleriyle ilişkilidir; genital vasküler yatağın genişlemesi vajinal kapiller damarların içindeki basıncı arttırarak vajen yüzey epitelinin lubrikasyonuna sebep olur<sup>16</sup>.

Yakın zamanda yapılan anatomik ve cerrahi çalışmalarda, total histerektomi sırasında pelvik otonomik sinirlere olan cerrahi travmanın, vajinal damarların inervasyonunu, dolayısıyla cinsel uyarılma sırasındaki vajinal vazokonjesyonu ve lubrikasyon yanıtının nöral kontrolünü parsiyel olarak etkilediği gösterilmiştir<sup>7,25</sup>. Bu görüşün nöroanatomik temelini, vajenin otonomik sinir sistemi tarafından kontrol edilen tek bir damar pleksusu tarafından beslenmesi oluşturur. Vajeni inerve eden sinirler, otonomik sinir sistemi için tipik olan nitrik oksit sentaz (NOS), kalsitonin geni ile ilişkili peptid (CGRP), nöropeptit Y (NPY) ve vazoaktif intestinal peptit (VIP) gibi nöromedyatörler içerir. Basit ve radikal histerektomi rezeksiyon materyallerinin patolojik incelemesinde, immünohistokimyasal boyama sonrasında her iki histerektomi tipinin de sinir yaralanmasına yol açtığı tespit edilmiştir<sup>25</sup>.

Uterusu destekleyen ligamentler, duysal, duysal-motor, sempatik ve parasempatik tipte sinirler içerir<sup>16</sup>. Histerektomi sırasında pelvik pleksus dört yolla yaralanabilir: kardinal ligamentin kesilmesi sırasında pleksusun uterin arterin altından geçen ana dalları yaralanabilir, mesanenin uterus ve serviksten künt diseksiyonu sırasında mesane inervasyonunu sağlayan sinirlerin önemli kısmı mesane tabanına girdiği yerde yaralanabilir, paravajinal dokunun aşırı diseksiyonuyla vajenin lateralinden geçen pelvik nöronlar yaralanabilir, serviksin çıkarılması pelvik pleksusun geniş bir segmentinin kaybına sebep olur<sup>5</sup>.

Pelvis cerrahisi ile ilgilenen cerrahların birçoğu otonomik sinirlerin normal kadın cinsel fonksiyonu için ne kadar önemli olduğunu yakın zamana

kadar bilmemekteydi. Bu durum, pelvik otonomik sinirlerin cerrahi anatomisi ve kadın cinsel yanıtının nörofizyolojisinin bilinmemesi ile ilgilidir<sup>25</sup>.

Pelvik otonomik sinirlerin temel anatomisi, süperior hipogastrik pleksus (SHP), hipogastrik sinir, inferior hipogastrik pleksus (IHP) ve pelvik splanknik sinirlerden oluşur<sup>25</sup>. Kadın genital organlarının otonomik inervasyonu SHP tarafından sağlanır; SHP ayrılarak IHP'ü oluşturur. IHP ardından kardinal ve uterosakral ligamentlere ulaşır, son dalları ise uterus, vajen ve klitorisi inerve eder<sup>14,25</sup>.

Spinal kord yaralanması sonrası yapılan çalışmalarda ve radikal histerektomi sonrası elde edilen verilerde, IHP'un kadın cinsel uyarılmasında önemli rol oynadığı tespit edilmiştir. Dış genital organ duyularının IHP ile ilgisi yoktur. Labiaları ve klitorisi pudental sinir inerve eder. Pudental sinir, pelvik tabandaki bir kanaldan geçerek eksternal genital organlara ulaşır, dolayısıyla histerektomi sırasında yaralanma olasılığı yoktur<sup>25</sup>.

Benign endikasyonlarla yapılan basit abdominal histerektomi sonrası cinsel disfonksiyonun nadir olmasının sebebi cerrahi prosedürün radikalliği azaldıkça sinir hasarının daha az olmasıdır<sup>7,36</sup>. Serviks kanseri için yapılan radikal histerektominin, benign endikasyonlarla yapılan histerektomiden daha fazla sinir hasarına yol açtığı tespit edilmiştir. Maksimum onkolojik radikalliği sağlamak amacıyla uterus ve serviks, lateral, anterior ve posterior ligamentleri ile birlikte çıkarılır<sup>36,38</sup>. Kadın iç genital organlarını inerve eden otonomik sinirler anatomik olarak uterusu destekleyen bu ligamentler içinde seyrederler ve dolayısıyla cerrahi hasarları kaçınılmaz olacaktır<sup>16,25</sup>. Bundan ötürü serviks kanseri için yapılan radikal histerektominin, cinsel disfonksiyona yol açma olasılığı, benign endikasyonlar için yapılan histerektomiden daha yüksektir. Yakın zamanda tarif edilen sinir koruyucu cerrahi tekniklerin, postoperatif mesane ve barsak fonksiyonlarını koruyup cinsel disfonksiyonu önlemesi amaçlanmaktadır.

Bütün bu veriler histerektomi sırasındaki otonomik sinir hasarının spesifik cinsel disfonksiyonlara yol açtığını göstermektedir. IHP'ye ait sempatik sinir desteğinin bozulması kadın iç genital organ duyularını ve lubrikasyonu

etkilemekte; parasempatik sinir hasarı ise vazokonjesyonda değişikliklere sebep olmaktadır<sup>39</sup>.

Genital organların fizyolojik yanıtı istemsiz bir reflektir ve otonomik sinir sistemi tarafından kontrol edilir. Pelvik otonomik sinirlerin cerrahi yaralanması vajinal kan akımında değişikliklere sebep olur. Uterin cerrahi sonrası vajinal kan akımında görülen azalma, cerrahinin radikalliği ile artan vajina denervasyonu ile açıklanmaktadır. Vajinal kan akımındaki azalma cinsel uyarı sırasında maksimum vajinal atım amplitüdünde (VPA; vaginal pulse amplitude) azalmaya sebep olur. Radikal histerektomi yapılan hastalarda cinsel uyarı sırasındaki maksimum VPA'da basit histerektomi ile karşılaştırıldığında daha belirgin derecede azalma tespit edilmiştir<sup>6</sup>.

Benign endikasyonlarla uterusları alınan hastalar operasyon sonrası cinsel fonksiyonları ile ilgili herhangi bir olumsuzluğa, hayatı tehdit eden bir hastalıkları olmasına karşın kendilerini hala cinsel olarak aktif gören radikal histerektomi yapılan hastalardan daha fazla tepki göstermektedirler<sup>6</sup>.

Sinir hasarı teorisi ideal cerrahi teknik ile ilgili tartışmalara da sebep olmuştur. Bu tartışmanın merkezini oluşturan soru, benign endikasyonlarla yapılan subtotal histerektominin cinsel disfonksiyon oranlarını azaltıp azaltmadığıdır<sup>25</sup>. Serviks pelvik anatomisinin stabilizasyonunu sağlar. Yapılan tartışmalarda, total histerektomi sırasında Frankenhauser uterovajinal pleksusunun hasar görmesiyle birlikte önemli mesane, barsak ve cinsel disfonksiyonun olabileceği de öne sürülmüştür<sup>6</sup>. Subtotal histerektomide anatomik hasarın minimal olacağı ve cinsel disfonksiyona total histerektomiden daha az sebebiyet vereceği düşünülebilir. IHP'nin anatomik lokalizasyonu serviks ve lateral forniks seviyesinde olduğundan, subtotal histerektomide olduğu gibi servikse cerrahi müdahalenin yapılmadığı hallerde pleksusun hasar görme olasılığı daha düşük olacaktır<sup>25</sup>. Ancak çalışmaların birçoğunda total histerektomi sırasında lokal inervasyonun ve anatomik yapının daha geniş hasara uğradığının görülmesine rağmen bunun cinsel disfonksiyonda artışa neden olmadığı tespit edilmiştir. Total ve subtotal histerektomiden sonra önemli pelvik organ disfonksiyonunun olmamasının sebebi otonomik sinir içeriğinin büyük kısmının uterosakral ve kardinal ligamentlerin lateral 2/3 kısmında

olmasıdır. Basit histerektomi sırasında ligamentler medial 1/3 kısmından kesilir.<sup>5</sup> Son yıllarda subtotal histerektominin tekrar popularite kazanmasının sebebi operasyonda mesanenin daha az mobilize edilmesi ve üreter hasarı ihtimalinin daha az olmasıdır. Ayrıca yara yeri enfeksiyonu, hematoma ve vajinal granülasyon gibi komplikasyonların oranı daha düşüktür. Hastaların yaklaşık %7'sinde siklik vajinal kanamanın rapor edilmesi ve servikal kanser tarama programı olmayan ülkelerdeki serviks kanseri riski göz önünde bulundurulduğunda subtotal histerektomi gereksiz görünmektedir.<sup>2</sup>

Histerektomi sonrası cinsel ilgiyi etkileyen diğer iki önemli faktör hormonal ve psikolojik değişikliklerdir<sup>6</sup>. Özellikle premenopozal kadınlarda histerektomiye bağlı ortaya çıkan hormonal değişiklikler cinsel disfonksiyona yol açabilir. Postmenopozal kadınlardaki fizyolojik ovarian yetmezlikte, östrojen ve androjen seviyelerinde belirgin düşüş ortaya çıkar<sup>25</sup>. Ovarian hormonlardaki bu düşüş cinsel istekte azalmaya ve depresyona sebep olur. 45 yaşın altında histerektomi-ooferektomi yapılan hastaların üçte birinde cinsel istekte azalma olduğu tespit edilmiştir<sup>6,25</sup>. Östrojen seviyelerindeki fizyolojik değişiklik vajinal lubrikasyonda azalma, dispareni gibi organik cinsel disfonksiyonlara da yol açabilir. Androjen eksikliğinin ise libido ve cinsel uyarılmada azalmaya sebep olduğu bilinmektedir<sup>25</sup>. Histerektomi yapılan hastaların yaklaşık yarısında overler cerrahi olarak çıkarılırken, geri kalanların önemli kısmında da histerektomiye bağlı erken ovarian yetmezlik gelişebileceği iddia edilmektedir<sup>6</sup>. Premenopozal dönemde overlerin cerrahi olarak çıkarılmasının, fizyolojik menopozda olduğu gibi östrojen ve androjen seviyelerinde ani ve belirgin düşüşe yol açtığı, dolaşımdaki testosteron seviyelerinin %50 oranında azaldığı tespit edilmiştir<sup>14,25</sup>. Premenopozal histerektominin, overlere müdahale edilmediği sürece ovarian yetmezliğe yol açmaması beklenir ancak bazı araştırmacılar premenopozal histerektominin erken ovarian yetmezliğe yol açabileceğini tespit etmişlerdir<sup>25</sup>.

Histerektominin overlerin kanlanması bozduğu düşünülmektedir. Overlerin kanlanması ovarian arter tarafından sağlanır. Ovarian arterler, overlere pelvik yan duvarda seyrederek ulaşırlar ve histerektominin cerrahi alanı içerisine girmezler. Overlere ulaştıktan sonra ovarian arterler fallop tüpü

boyunca ilerleyerek uterusun üst kısımlarını kanlandırırlar. Ooferektominin yapılmadığı durumlarda fallop tüplerinin bağlanması histerektominin önemli bir basamağıdır ve bu işlem arterin devamlılığını etkileyecektir. Cattana histerektomi ve tubal ligasyonda yapıldığı gibi ovarian arterin devamlılığının bozulduğu durumlarda arterdeki kan akış dinamiklerinin etkilenip ovarian mikrosirkülasyonun hasar görebileceğini öne sürmüş, tubal ligasyon yapılan yedi hastanın dördünde östrojen üretiminin azaldığını göstermiştir<sup>25</sup>.

Bilateral overleri korunarak abdominal histerektomi yapılan hastaları doğal olarak menopoza giren hastalarla karşılaştıran klinik çalışmalarda, histerektomize gruptaki ovarian yetmezlik yaşının, doğal menopoz yaşından yaklaşık dört yıl daha erken olduğu görülmüştür. Ayrıca bir overi alınmış hastalardaki ovarian yetmezlik yaşının da her iki overi korunmuş hastalarinkinden yaklaşık dört yıl daha erken olduğu tespit edilmiştir.<sup>10</sup> Bu bulgular ışığında bilimadamları histerektomi ile prematür ovarian yetmezlik arasında nedensel bir ilişki olduğuna karar vermişlerdir. Bu çalışmaların sonuçları histerektomize kadınlarda vazomotor semptom ve vajinal kuruluk şikayetlerinin daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Ovarian yetmezliğin FSH ve LH seviyelerinde belirgin yükselmelere yol açtığı ve histerektomize kadınlardaki değerlerin de belirgin olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir. Prematür ovarian yetmezlik, östrojen seviyelerinde olduğu kadar androjen seviyelerinde de düşüslere yol açar. Histerektominin prematür ovarian yetmezlik ile olan ilişkisi tartışmalı iken, overleri korunmuş histerektomize kadınlarda androjen eksikliğinin cinsel disfonksiyon ile olan ilişkisi de net değildir<sup>25</sup>.

Premenopozal kadınlarda, histerektomiye ooferektomi eklendiğinde östrojen üretiminde oluşan ani azalma hipoöstrojenizm bulgularına sebep olur; vajinal atrofi ve cinsel uyarılma sırasında azalmış vajinal vazokonjesyon bunlardan bazılarıdır. Overler aynı zamanda androjen üretiminden de sorumlu olduklarından ooferektomi serum androjen seviyelerinde azalmaya sebep olur. Ooferektomi sonrasında total ve serbest testosteron seviyelerinin %40-50 oranında azaldığı görülmüştür.<sup>41</sup> Androjenler libido, cinsel uyarılabilirlik ve memnuniyet için gerekli olduğundan postmenopozal ooferektomize kadınlarda cinsel disfonksiyon için androjen tedavisinin etkili olabileceği düşünülmüştür.<sup>40</sup>

Suprafizyolojik androjen seviyelerine yol açılmadığı müddetçe, androjen desteğinin özellikle oofektomize kadınlarda cinsel fonksiyonda iyileşmeye yol açacağı düşünölmüş ancak FDA (Food and Drug Administration; Gıda ve İlaç Yönetmeliğı) kadın cinsel disfonksiyonunda kullanılmak üzere hiçbir androjen preparatına onay vermemiştir<sup>14,25</sup>.

Histerektomi sonrası cinsel istekteki azalmanın hormonal değışiklikler kadar depresyon ve bozulmuş vücut imajı gibi psikolojik faktörlere de bağılı olabileceğı düşünölmüştür. Teorik olarak öne sürölen bu iddialara rağmen yapılan birçok iyi dizaynlı prospektif çalışmada görölmüştür ki; histerektomi sonrası cinsel istek ya artmış ya da değışmemiştir<sup>6</sup>. Ayrıca hormonal değışiklikler ile psikolojik iyilik hali arasında da ilişki bulunamamıştır. Premenopozal histerektomize kadınlarda fertilitte kaybının çoğı zaman anksiyeteye sebep olduğı düşünölmüşse de bununla ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır. Farquhar ve arkadaşlarının yayınladığı bir seride yalnızca histerektomi yapılan hastaların %5'i fertilitte kaybı dolayısıyla üzüntü duyarken, histerektomiye oofektomi eklendiğinde hastaların %13'ü üzüntölüdür<sup>14</sup>.

Kadının operasyon öncesi ve sonrası cinsel yaşam kalitesi; yaş, ırk, ruhsal sağılık, kişiler arası ilişki ve sosyoekonomik statüden etkilenir<sup>25</sup>. Düşük aylık geliri olan hastalarda, eğitimden ve ıktan bağımsız olarak daha olumsuz sonuçlarla karşılaşılır. Histerektomi ister tek başına ister oofektomi ile birlikte yapılsın psikolojik disfonksiyon, psikiyatrik hastalık ve depresyon ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir<sup>6,14</sup>. Çalışmaların çoğı ruhsal sağılık ve genel yaşam kalitesinin histerektomi sonrasında iyileştiğini göstermiştir. Altta yatan psikiyatrik problemleri olan hastalar operasyondan en az fayda gören grubu oluşturmaktadır. Histerektomiye oofektominin eklenmesinin sonuçları olumsuz etkileyen faktörler arasında olduğunu, oofektomize hastalarda anksiyete ve depresyonun overleri korunan hastalardan daha fazla olduğunu belirten çalışmalar olsa da bunlar altta yatan psikiyatrik probleme de işaret ediyor olabilir<sup>14</sup>. Cinsel fonksiyonu olumlu olarak etkileyen psikososyal faktörler arasında ise partner ile olan sağılıklı ilişki, ekonomik kaygıların ve önemli yaşam kaygılarının olmaması sayılabilir<sup>25</sup>.

Histerektomi sonrası kadın cinsel fonksiyonunu etkilediği öne sürülen faktörler Tablo 3'de özetlenmiştir.

**Tablo 3.** Histerektomi Sonrası Cinsel Fonksiyonu Etkileyen Faktörler.

1. Pelvik vazokonjesyonda azalma
2. Otonomik sinir hasarına bağlı lubrikasyonda azalma
3. Üst vajende doku hasarı/adezyon formasyonu
4. Ovarian hormon kaybına bağlı değişiklikler
5. Psikolojik değişiklikler

Maryland Kadın Sağlığı Çalışması 1992-1993 yılları arasında Maryland'de yapılan 1299 kadını kapsayan prospektif bir çalışmadır<sup>25</sup>. Bu çalışmada histerektomi sonrası cinsel fonksiyon, genel sağlık ve yaşam kalitesinin iyileştiği ancak histerektominin bütün kadınlar için efektif bir tedavi yöntemi olmadığı tespit edilmiştir. Operasyon sonrası semptomları devam eden kadınların birçoğunun operasyon öncesinde psikiyatrik sorunlarından dolayı tedavi almakta olan, düşük gelirli kişiler olduğu görülmüştür. Ooferektomi yapılan hastalar ile overleri korunan hastalar da karşılaştırılmış, depresyon ve ooferektominin operasyon sonrası anorgazmi ile ilişkili olabileceği kanısına varılmıştır. İlginç olarak histerektomi öncesi depresyon, operasyon sonrası disparoni, vajinal kuruluk, düşük libido ve operasyon sonrası orgazmın olmaması ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca her bir cinsel problemin preoperatif mevcudiyeti operasyon sonrası aynı problemle karşılaşma riskinin en iyi prediktörüdür<sup>14</sup>. Bundan yirmi yıl önce yapılmış olan başka bir çalışmada da histerektomi sonrası önemli psikiyatrik sorunları olan hastaların operasyon öncesinde de aynı sorunlarının olduğu tespit edilmiştir<sup>25</sup>.

Histerektomi geçerli bir endikasyonla yapıldıysa, kadınların büyük bir çoğunluğu operasyon öncesi ile karşılaştırıldığında operasyon sonrası daha az cinsel disfonksiyon yaşarlar. Bunun sebebi histerektominin disparoni ve vajinal kanama gibi semptomları ortadan kaldırmasıdır. Disfonksiyonel uterin kanamanın başarılı tedavisi genel yaşam kalitesinde iyileşmeye yol açar. Kadınların önemli bir kısmında semptomların kaynağı olan hastalıklı uterusun

alınmasıyla cinsel fonksiyonda iyileşme gözlenir<sup>25,36</sup>. Histerektomi öncesi yaşanan cinsel disfonksiyon genellikle tanısı konulan jinekolojik problem ile ilişkilidir<sup>25</sup>. İstenmeyen gebelik ihtimalinin yarattığı anksiyetenin ve menstruasyon ile ilişkili semptomların ortadan kalkmasıyla operasyon sonrası libidonun artacağını öngörmek mümkündür<sup>19</sup>.

Medikal tedaviye cevap vermeyen pelvik ağrıya yaklaşımda histerektomiye de içeren çeşitli cerrahi tedavi yöntemleri denenmektedir. Histerektomi uygulanan hastaların %10'unda pelvik ağrı primer preoperatif cerrahi endikasyonudur. Histerektomi semptomların tedavisinde çoğu zaman başarılı olurken, pelvik ağrı endikasyonu ile yapılan histerektomiler başarısızlık oranları en yüksek olanlardır. Preoperatif pelvik ağrısı olan hastaların %22'sinde şikayetlerin operasyon sonrasında da devam ettiği bildirilmiştir. Ağrının kronikliği, uygulanan narkotik ilaç tedavileri, cinsel istismar veya disfonksiyon öyküsü, mevcut mental sağlık durumu gibi faktörler ağrı ile başedebilme yeteneğini etkilemektedir. Depresyon pelvik ağrı şikayetine en çok eşlik eden durumdur. Operasyon öncesi ağrı ve/veya depresyon bulguları mevcut olan hastalar yavaş iyileşme, persistan ağrı ve yeni semptomların gelişmesi açısından yüksek risk altında olan hasta grubunu oluştururlar<sup>21</sup>.

Histerektomi uygulanan hastaların %10-28'inde depresyon bulguları izlenmektedir<sup>6,25</sup>. Bu durum cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Bunun yanında kadınların önemli bir kısmı jinekolojik sorunlarının sonucu olarak cinsel disfonksiyondan yakınırırlar. Histerektomi öncesi depresyon histerektomi sonuçlarında başarısızlığa sebep olur; pelvik ağrı, sırt ağrısı, uyku bozuklukları, halsizlik, aktivite kısıtlılığı ve üriner inkontinans bunlardan bazılarıdır. Histerektomi öncesi depresyonu olan hastalar depresyonu olmayan hastalarla karşılaştırıldığında cinsel disfonksiyonda daha az iyileşme gösterirler<sup>18</sup>. Operasyon öncesi depresyon, anksiyete ve postmenopozal değişiklikler kadınları negatif psikoseksüel sonuçlar açısından risk altına sokar. Abdominal histerektomi sonrası oluşan skar bozulmuş vücut imajına sebep olabilir, uterusun kaybı dişilik ve canlılık kaybı olarak algılanabilir. Bütün bu psikolojik faktörlerin histerektomi sonuçlarını etkilediği düşünülmektedir<sup>6</sup>.



Konu ile ilgili yapılan eski çalışmalarda uterusun alınması ya psikolojik fonksiyonları global olarak iyileştirmiş ya da başta depresyon olmak üzere psikiyatrik hastalıkları arttırmıştır. Ancak kontrollü çalışmalarda histerektomize hastaların psikolojik fonksiyonları ile kontrol grupları arasında fark bulunamamıştır. Sonuç olarak; uterusun alınmasının herhangi bir psikopatolojiye sebep olduğu veya tedavi ettiğine dair hiçbir bilimsel kanıt bulunmamaktadır<sup>6</sup>.

Histerektomi sonrası psikoseksüel sonuçları belirleyen pozitif prediktif faktörler arasında; yüksek preoperatif cinsel fonksiyon ve orgazmik kapasite, koitus sıklığı, düzenli ve sık cinsel istek, partner ile olan ilişkinin kalitesi sayılabilir. Negatif prediktif faktörler ise; menopozal hormonal değişiklikler, ekonomik kaygılar, azalmış fiziksel ve emosyonel iyilik hali, depresyon, anksiyete ve ciddi yaşam sıkıntıları olarak sıralanabilir<sup>6,42</sup>.

Histerektomide cerrahi tekniğin cinsellik ile ilgili sonuçları etkilemediği, histerektomi şekli (vajinal, abdominal, laparoskopik) ile cinsel disfonksiyonun ilgisinin olmadığı gözlemlenmiştir<sup>3</sup>. Uterus ve serviks ister vajinal ister abdominal yolla alınsın histerektomi yapılan hastaların %76-96'sında ooferektominin yapılıp yapılmamasına bakılmaksızın cinsel uyarılma ve orgazm kalitesinin arttığı tespit edilmiştir<sup>21,35</sup>. Uygulanan cerrahi tedavinin tatmin edici olup olmadığı sorulduğunda ise, hastaların yalnızca %7.1'i olumsuz cevap vermiştir<sup>28</sup>.

Klinik çalışmaların hiçbirinde histerektomi sonrası cinsel disfonksiyon etyolojisi için öne sürülen hipotezleri destekleyen ya da reddeden yeterli kanıt bulunmamaktadır. Histerektomide serviksin korunmasının önemli bir etkisi tespit edilmemiştir. Önemli çalışmaların hiçbirinde uterusun alınmasının orgazm bozukluklarını arttırdığına dair bir kanıt bulunamamıştır. Histerektomiye sekonder prematür ovarian yetmezlik rapor edilmemiştir, hatta ooferektomi sonrası östrojen replasman tedavisi alan hastalarda dahi cinsel disfonksiyon bulunmamıştır<sup>25</sup>.

Sonuç olarak; histerektominin cinsel disfonksiyona sebep olduğu hipotezinin güçlü deneysel ve klinik çalışmalara dayandığı iddia edilmesine rağmen çalışmalar göstermiştir ki benign endikasyonlarla histerektomi yapılan

hastalarda cerrahi prosedürün cinsel fonksiyonu olumlu ya da olumsuz etkilediğine dair hiçbir bilimsel kanıt bulunmamaktadır<sup>25</sup>.

### **Myoma Uteri Tedavisinde Myomektomi**

Uterin leiomyomların yaklaşık %70-80'i asemptomatiktir. Semptomatik myomların ideal tedavisinde, medikal ve cerrahi tedavi alternatifleri mevcut olmasına rağmen myoma uterinin kesin tedavisini sağlayacak efektif medikal tedavi henüz tarif edilmemiştir. Anlamlı semptomu olan hastalar için en etkili ve en sık kullanılan tedavi metodu hala değişik tekniklerle yapılan cerrahi eksizyondur. Cerrahi tedavi endikasyonu konulan hastalara uygulanacak cerrahi prosedür, hastanın yaşı, fertilitte isteği, myomların sayısı, yerleşimi ve büyüklüğü gözönünde bulundurularak planlanmalıdır<sup>24</sup>. Farklı myomektomi teknikleri Tablo 4'de özetlenmiştir.

**Tablo 4.** Myomektomi Teknikleri.

1. Vajinal myomektomi
2. Submüköz myomun histeroskopik rezeksiyonu
3. Laparoskopik myomektomi
4. Abdominal myomektomi

Bu cerrahi prosedürlerin en sık uygulananı abdominal myomektomi olup, ilk başarılı operasyon, 1844 yılında ABD'de Atlee kardeşler tarafından gerçekleştirilmiştir. Pelvik cerrahinin tüm prensipleri myomektomi için de geçerlidir. Operasyon mikrocerrahi prensiplerine göre gerçekleştirilmeli, myomların servikal kanala, uterin damarlara ve fallop tüplerine komşuluğuna dikkat edilmelidir. Uterusun başarılı onarımı için öncelikle insizyon ve myom yatağında kanama kontrolü sağlanmalı, tek kesiden mümkün olduğu kadar çok sayıda myom çıkarılmalıdır. Myoma uterinin etkili tedavisinde önemli bir alternatif olmaya devam eden bu cerrahi işlemin morbidite potansiyeli küçümsenmemeli, titiz bir cerrahi teknik uygulanmalıdır<sup>24</sup>.

Myomektominin fertilitte, gebelik kayıpları ve diğer birçok konudaki sonuçlarıyla ilgili çok sayıda çalışma olmasına rağmen, cinsel fonksiyon ve genel yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini inceleyen iyi dizaynli çalışmalar bulunmamaktadır.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Yapılan çalışma; Ekim 2006 ile Ocak 2007 tarihleri arasında, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı tarafından, myoma uteri endikasyonu ile histerektomi veya myomektomi uygulanmış, cinsel olarak aktif toplam 100 hastayı kapsayan prospektif gözlemsel bir çalışmadır. Yaşları 27 ile 52 arasında değişen bu hasta grubunun 50'sine myomektomi, 50'sine histerektomi uygulanmış, hastalardan operasyondan kısa bir süre önce ve operasyondan altı ay sonra cinsel fonksiyonları ve genel yaşam kalitelerini değerlendiren anket formlarını doldurmaları istenmiştir. Yapılan çalışmalarda pelvik invazyon hasarının iyileşme süresinin altı ay olarak tespit edilmiş ve hastaların %80'inin bu süre sonunda preoperatif cinsel aktivitelerine kavuşmuş olması kontrol süremizi belirlememizi sağlamıştır<sup>5,6</sup>. Hastalar operasyondan sonra altı hafta kadar cinsel aktivitelerinin olmaması konusunda uyarılmıştır. Histerektomi yapılan hastaların hepsine myoma uteri endikasyonu ile bu prosedür uygulanmıştır. Histerektomilerin tamamı total abdominal histerektomi şeklinde olup hastaların bir kısmına ooferektomi uygulanırken, bir kısmında overler korunmuştur. Cerrahi prosedürün şekline ve ooferektomi yapılıp yapılmamasına operatörler tarafından karar verilmiştir. Myomektomilerin tamamı abdominal yolla yapılmıştır. Hastaların preoperatif hazırlığı, perioperatif tedavisi ve postoperatif bakımları benzer şekillerde yapılmıştır. Hastaların tamamı yapılacak operasyon ve çalışmanın detayları hakkında aydınlatılmış, yazılı onamları alınmıştır.

Bu çalışma Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun 2007 yılı altıncı toplantısında görüşülmüş, sekiz numaralı karar ile onaylanmıştır.

Çalışmada kadın cinsel disfonksiyonunu değerlendirmek üzere FSFI ve genel yaşam kalitesini değerlendirmek üzere ise KF-36 anket formları kullanılmıştır. Hastaların demografik özellikleri, medikal ve jinekolojik öyküleri ayrıca kaydedilmiştir.

KF-36 yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın jenerik ölçektir. Özellikle fiziksel hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesini ölçmek için

geliştirilmiştir. Ancak sağlıklı deneklerde ve psikiyatrik hastalığı olan hastalarda da başarıyla kullanılan bir kendini değerlendirme ölçeğidir<sup>43</sup>.

KF-36; fiziksel fonksiyon, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı), sosyal fonksiyon, mental sağlık, vitalite (enerji), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelemektedir. Kısa ve anlaşılabilir olması nedeniyle uygulanması kolaydır ve hastalar kendi başlarına doldururlar. Hastalara, kendilerine en çok uyan maddeyi işaretlemeleri belirtilir<sup>43</sup>.

Ölçeğin bir toplam puanı yoktur, yalnızca 8 alt boyutun toplam puanı hesaplanır. Ölçeğin güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçek için Cronbach alfa kat sayısı hesaplanmıştır ve 0.7324-0.7612 arasında elde edilmiştir. Madde-toplam puan korelasyon katsayıları da her bir ölçek için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Maddelerin ait olmadıkları alt ölçeklerin toplam puanlarıyla korelasyonları, ait oldukları ölçeklerle korelasyonlarına göre daha düşük düzeyde bulunmuştur<sup>43</sup>.

Türkiye’de yapılan çalışmalar sonucunda Türk toplumunun standartları da elde edilmiştir<sup>44</sup>. Türk toplumunun standartları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

**Tablo 5.** KF-36’nın Türk toplumu standartları.

Alt boyutlar	Ortalama ± standart sapma
Fiziksel işlevsellik	86.6±25.2
Fiziksel rol güçlüğü	89.5±29.6
Ağrı	86.1±20.6
Genel sağlık algısı	73.9±17.5
Vitalite (enerji)	67.0±13.8
Sosyal işlevsellik	94.8±14.2
Emosyonel rol güçlüğü	94.7±20.9
Ruhsal sağlık	73.5±11.6

Kadın cinselliği ve cinsel disfonksiyonuna olan ilgi arttıkça, kadın cinsel fonksiyonunu değerlendirmek üzere geçerlilik çalışmaları yapılmış ölçeklere

ihtiyaç duyulmuştur. Bu tür ölçeklerin varlığı, kadın cinsel disfonksiyonu ile ilgili epidemiyolojik, tanısal ve klinik çalışmaların yapılabilmesi için gereklidir. Geçerli ve duyarlı ölçekler kadın cinsel disfonksiyonuna klinik yaklaşımda, yeni tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesinde de gereklidir<sup>45</sup>.

FSFI, çok maddeli ama kısa bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek altı temel alanda son dört hafta içerisindeki cinsel fonksiyonu değerlendiren toplam 19 sorudan oluşmaktadır. Değerlendirmenin yapıldığı alanlar: cinsel istek (2 soru), uyarılma (4 soru), lubrikasyon (4 soru), orgazm (3 soru), tatmin (3 soru) ve ağrıdan (3 soru) oluşmaktadır. FSFI'in 131 normal kadından oluşan bir grubun, DSM-4'ün Kadın Cinsel Uyarılma Bozukluğu kriterlerine uyan bir grup ile karşılaştırıldığı bir çalışmada Kadın Cinsel Uyarılma Bozukluğu, Kadın Orgazm Bozukluğu ve Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu olan hastaları normal kontrol grubundaki kadınlardan ayırabildiği tespit edilmiştir (Rosen et al. 2000).

Ölçeğin güvenilirlik çalışmalarında Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve alt ölçekler arası korelasyon değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeler sonucunda tüm alt ölçeklerin yüksek güvenilirliğinin (%90 ve üstü) olduğu tespit edilmiştir.<sup>45</sup> Rosen ve arkadaşları (2000) ve Meston (2003) yaptıkları incelemelerde geçerliliğinin yüksek olduğunu tespit etmişlerdir<sup>46</sup>.

Ölçeğin puanlandırılmasında, her bir alt ölçeğin ayrı ayrı puanlaması yapılabildiği gibi toplam bir puan da verilebilir. Ölçeğin tanısal değerlendirme amacıyla kullanılabilmesi için bir minimum puan belirlenmeye çalışılmış ve yapılan çalışmalar sonucunda toplam puanın 26 ve altında olması halinde kadın cinsel disfonksiyonu açısından dikkatli olunması gerektiği tespit edilmiştir<sup>45</sup>.

## BULGULAR

### Demografik ve Kişisel Özellikler

Bu çalışmada, myoma uteri tanısı alan 100 hastanın 50'sine total abdominal histerektomi, 50'sine abdominal myomektomi yapılmıştır. Hastaların yaşları 27 ile 52 arasında değişmekte olup, histerektomi yapılan hastalarda ortalama yaş 46.74 ( $\pm 2.61$ ), myomektomi yapılan hastalarda 31.75 ( $\pm 5.91$ ) olarak tespit edilmiştir. Histerektomi yapılan hastaların ortalama evlilik süreleri 24.83 ( $\pm 3.99$ ) yıl, myomektomi yapılan hastaların evlilik süreleri ise 7.25 ( $\pm 6.95$ ) yıldır. Histerektomi yapılan hastaların sahip oldukları toplam çocuk sayısı 2.65 ( $\pm 1.03$ ), myomektomi yapılan hastaların sahip oldukları toplam çocuk sayısı 1.25 ( $\pm 1.5$ ) olarak tespit edilmiştir. Histerektomi yapılan hastaların % 16.67'sinin toplam aylık geliri 500 YTL'nin altında iken, %41.6'sinin geliri 500 YTL ile 1000 YTL arasında, %41.67'sinin geliri ise 1000 YTL'nin üstündedir. Myomektomi yapılan hastalardaki gelir dağılımı ise; % 23.6'sında  $\leq 500$  YTL, %51.6'sında 500 YTL-1000 YTL, %25.58'inde ise  $\geq 1000$  YTL şeklindedir. Histerektomi yapılan hastaların % 50'sinin eğitim düzeyi ilköğretim seviyesinde iken, %45.83'ü lise, %4.17'si ise üniversite mezunudur. Myomektomi hastalarının eğitim durumları %44.19'unda ilköğretim, %44.19'unda ise lise düzeyinde, %11.63'ünde ise üniversite düzeyindedir.

Partnerleri ile olan ilişkilerini histerektomi yapılan hastaların %54.17'si iyi olarak nitelendirirken, myomektomi yapılan hastaların %72.09'u iyi ilişkilere sahip olduklarını belirtmişlerdir. Histerektomi hastalarının sırasıyla %41.67'si orta, %4.17'si ise kötü partner ilişkilerine sahiptirler. Myomektomi hastaları sırayla %20.93'ü partnerleri ile olan ilişkilerini orta, %6.98'i kötü olarak değerlendirmişlerdir.

Histerektomi yapılan hastaların %12.5'i ameliyat öncesinde menopozda oldukları bildirirken %87.5'i menopozda değildir. Yapılan ameliyatın kendilerini memnun edip etmediği sorulduğunda histerektomi hastalarının %95.83'ü olumlu yanıt verirken, myomektomi yapılan grupta memnuniyet %97.67 olarak tespit edilmiştir.

Hastaların demografik ve kişisel özellikleriyle ilgili veriler Tablo 6'da gösterilmiştir.

**Tablo 6.** Histerektomi ve Myomektomi Yapılan Hastaların Demografik ve Kişisel Özellikleri.

	<b>Histerektomi</b>	<b>Myomektomi</b>
<b>Yaş</b>	46.74 (±2.61)	31.75 (±5.91)
<b>Evlilik süresi</b>	24.83 (±3.99)	7.25 (±6.95)
<b>Çocuk sayısı</b>	2.65 (±1.03)	1.25 (±1.5)
<b>Aylık gelir</b>		
<500 YTL	16.67%	23.26%
500-1000 YTL	41.67%	51.16%
>1000 YTL	41.67%	25.58%
<b>Eğitim düzeyi</b>		
İlköğretim	50.00%	44.19%
Lise	45.83%	44.19%
Üniversite	4.17%	11.63%
<b>Partner ile olan ilişki</b>		
İyi	54.17%	72.09%
Orta	41.67%	20.93%
Kötü	4.17%	6.98%
<b>Ameliyat memnuniyeti</b>	95.83%	97.67%

Değerler ortalama (± standart sapma) ya da % şeklindedir.

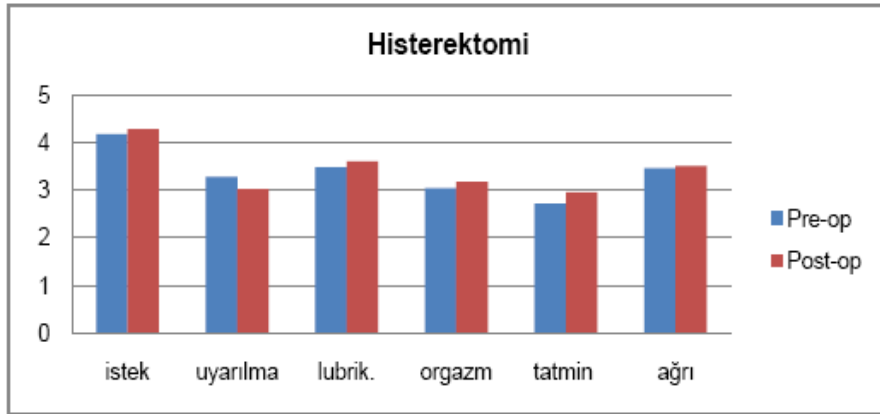
### **Cinsel Fonksiyon**

Çalışmamızda histerektomi ve myomektomi yapılan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası cinsel fonksiyonları değerlendirilmiş ve iki farklı cerrahi prosedürün sonuçları birbirleriyle karşılaştırılmıştır.

Histerektomi uygulanan hastaların preop cinsel fonksiyon verileri incelendiğinde cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin ve ağrı alt ölçekleri için hesaplanan ortalama puanlar sırasıyla; 4.18±1.48, 3.28±1.54, 3.48±1.34, 3.04±1.43, 2.71±1.11, 3.46±1.74 olarak tespit edilmiştir. Ameliyat sonrası verileri incelendiğinde ise aynı alt ölçekler için ortalama puanlar sırasıyla; 4.28±1.3, 3.02±1.5, 3.6±1.55, 3.18±1.47, 2.95±1.29 ve 3.5±1.69 olarak hesaplanmıştır. Histerektomi uygulanan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası verileri arasındaki fark değerlendirildiğinde cinsel uyarılma

hariç her bir alt ölçek için %99'luk güvenilirlik aralığında ameliyat sonrası değerlerin iyileştiği tespit edilmiştir ve bu fark belirlenen güvenilirlik aralığında istatistiksel olarak anlamlıdır. Cinsel uyarılmanın ameliyat sonrasında kötüleştiği tespit edilmiştir. Histerektomi öncesi ve sonrası cinsel fonksiyon verileri aşağıdaki grafiklerde gösterilmiştir.

**Grafik 1.** Histerektomi Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonun Karşılaştırılması.



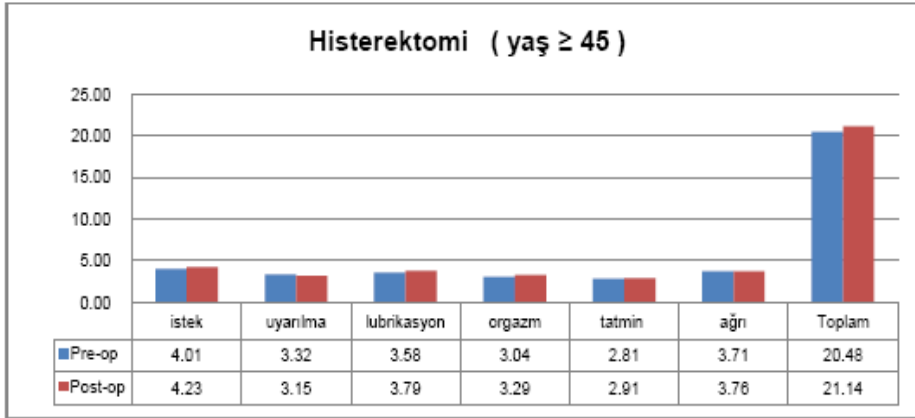
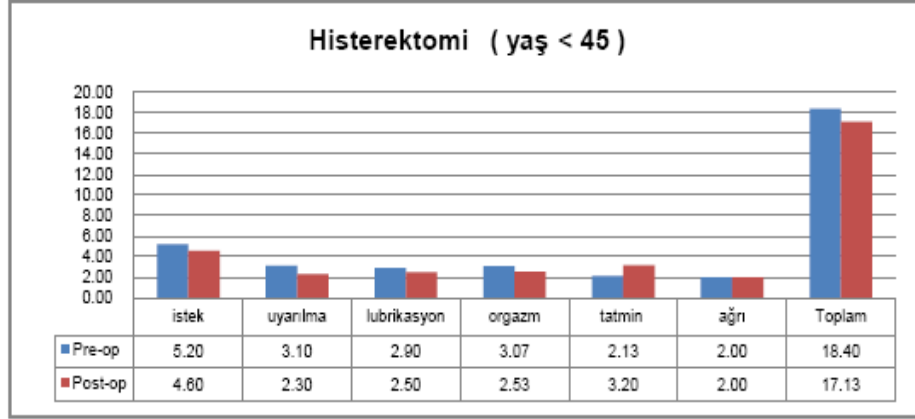
Histerektomi uygulanan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası cinsel fonksiyonlarını yaş, eğitim ve gelir düzeyi, partner ile olan ilişki kalitesi ve ruhsal sağlık probleminin mevcudiyeti gibi değişkenleri göz önünde bulundurularak tekrar değerlendirdik.

Hastaları yaşlarına göre 45 yaş altı ve 45 yaş üstü olmak üzere iki gruba ayırdığımızda 45 yaş altındaki grubun birçok alt ölçek puanının ameliyat öncesi ve sonrasında 45 yaş üstündeki gruptan daha kötü olduğu tespit edilmiştir. 45 yaş altındaki grupta bazı alt ölçek puanları ameliyat sonrasında kötüleşirken genel olarak ameliyat sonrası puanların ameliyat öncesinden daha iyi olduğu gözlenmektedir.

Histerektomi yapılan 45 yaş altı ve 45 yaş üstündeki hastaların ameliyat öncesi ve sonrası cinsel fonksiyon verileri aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.



**Grafik 2.** Histerektomi Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonun Yaş Gruplarına Göre Durumu.

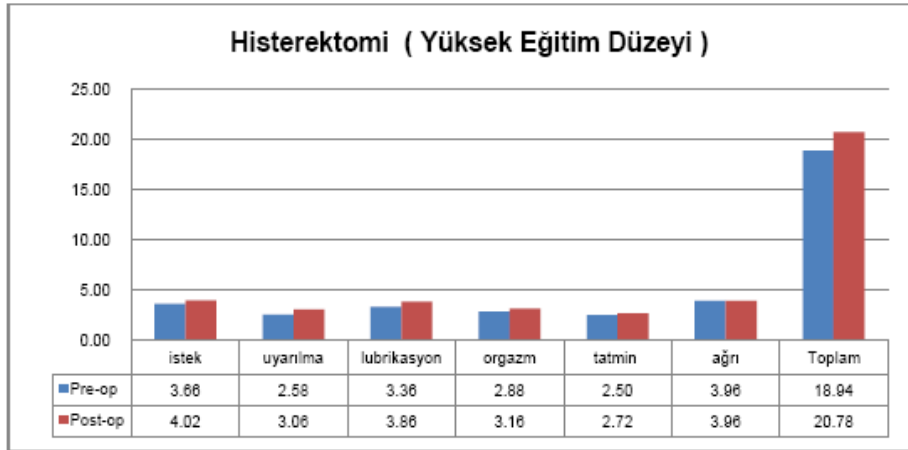
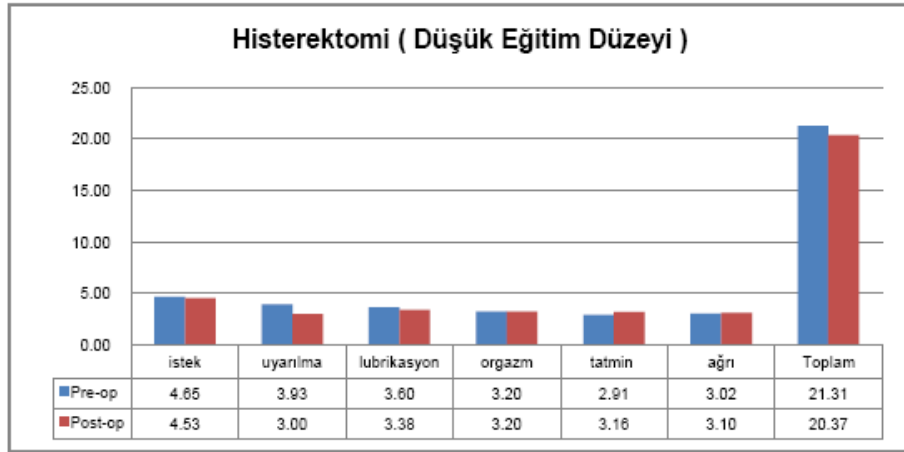


Histerektomi yapılan hastaları eğitim düzeylerini göz önünde bulundurarak değerlendirirken hastaları yüksek eğitim düzeyi olanlar ve düşük eğitim düzeyi olanlar olmak üzere iki alt gruba ayırdık. Yaptığımız değerlendirmede; cinsel fonksiyonun ameliyat öncesi alt ölçek ve toplam puanlarının, yüksek eğitim düzeyi olan hastalarda düşük eğitim düzeyi olan hastalara kıyasla daha kötü olduğu ancak ameliyat sonrası toplam puanın, yüksek eğitim düzeyi olan grupta biraz daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Ameliyat sonrası her bir alt ölçek için ortalama puanlar yüksek eğitim düzeyi olan hastalarda ameliyat öncesinden daha iyi iken düşük eğitim düzeyi olan hastalarda cinsel istek, uyarılma ve lubrikasyon puanları ameliyat öncesinden daha kötüdür. Ameliyat sonrası toplam puanlar yüksek eğitim düzeyi olan

grupta ameliyat öncesinden daha iyi iken düşük eğitim düzeyi olan hastalarda daha kötüdür.

Histerektomi yapılan düşük eğitim düzeyi ve yüksek eğitim düzeyi olan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası cinsel fonksiyon verileri aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.

**Grafik 3.** Histerektomi Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonun Eğitim Düzeyine Göre Durumu.

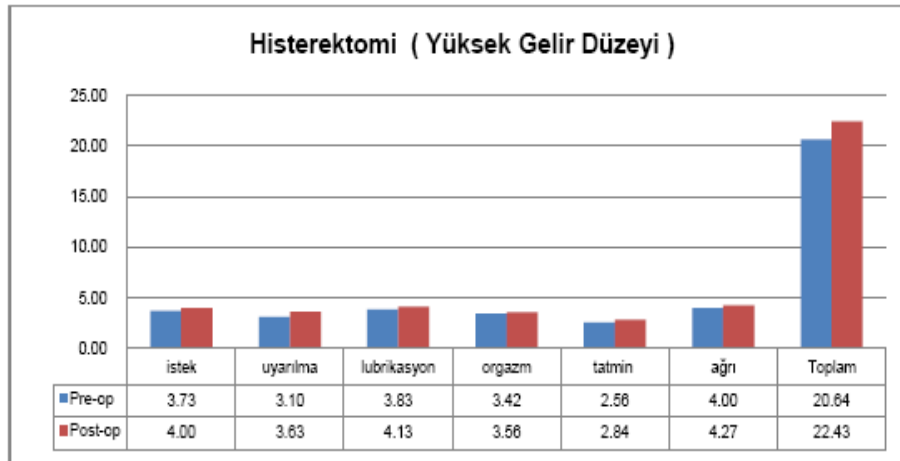
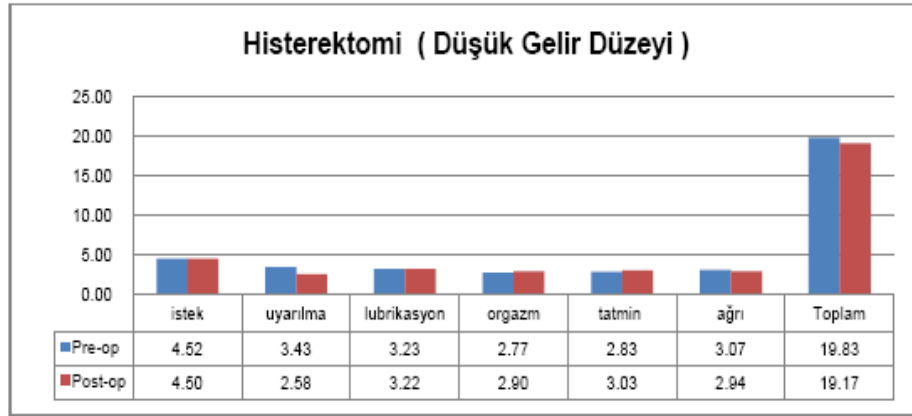


Histerektomi yapılan hastaları gelir düzeylerini göz önünde bulundurarak değerlendirirken hastaları yüksek gelir düzeyi olanlar ve düşük gelir düzeyi olanlar olmak üzere iki alt gruba ayırdık. Değerlendirmelerimiz sonucunda; histerektomi öncesi ve sonrası cinsel fonksiyonun, birçok alt ölçek ortalama puanları ve toplam puanlarının yüksek gelir düzeyi olan hastalarda

düşük gelir düzeyi olan hastalara kıyasla daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Ameliyat sonrası toplam puanların ise düşük gelir düzeyi olan grupta ameliyat öncesiyle aynı, yüksek gelir düzeyi olan grupta ise daha iyi olduğu tespit edilmiştir.

Histerektomi yapılan düşük gelir düzeyi ve yüksek gelir düzeyi olan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası cinsel fonksiyon verileri aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.

**Grafik 4.** Histerektomi Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonun Gelir Düzeyine Göre Durumu.

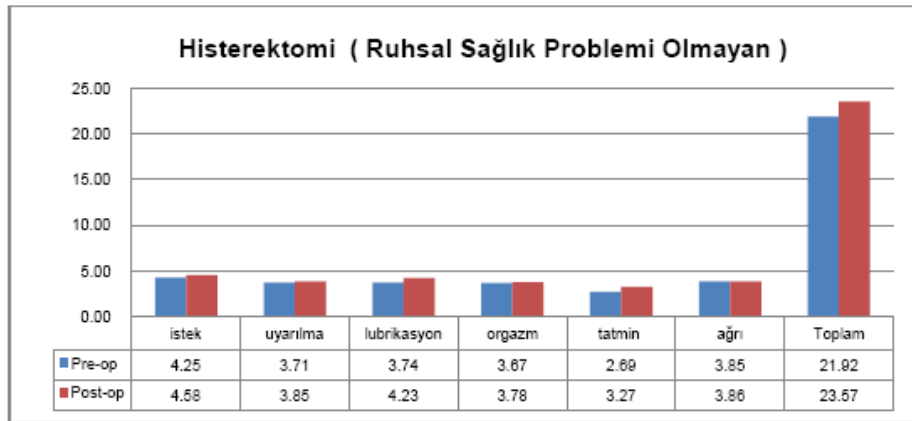
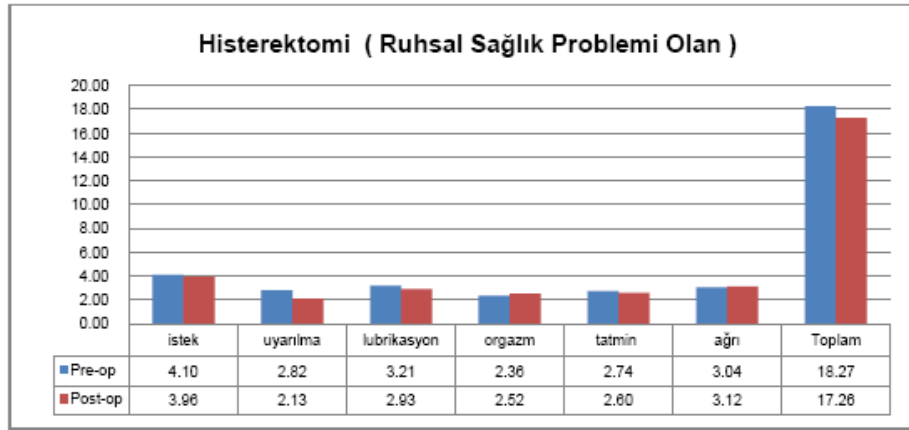


Histerektomi yapılan hastaları ruhsal sağlık durumlarını göz önünde bulundurarak değerlendirirken ruhsal sağlık problemi olanlar ve ruhsal sağlık problemi olmayanlar olmak üzere iki alt gruba ayırdık. Yapılan değerlendirmede;

histerektomi öncesi ve sonrasında cinsel fonksiyon toplam puanlarının, ruhsal sağlık problemi olmayan hastalarda ruhsal sağlık problemi olan hastalara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ameliyat sonrası toplam puanlar incelendiğinde ise; ruhsal sağlık problemi olan hastalarda cinsel fonksiyonun ameliyat öncesinden daha kötü, ruhsal sağlık problemi olmayan hastalarda ise daha iyi olduğu tespit edilmiştir.

Histerektomi yapılan ruhsal sağlık problemi olan ve ruhsal sağlık problemi olmayan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası cinsel fonksiyon verileri aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.

**Grafik 5. Histerektomi Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonun Ruhsal Sağlık Durumuna Göre Değişimi.**

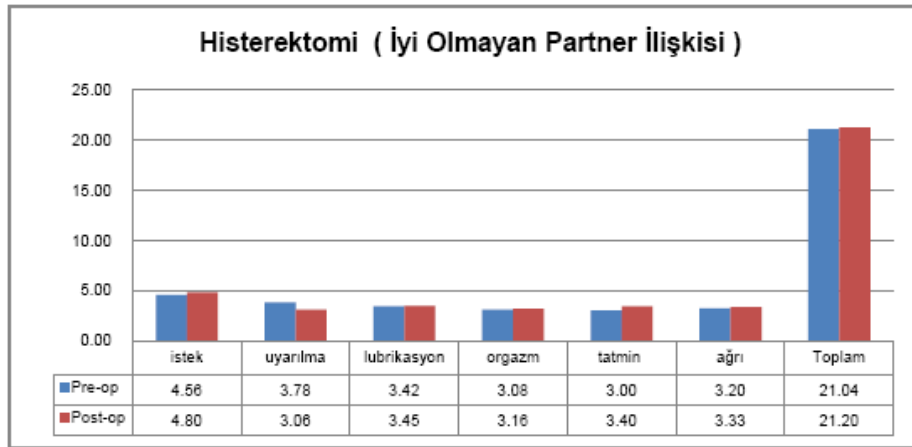


Histerektomi yapılan hastaları partnerleri ile olan ilişkileri göz önünde bulundurarak değerlendirirken hastaları partnerleri ile iyi ilişkileri olanlar ve

partnerleri ile ilişkileri iyi olmayanlar olmak üzere iki alt gruba ayırdık. Veriler incelendiğinde; ameliyat öncesi cinsel fonksiyon toplam puanlarının partner ilişkileri iyi olanlarda diğerlerinden biraz daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Ameliyat sonrasında cinsel fonksiyon toplam puanlarının her iki grupta da ameliyat öncesinden biraz daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Histerektomi yapılan iyi partner ilişkileri olan ve partner ilişkileri iyi olmayan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası cinsel fonksiyon verileri aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.

**Grafik 6.** Histerektomi Öncesi ve Histerektomi Sonrası Cinsel Fonksiyonun Partner ile Olan İlişki Kalitesine Göre Durumu.

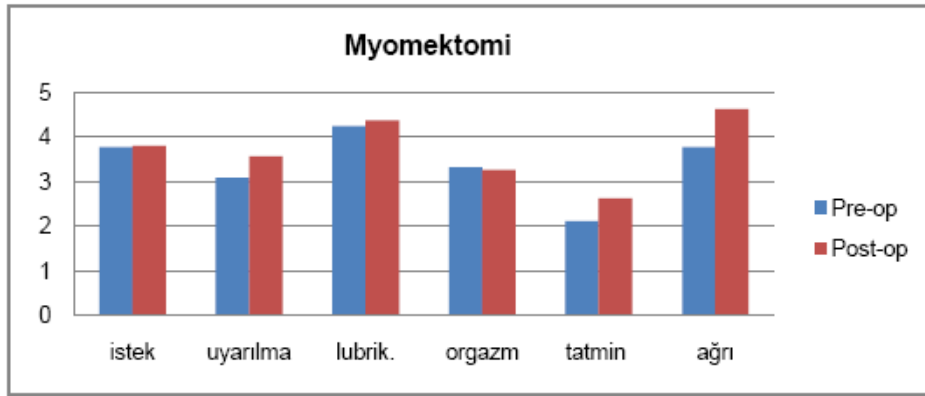


Myomektomi uygulanan hastaların preop cinsel fonksiyon verileri incelendiğinde ise; cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin ve ağrı alt ölçekleri için hesaplanan ortalama puanları sırasıyla;  $3.77 \pm 1.48$  ,  $3.08 \pm 1.29$ ,

4.24±0.76, 3.31±0.3, 2.11±0.64 ve 3.77±1.26 olduğu tespit edilmiştir. Myomektomi sonrası verilere bakıldığında bahsedilen alt ölçekler için ortalama puanlar sırasıyla; 3.8±1.09, 3.55±1.05, 4.37±1.67, 3.25±1.29, 2.62±1.61, 4.62±1.88 olduğu görülmektedir. Myomektomi öncesi ve sonrası veriler arasındaki fark incelendiğinde; her bir alt ölçek için % 99'luk güvenilirlik aralığında ameliyat sonrası değerlerin iyileştiği ve bu farkın belirlenen güvenilirlik aralığında istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Myomektomi öncesi ve sonrası cinsel fonksiyon verileri aşağıdaki grafiklerde gösterilmiştir.

**Grafik 7. Myomektomi Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonun Karşılaştırılması.**

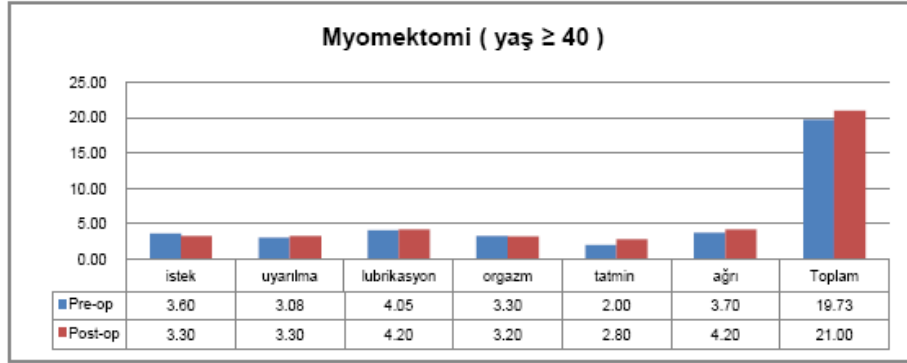
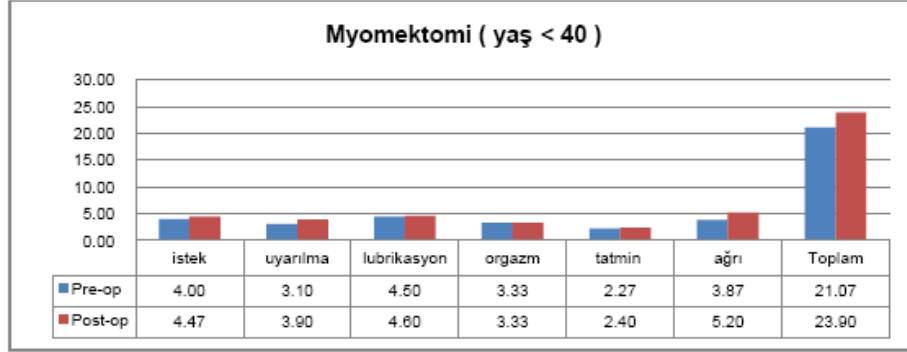


Myomektomi uygulanan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası cinsel fonksiyonlarını da yaş, eğitim ve gelir düzeyi, partner ile olan ilişki kalitesi ve ruhsal sağlık probleminin mevcudiyeti gibi değişkenleri göz önünde bulundurularak tekrar değerlendirdik.

Hastaları yaşlarına göre 40 yaş altı ve 40 yaş üstü olmak üzere iki gruba ayırdığımızda; 40 yaş altındaki grubun her bir alt ölçek ortalama puanı ve toplam puanının ameliyat öncesi ve sonrasında 40 yaş üstündeki gruptan daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Her iki grupta da toplam puanların ameliyat sonrasında ameliyat öncesinden daha iyi olduğu gözlenmektedir.

Myomektomi yapılan 40 yaş altı ve 40 yaş üstü hastaların ameliyat öncesi ve sonrası cinsel fonksiyon verileri aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.

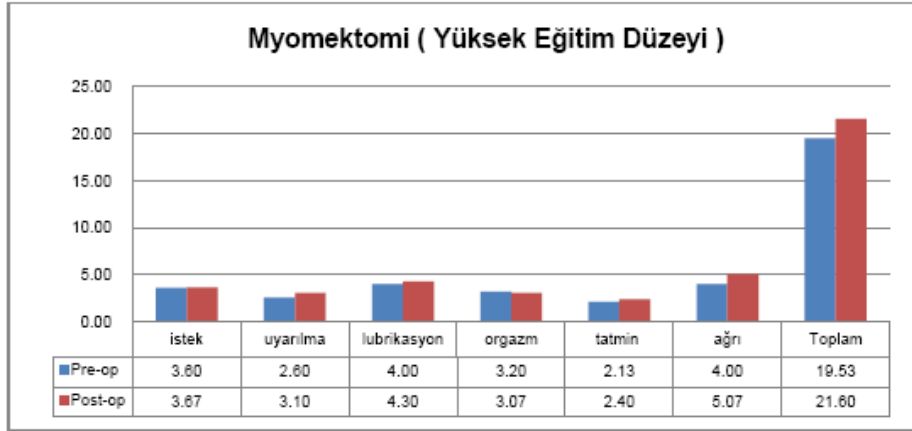
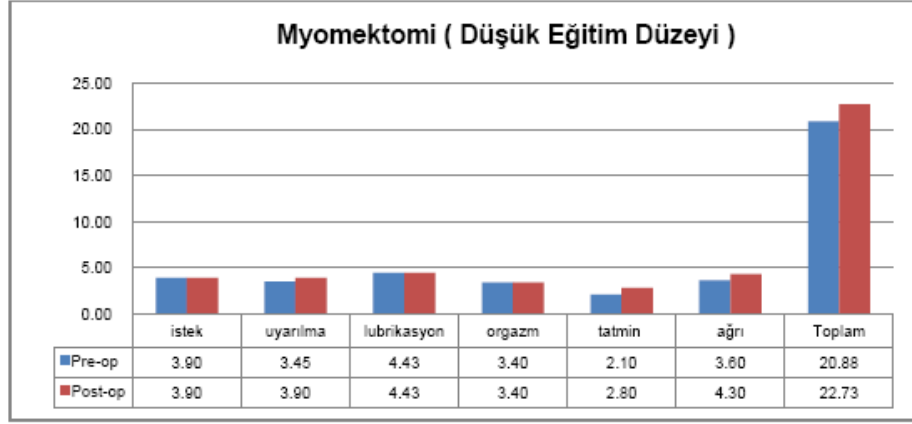
**Grafik 8. Myomektomi Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonun Yaş Gruplarına Göre Durumu.**



Myomektomi yapılan hastaları eğitim düzeylerini göz önünde bulundurarak değerlendirirken yüksek eğitim düzeyi olanlar ve düşük eğitim düzeyi olanlar olmak üzere iki alt gruba ayırdık. Yaptığımız değerlendirmede; cinsel fonksiyonun birçok alt ölçek için ameliyat öncesinde yüksek eğitim düzeyi olan hastalarda, düşük eğitim düzeyi olan hastalara kıyasla biraz daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Ameliyat sonrası toplam puanların hem yüksek eğitim düzeyi olanlarda hem de düşük eğitim düzeyi olan hastalarda ameliyat öncesi değerlerden daha iyi olduğu tespit edilmiştir.

Myomektomi yapılan düşük eğitim düzeyi ve yüksek eğitim düzeyi olan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası cinsel fonksiyon verileri aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.

**Grafik 9.** Myomektomi Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonun Eğitim Düzeyine Göre Durumu.

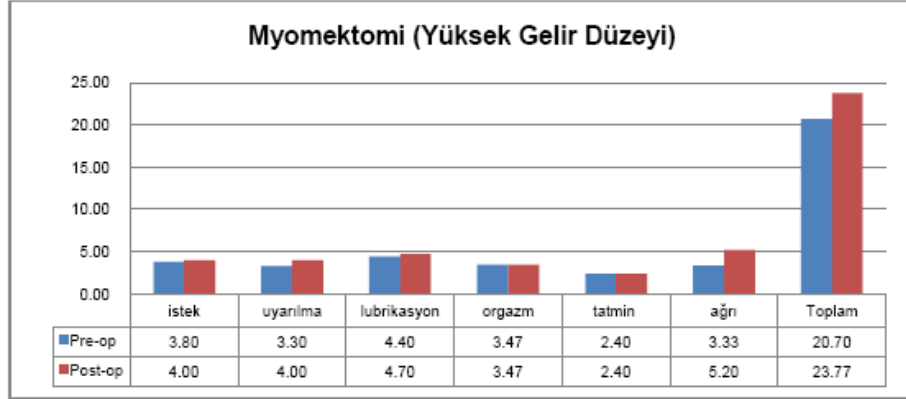
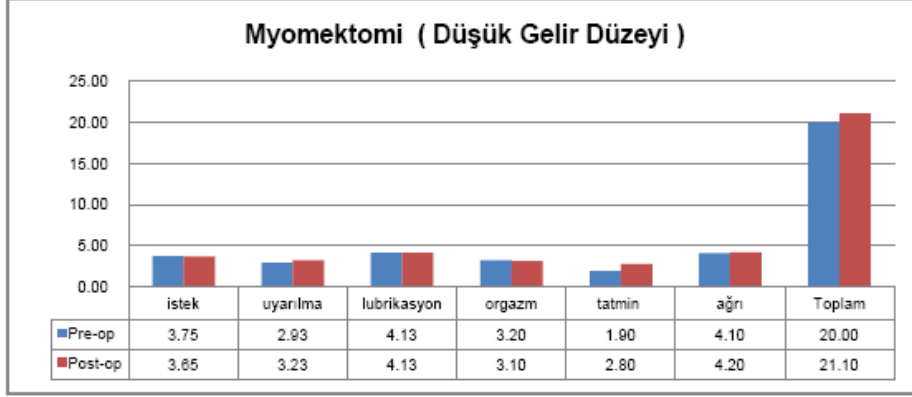


Myomektomi yapılan hastaları gelir düzeylerini göz önünde bulundurarak değerlendirirken, hastaları yüksek gelir düzeyi olanlar ve düşük gelir düzeyi olanlar olmak üzere iki alt gruba ayırdık. Değerlendirmelerimiz sonucunda; myomektomi öncesi ve sonrası cinsel fonksiyonun, alt ölçek puanları ve toplam puanlarının yüksek gelir düzeyi olan hastalarla düşük gelir düzeyi olan hastalarda hemen hemen aynı olduğu tespit edilmiştir. Ameliyat sonrası toplam puanların ise; yüksek gelir düzeyi olan grupta daha belirgin olmak üzere ameliyat öncesinden daha iyi olduğu tespit edilmiştir.

Myomektomi yapılan düşük ve yüksek gelir düzeyi olan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası cinsel fonksiyon verileri aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.



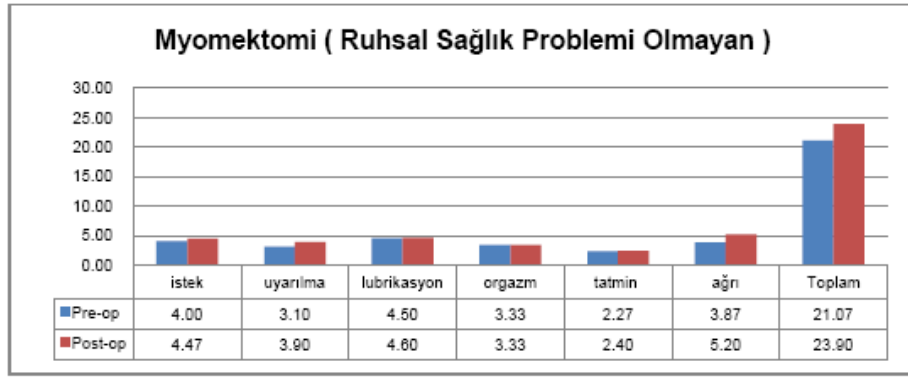
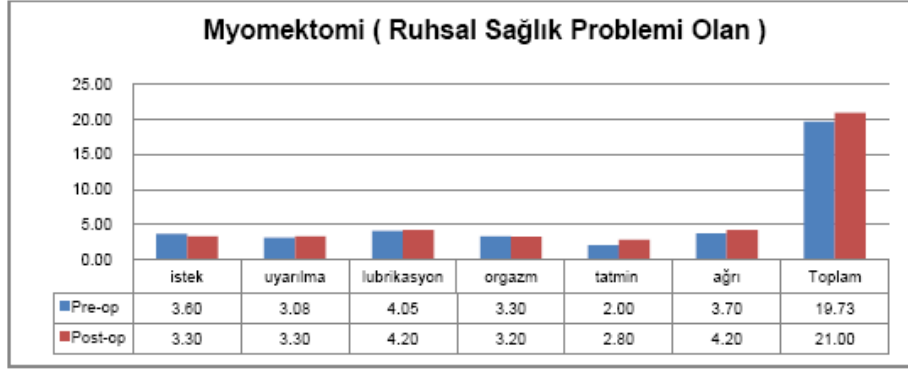
**Grafik 10.** Myomektomi Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonun Gelir Düzeyine Göre Durumu.



Myomektomi yapılan hastaları ruhsal sağlık durumlarını göz önünde bulundurarak değerlendirirken hastaları, ruhsal sağlık problemi olanlar ve ruhsal sağlık problemi olmayanlar olmak üzere iki alt gruba ayırdık. Yapılan değerlendirmede myomektomi öncesi ve sonrasında cinsel fonksiyon toplam puanlarının ruhsal sağlık problemi olmayan hastalarda, ruhsal sağlık problemi olan hastalara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ameliyat sonrası toplam puanlar incelendiğinde ise; her iki grupta da cinsel fonksiyonun ameliyat öncesinden daha iyi olduğu tespit edilmiştir.

Myomektomi yapılan ruhsal sağlık problemi olan ve olmayan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası cinsel fonksiyon verileri aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.

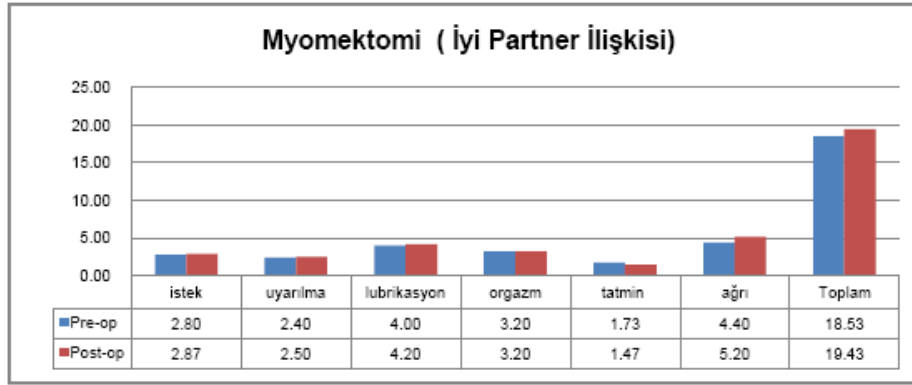
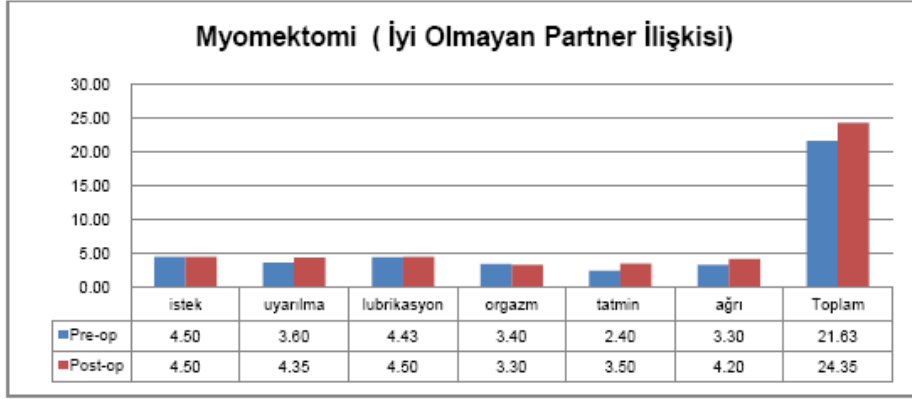
**Grafik 11.** Myomektomi Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonun Ruhsal Sağlık Durumuna Göre Değişimi.



Myomektomi yapılan hastaları partnerleri ile olan ilişkilerini göz önünde bulundurarak değerlendirirken partnerleriyle iyi ilişkileri olanlar ve olmayanlar olmak üzere iki alt gruba ayırdık. Veriler incelendiğinde; ameliyat öncesi cinsel fonksiyon toplam puanlarının, partner ilişkileri iyi olanlarda diğerlerinden daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Ameliyat sonrasında cinsel fonksiyon toplam puanlarının her iki grupta da ameliyat öncesinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Myomektomi yapılan iyi partner ilişkileri olan ve olmayan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası cinsel fonksiyon verileri aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.

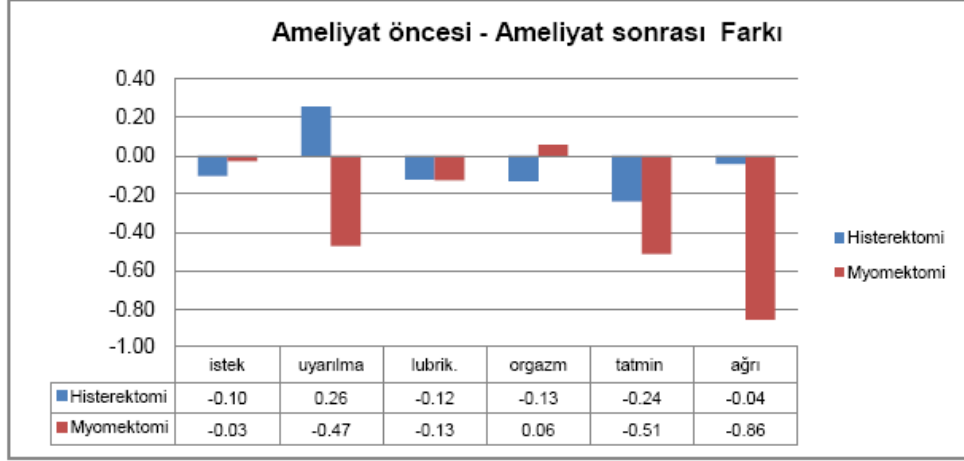
**Grafik 12.** Myomektomi Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonun Partner ile Olan İlişki Kalitesine Göre Durumu.



Histerektomi ile myomektomi yapılan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası verileri arasındaki fark karşılaştırıldığında; cinsel uyarılmanın histerektomi yapılan hastalarda orgazmın ise myomektomi yapılan hastalarda ameliyat öncesinden daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Diğer alt ölçeklerin ameliyat öncesi ve sonrası ortalama puanları arasındaki fark incelendiğinde; cinsel istek dışındakilerde myomektominin sağladığı iyileşmenin histerektominin sağladığı iyileşmeden daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Histerektomi cinsel istekte myomektominin sağladığından daha fazla bir iyileşme sağlamıştır.

Histerektomi ve myomektomi yapılan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası verileri arasındaki farkı karşılaştıran grafik aşağıda gösterilmiştir.

**Grafik 13.** Histerektomi ve Myomektominin Cinsel Fonksiyon Üzerine Olan Etkilerinin Karşılaştırılması.

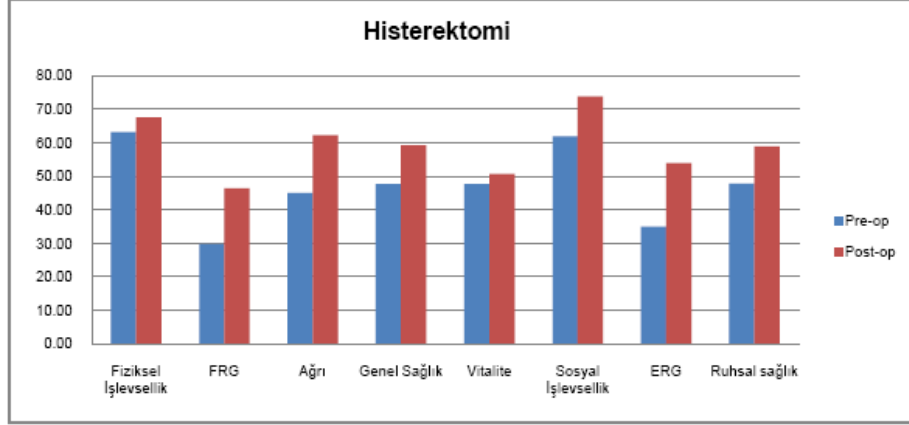


### Genel Yaşam Kalitesi

Çalışmamızda histerektomi ve myomektomi yapılan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası genel yaşam kaliteleri KF-36 ile değerlendirilmiş ve iki farklı cerrahi prosedürün sonuçları birbirleriyle karşılaştırılmıştır.

KF-36 aracılığıyla genel yaşam kalitesi toplam 8 alt ölçek ile değerlendirilmiştir. Histerektomi uygulanan hastaların ameliyat öncesi genel yaşam kaliteleri incelendiğinde; fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü (FRG), ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal işlevsellik, emosyonel rol güçlüğü (ERG) ve ruhsal sağlık alt ölçeklerinin ayrı ayrı ortalama puanları sırasıyla;  $63.09 \pm 22.6$ ,  $29.76 \pm 7.5$ ,  $44.9 \pm 12.2$ ,  $47.6 \pm 13.19$ ,  $61.9 \pm 13.39$ ,  $61.9 \pm 13.3$ ,  $34.9 \pm 10.6$ ,  $47.8 \pm 11.89$  olarak tespit edilmiştir. Ameliyat sonrası veriler değerlendirildiğinde ise aynı alt ölçeklerin ortalama puanlarının sırasıyla;  $67.61 \pm 19.4$ ,  $46.42 \pm 8.1$ ,  $62.28 \pm 20.88$ ,  $59.28 \pm 10.77$ ,  $50.71 \pm 12.9$ ,  $73.8 \pm 14.1$ ,  $53.94 \pm 17.2$ ,  $58.8 \pm 19.1$  olduğu görülmüştür. Histerektomi uygulanan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası genel yaşam kalitesi verileri arasındaki fark değerlendirildiğinde her bir alt ölçek için %99'luk güvenilirlik aralığında ameliyat sonrası değerlerin iyileştiği tespit edilmiştir ve bu fark belirlenen güvenilirlik aralığında istatistiksel olarak anlamlıdır. Histerektomi öncesi ve sonrası genel yaşam kalitesi verileri aşağıdaki grafiklerde gösterilmiştir.

**Grafik 14.** Histerektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması.

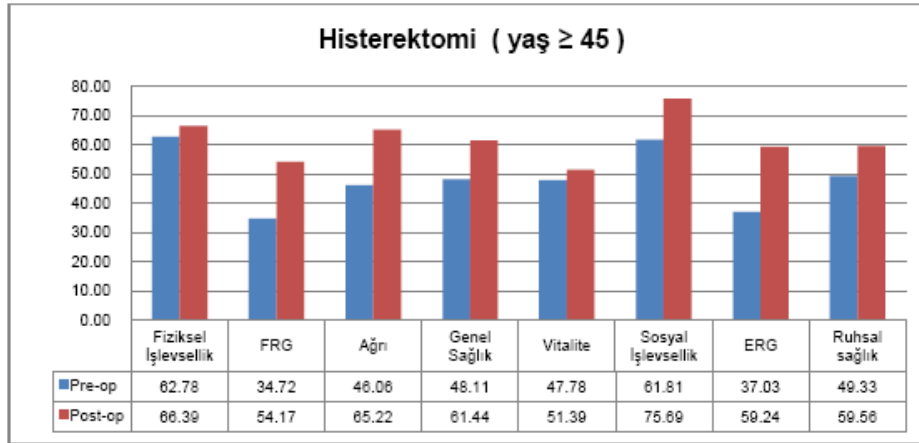
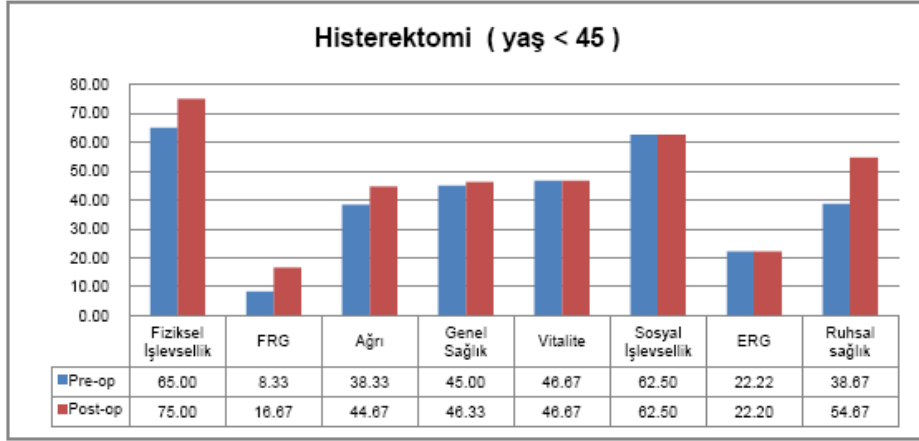


Histerektomi uygulanan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası genel yaşam kalitesini; yaş, eğitim ve gelir düzeyi, partner ile olan ilişki kalitesi ve ruhsal sağlık probleminin mevcudiyeti gibi değişkenleri göz önünde bulundurularak tekrar değerlendirdik.

Hastaları yaşlarına göre 45 yaş altı ve 45 yaş üstü olmak üzere iki gruba ayırdığımızda; 45 yaş üstündeki grubun ameliyat öncesi ve sonrasında birçok alt ölçek ortalama puanlarının, 45 yaş altındaki gruptan daha iyi olduğu ve her iki grupta da ameliyat sonrası değerlerin ameliyat öncesinden daha iyi olduğu tespit edilmiştir.

Histerektomi yapılan 45 yaş altı ve 45 yaş üstü hastaların ameliyat öncesi ve sonrası genel yaşam kalitesi verileri aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.

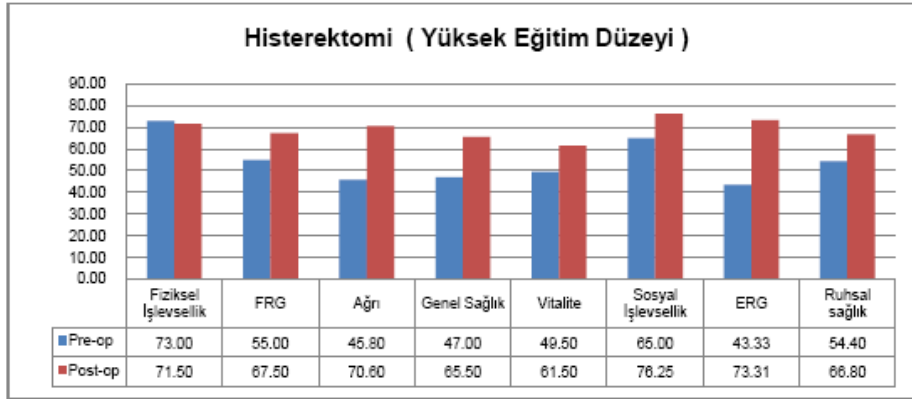
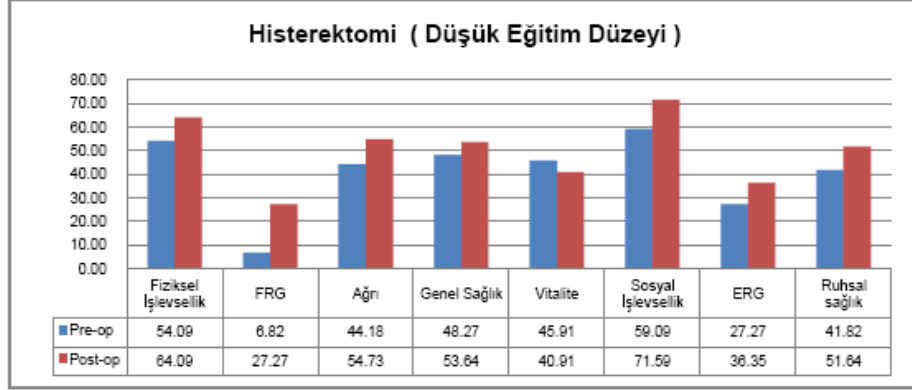
**Grafik 15.** Histerektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Yaş Gruplarına Göre Durumu.



Histerektomi yapılan hastaları eğitim düzeylerini göz önünde bulundurarak değerlendirirken yüksek eğitim düzeyi olanlar ve düşük eğitim düzeyi olanlar olmak üzere iki alt gruba ayırdık. Yaptığımız değerlendirmede; genel yaşam kalitesinin her bir alt ölçek için ameliyat öncesi ve sonrası ortalama puanlarının, yüksek eğitim düzeyi olan hastalarda düşük eğitim düzeyi olan hastalara kıyasla belirgin olarak daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Ameliyat sonrası ortalama puanlar ise her iki grupta ameliyat öncesi değerlerden daha iyidir.

Histerektomi yapılan düşük eğitim düzeyi ve yüksek eğitim düzeyi olan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası genel yaşam kalitesi verileri aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.

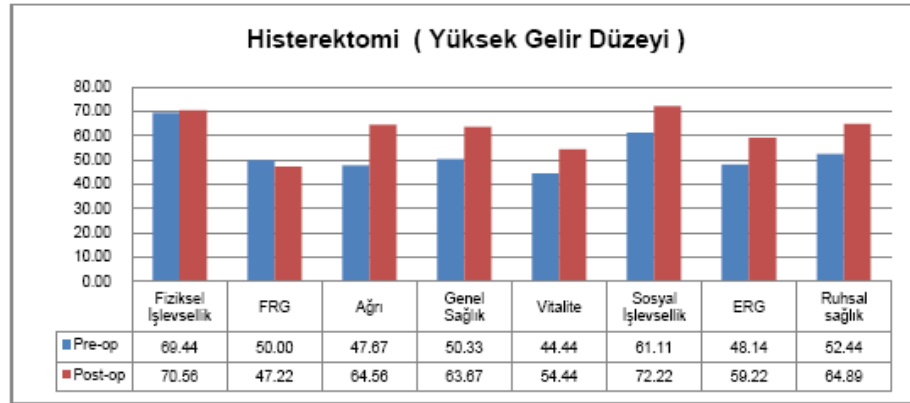
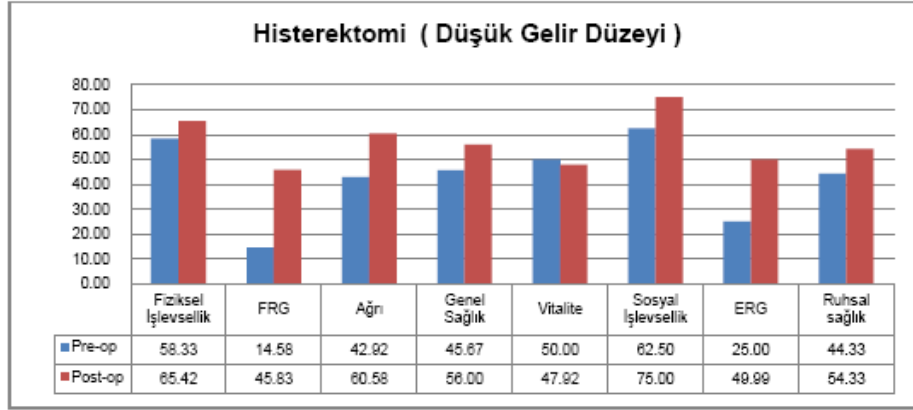
**Grafik 16.** Histerektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Eğitim Düzeyine Göre Durumu.



Histerektomi yapılan hastaları gelir düzeylerini göz önünde bulundurarak değerlendirirken hastaları yüksek gelir düzeyi olanlar ve düşük gelir düzeyi olanlar olmak üzere iki alt gruba ayırdık. Değerlendirmelerimiz sonucunda; histerektomi öncesi ve sonrası genel yaşam kalitesinin her bir alt ölçek için yüksek gelir düzeyi olan hastalarda düşük gelir düzeyi olan hastalara kıyasla daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Ameliyat sonrası verilerin ise her iki grupta ameliyat öncesi verilerden daha iyi olduğu tespit edilmiştir.

Histerektomi yapılan düşük gelir düzeyi ve yüksek gelir düzeyi olan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası genel yaşam kalitesi verileri aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.

**Grafik 17.** Histerektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Gelir Düzeyine Göre Durumu.



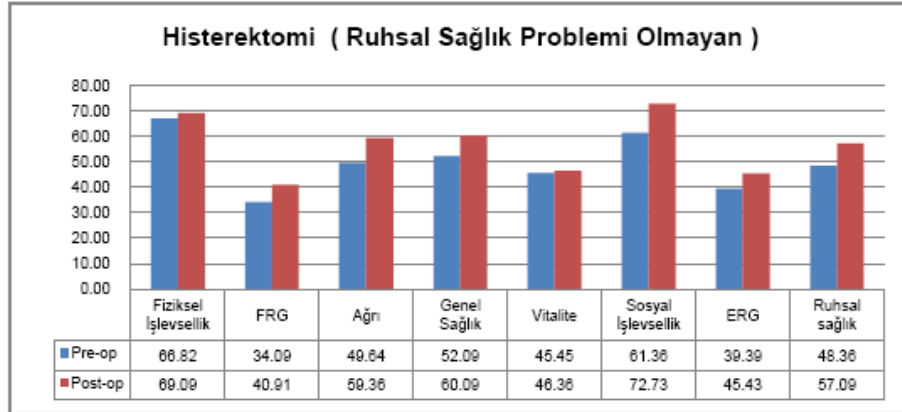
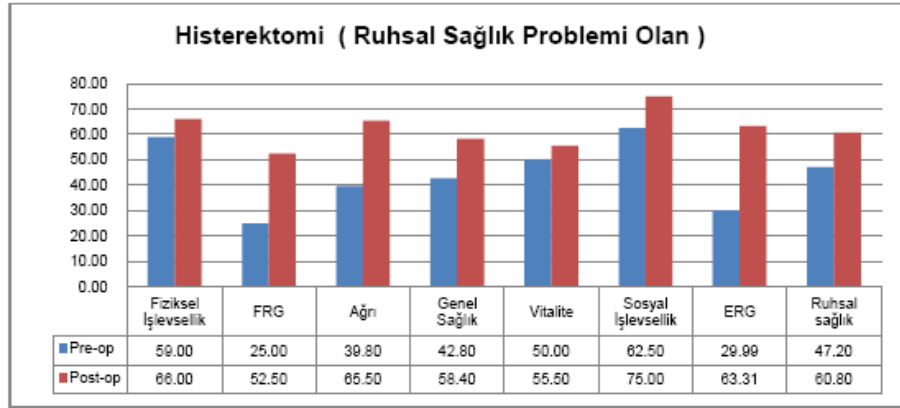
Histerektomi yapılan hastaları ruhsal sağlık durumlarını göz önünde bulundurarak değerlendirirken ruhsal sağlık problemi olanlar ve olmayanlar olmak üzere iki alt gruba ayırdık. Histerektomi öncesi genel yaşam kalitesinin birçok alt ölçek ortalama puanlarının ruhsal sağlık problemi olmayan hastalarda ruhsal sağlık problemi olan hastalara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ameliyat sonrası veriler incelendiğinde ise; bazı alt ölçek puanlarının ruhsal sağlık problemi olan hastalarda daha yüksek olduğu tespit



edilmiştir. Her iki grupta da ameliyat sonrası puanların ameliyat öncesinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Histerektomi yapılan ruhsal sağlık problemi olan ve ruhsal sağlık problemi olmayan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası genel yaşam kalitesi verileri aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.

**Grafik 18.** Histerektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Ruhsal Sağlık Durumuna Göre Değişimi.

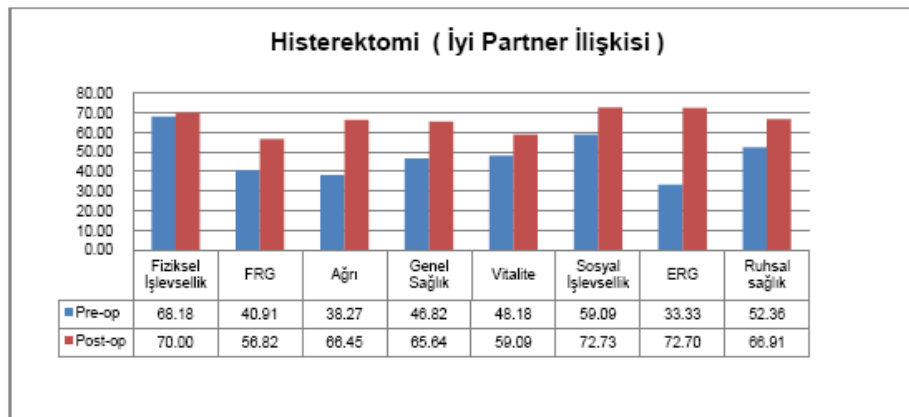
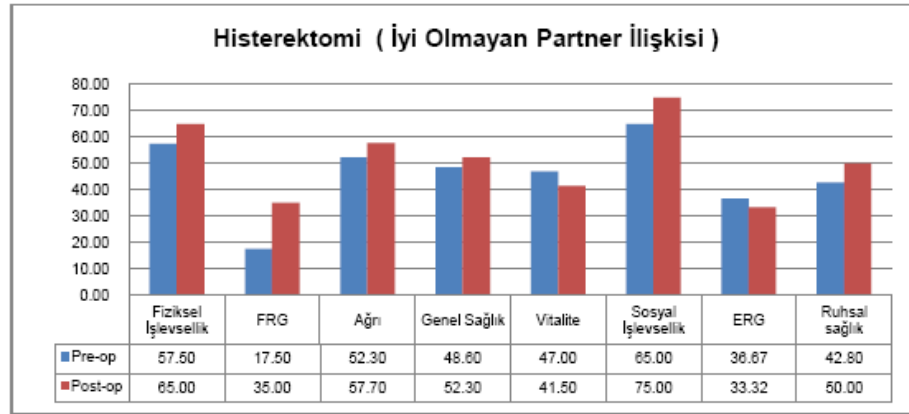


Histerektomi yapılan hastaları partnerleri ile olan ilişkileri göz önünde bulundurarak değerlendirirken partnerleri ile iyi ilişkileri olanlar ve olmayanlar olmak üzere iki alt gruba ayırdık. Veriler incelendiğinde; ameliyat öncesi genel yaşam kalitesinin bazı alt ölçeklerde partner ilişkileri iyi olanlarda diğerlerinden daha kötü olduğu tespit edilmiş olsa da partner ilişkileri ile yakın ilişkili olduğu düşünülen ruhsal sağlık verilerinin hem ameliyat öncesi hem ameliyat

sonrasında iyi partner ilişkisi olan hastalarda daha iyi olduğu izlenmiştir. Ameliyat sonrasında birçok alt ölçek puanının iyi partner ilişkisi olanlarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Histerektomi sonrası genel yaşam kalitesi her iki grupta da ameliyat öncesinden daha yüksek bulunmuştur.

Histerektomi yapılan, iyi partner ilişkileri olan ve olmayan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası genel yaşam kalitesi verileri aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.

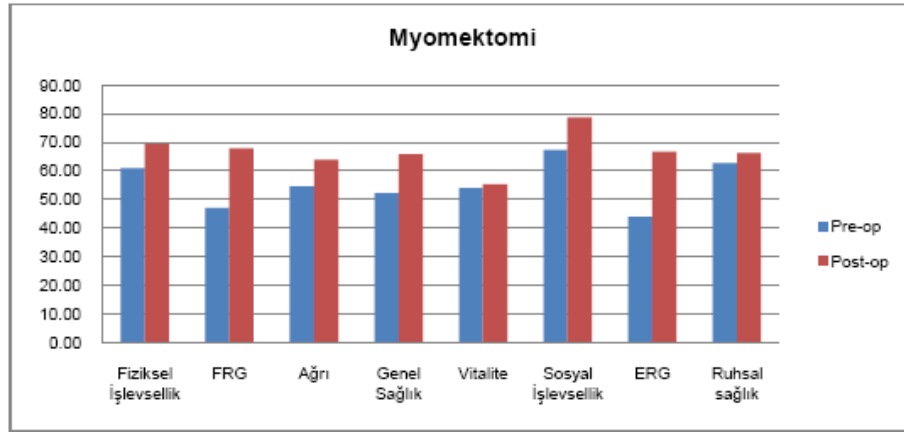
**Grafik 19.** Histerektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Partner ile Olan İlişki Kalitesine Göre Durumu.



Myomektomi uygulanan hastaların ameliyat öncesi genel yaşam kaliteleri incelendiğinde ise fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal işlevsellik, emosyonel rol güçlüğü ve ruhsal sağlık alt ölçeklerinin ortalama puanları sırasıyla;  $60.93 \pm 26.9$ ,  $46.87 \pm 13.66$ ,  $54.53 \pm 12.91$ ,

52.07±10.37, 53.84±13.64, 67.30±18.20, 43.73±19.84, 62.69±15.96 olarak tespit edilmiştir. Myomektomi sonrası verilere bakıldığında aynı alt ölçeklerin ortalama puanlarının sırasıyla; 69.28±20.29, 67.85±21.3, 63.85±17.28, 65.71±11.11, 55.14±21.01, 78.57±17.25, 66.64±23.35, 66.28±20.89 olduğu görülmektedir. Myomektomi uygulanan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası genel yaşam kalitesi verileri arasındaki fark değerlendirildiğinde; her bir alt ölçek için %99'luk güvenilirlik aralığında, ameliyat sonrası değerlerin iyileştiği ve bu farkın belirlenen güvenilirlik aralığında istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Myomektomi öncesi ve sonrası genel yaşam kalitesi verileri aşağıdaki grafiklerde gösterilmiştir.

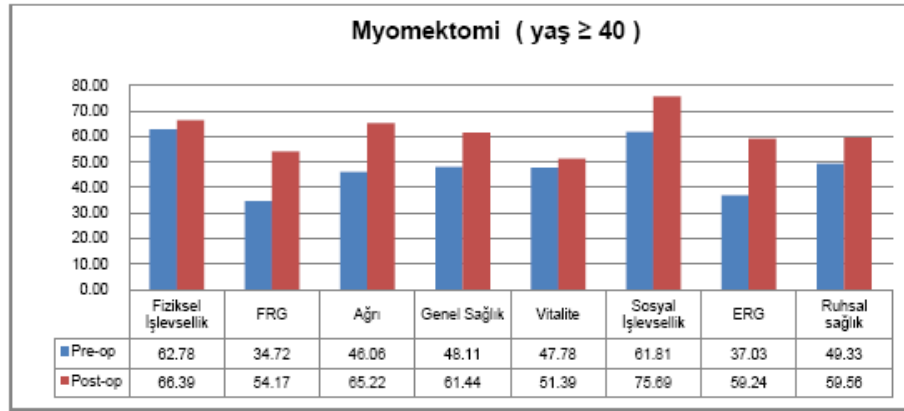
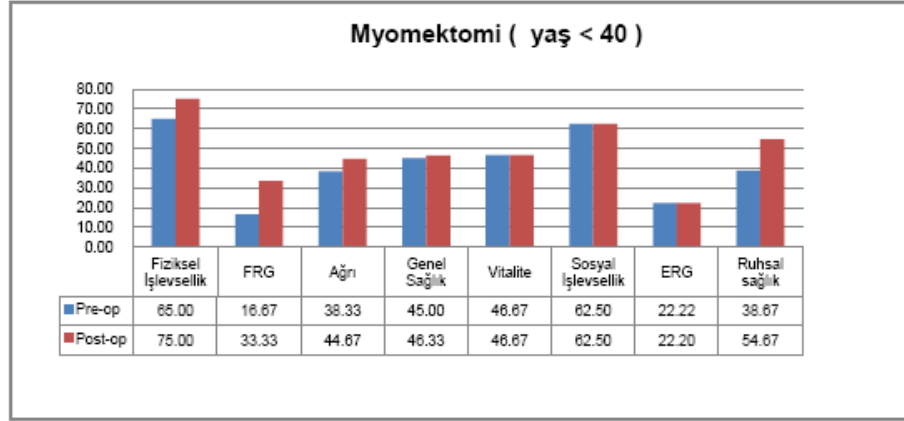
**Grafik 20.** Myomektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması.



Hastaları yaşlarına göre 40 yaş altı ve 40 yaş üstü olmak üzere iki gruba ayırdığımızda; 40 yaş üstündeki grubun ameliyat öncesi alt ölçek ortalama puanlarının birçoğunun 40 yaş altındaki gruptan daha iyi olduğu görülmektedir. Özellikle ruhsal sağlık, emosyonel ve fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puanlarının ameliyat öncesi ve sonrasında 40 yaş üstü grupta belirgin olarak daha iyi olduğu dikkati çekmektedir. Her iki grupta da ameliyat sonrası genel yaşam kalitesi alt ölçek puanlarının ameliyat öncesinden daha iyi olduğu tespit edilmiştir.

Myomektomi yapılan 40 yaş altı ve 40 yaş üstü hastaların ameliyat öncesi ve sonrası genel yaşam kalitesi verileri aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.

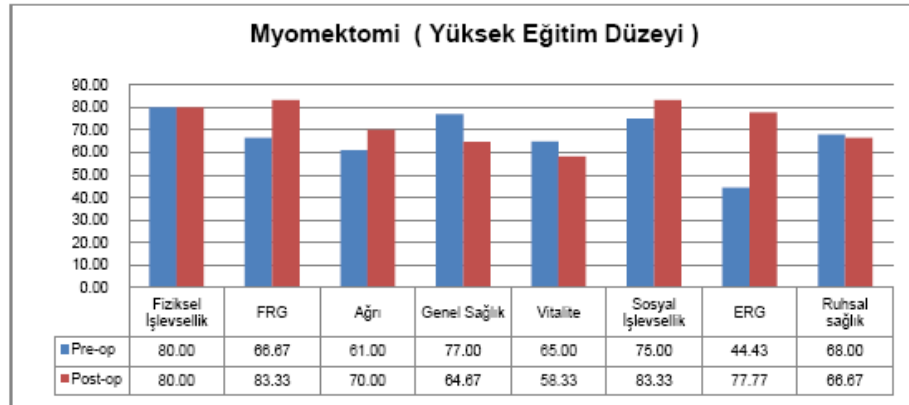
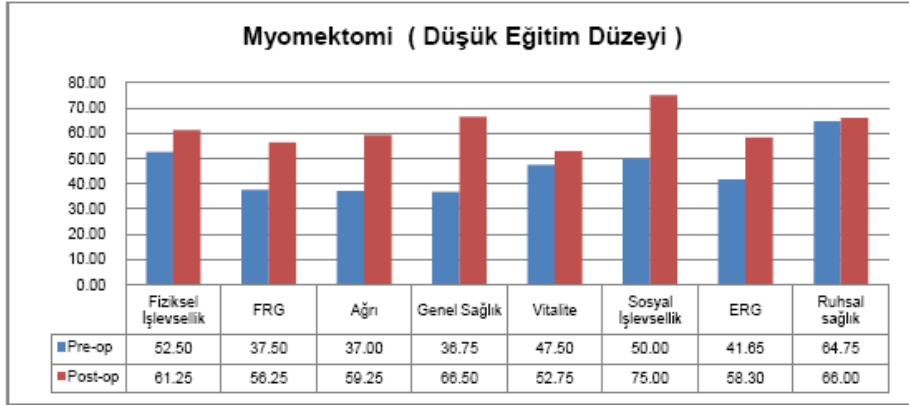
**Grafik 21.** Myomektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Yaş Gruplarına Göre Durumu.



Histerektomi yapılan hastaları eğitim düzeylerini göz önünde bulundurarak değerlendirirken yüksek eğitim düzeyi olanlar ve düşük eğitim düzeyi olanlar olmak üzere iki alt gruba ayırdık. Yaptığımız değerlendirmede; genel yaşam kalitesinin her bir alt ölçek için hem ameliyat öncesi hem sonrasında yüksek eğitim düzeyi olan hastalarda düşük eğitim düzeyi olan hastalara kıyasla belirgin olarak daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Dikkati çeken bir başka nokta ise ameliyat sonrası değerleri yüksek eğitim seviyesi olan hastalara kıyasla daha kötü olmaya devam etse de düşük eğitim seviyesi olan hastaların ameliyat sonrası değerlerinin ameliyat öncesine göre belirgin olarak iyileştiğidir. Yüksek eğitim seviyesi olan hastalarda da ameliyat sonrasında alt ölçek puanlarının birçoğunda iyileşme görülmüştür.

Myomektomi yapılan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası genel yaşam kalitesi verilerinin, eğitim düzeyine göre durumu aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.

**Grafik 22.** Myomektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Eğitim Düzeyine Göre Durumu.

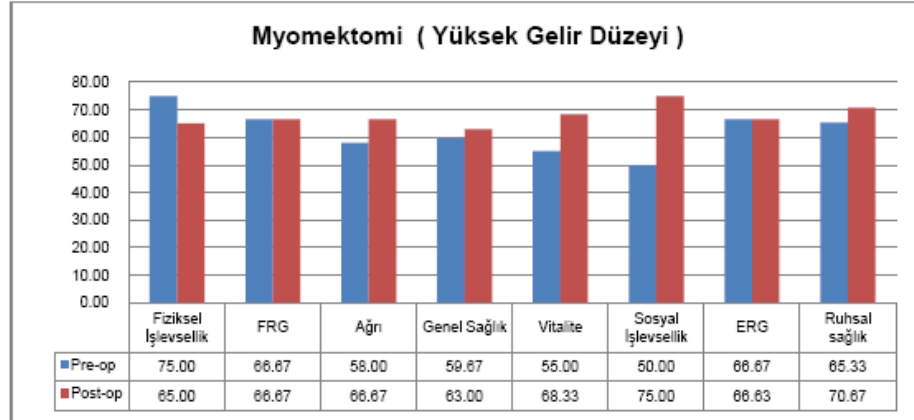
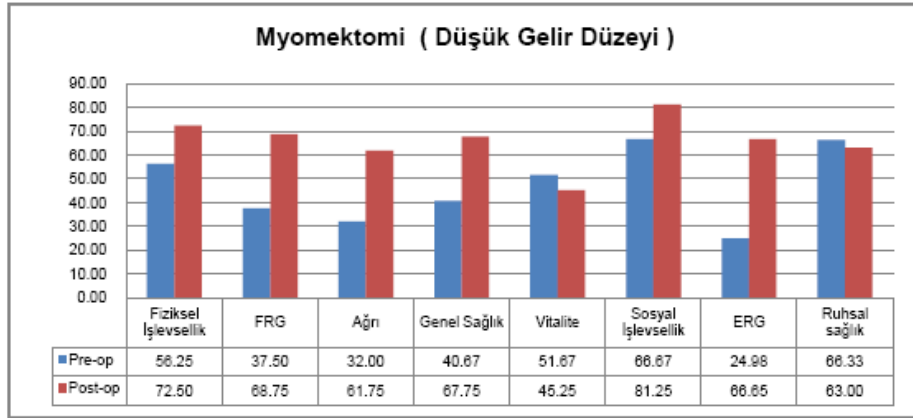


Myomektomi yapılan hastaları gelir düzeylerini göz önünde bulundurarak değerlendirirken yüksek gelir düzeyi olanlar ve düşük gelir düzeyi olanlar olmak üzere iki alt gruba ayırdık. Değerlendirmelerimiz sonucunda; myomektomi öncesi ve sonrası genel yaşam kalitesinin birçok alt ölçek için yüksek gelir düzeyi olan hastalarda düşük gelir düzeyi olan hastalara kıyasla belirgin olarak daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Yüksek gelir düzeyi olan hastalarda ameliyat sonrası verilerinin fiziksel işlevsellik hariç ameliyat öncesi verilerinden daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Düşük gelir düzeyi olan hastalarda ise ruhsal sağlık ve

vitalite hariç ameliyat sonrası değerlerin ameliyat öncesinden daha iyi olduğu tespit edilmiştir.

Myomektomi yapılan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası genel yaşam kalitesi verilerinin gelir düzeyine göre değişimi aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.

**Grafik 23.** Myomektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Gelir Düzeyine Göre Durumu.

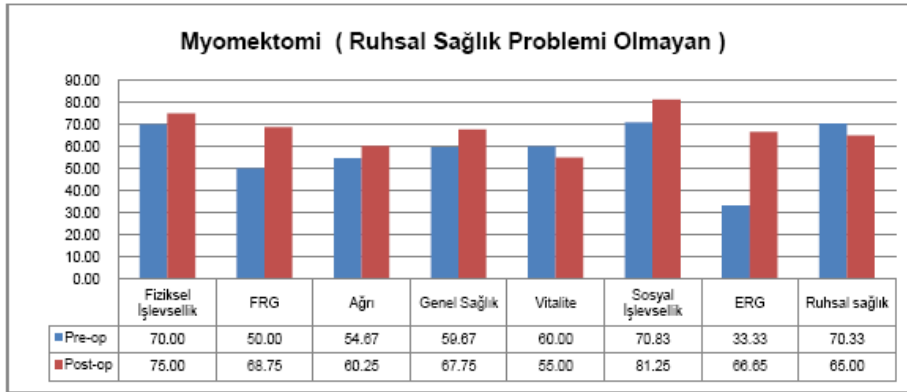
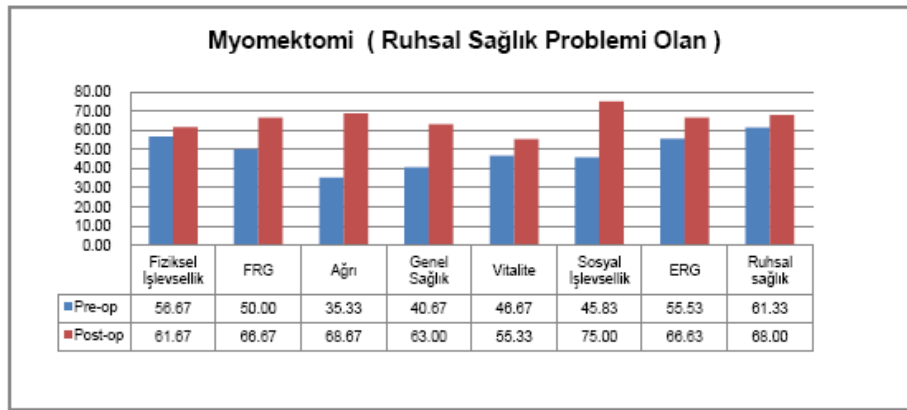


Myomektomi yapılan hastaları ruhsal sağlık durumlarını göz önünde bulundurarak değerlendirirken ruhsal sağlık problemi olanlar ve ruhsal sağlık problemi olmayanlar olmak üzere iki alt gruba ayırdık. Değerlendirmemizde; myomektomi öncesi genel yaşam kalitesinin ağrı ve emosyonel rol güclüğü alt ölçekleri haricinde ruhsal sağlık problemi olmayan hastalarda, ruhsal sağlık problemi olan hastalara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ağrı alt ölçeğinin hem ameliyat öncesi hem ameliyat sonrası puanlarının ruhsal sağlık

problemi olan hastalarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ameliyat sonrası genel yaşam kalitesi değerlendirildiğinde her iki grupta da puanların ameliyat öncesi puanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Myomektomi yapılan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası genel yaşam kalitesi verilerinin ruhsal sağlık durumuna göre değişimi aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.

**Grafik 24.** Myomektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Ruhsal Sağlık Durumuna Göre Değişimi.

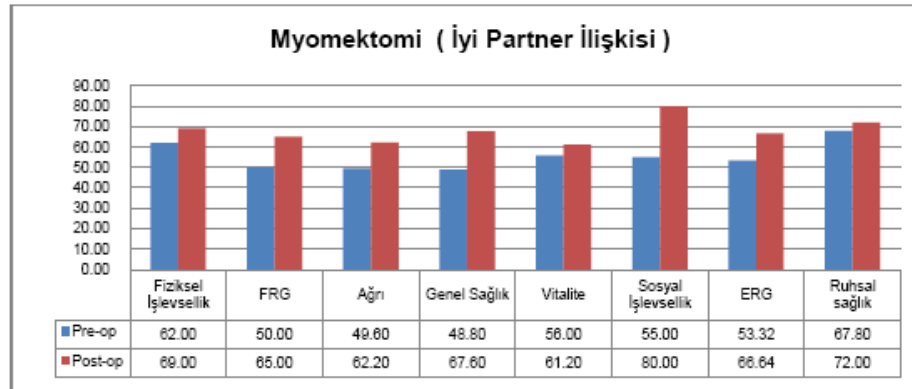
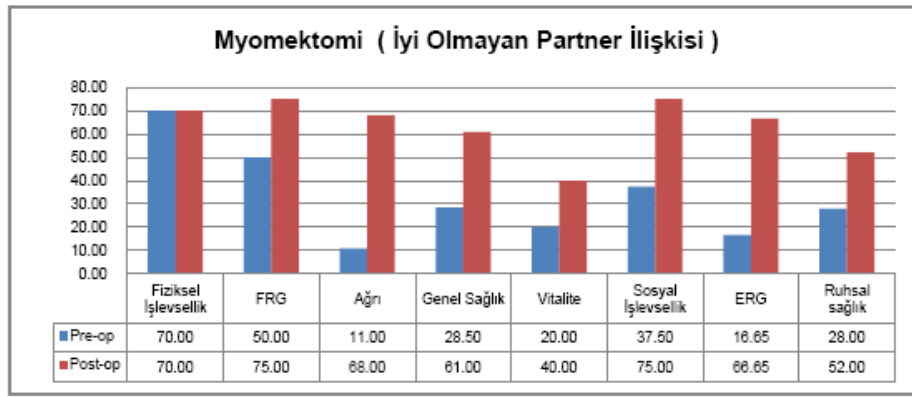


Myomektomi yapılan hastaları partnerleri ile olan ilişkilerini göz önünde bulundurarak değerlendirirken partnerleri ile iyi ilişkileri olanlar ve olmayanlar olmak üzere iki alt gruba ayırdık. Veriler incelendiğinde, ameliyat öncesi genel yaşam kalitesinin birçok alt ölçeğinin partner ilişkileri iyi olmayanlarda oldukça kötü olduğu ancak ameliyat sonrasında bütün alt ölçek puanlarının belirgin olarak iyileştiği tespit edilmiştir. Ameliyat sonrası birçok alt ölçek puanının

partner ilişkileri iyi olan hastalarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Her iki grupta da ameliyat sonrası değerlerin ameliyat öncesinden daha iyi olduğu görülmüştür.

Myomektomi yapılan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası genel yaşam kalitesi verilerinin partner ile olan ilişki kalitesine göre durumu aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.

**Grafik 25.** Myomektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Partner ile Olan İlişki Kalitesine Göre Durumu.



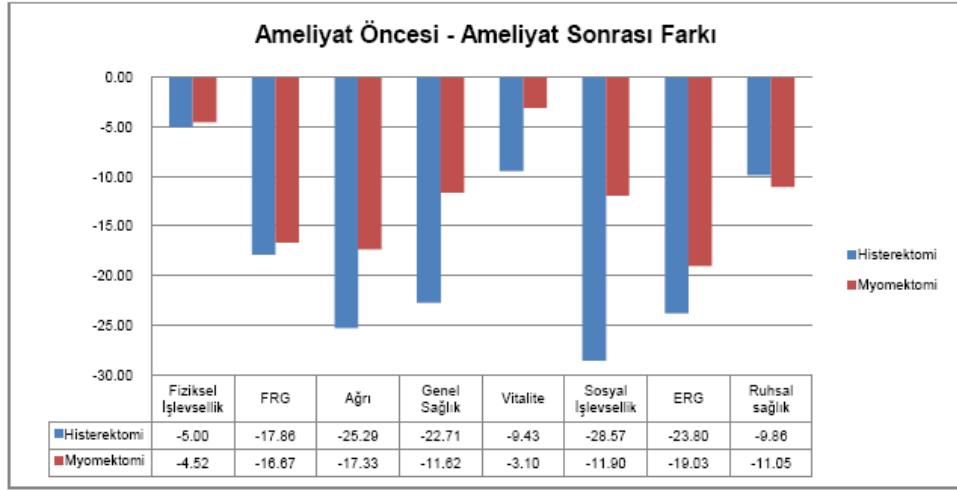
Histerektomi ile myomektomi yapılan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası verileri arasındaki fark karşılaştırıldığında ise tüm alt ölçeklerin histerektomi ve myomektomi yapılan hastalarda ameliyat öncesinden daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Alt ölçeklerin ameliyat öncesi ve sonrası ortalama puanları arasındaki fark incelendiğinde ise ruhsal sağlık dışındakilerde histerektominin sağladığı iyileşmenin myomektominin sağladığı



iyileşmeden daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Myomektominin ruhsal sağlıkta histerektominin sağladığından daha fazla bir iyileşme sağladığı görülmektedir.

Histerektomi ve myomektomi yapılan hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası verileri arasındaki farkı karşılaştıran grafik aşağıda gösterilmiştir.

**Grafik 26.** Histerektomi ve Myomektominin Genel Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkilerinin Karşılaştırılması.



## TARTIŞMA

Kadın cinselliği geçmişte olduğu gibi bugün de hala bir bilinmez olmaya devam etmektedir. Tarihsel olarak uterusu biçilen roller göz önünde bulundurulduğunda konu hakkındaki bitmez tartışmalar anlaşılır hale gelebilir. Uterus, serviks ve overlerin kadın cinsel fonksiyonu ve genel yaşam kalitesi için olan önemleri farklı tarihsel dönemlerde farklı şekillerde değerlendirilmiş ancak bu araştırmaların hiçbiri konu hakkındaki tartışmalara çözüm olamamıştır.

Bizim çalışmamızda histerektomi ve myomektominin, kadın cinsel fonksiyonu ve genel yaşam kalitesini ameliyat öncesi ile kıyaslandığında iyileştirdiği tespit edilmiştir.

Histerektomi sonuçlarını inceleyen çalışmalarda eskiden beri dizayn, örnekleme ve ölçmeyle ilgili sorunlar yaşanmıştır. Retrospektif çalışmalarda hatırlama ile ilgili sorunlar yaşanırken prospektif çalışmalarda yaşanan sorun ise ameliyat öncesi bazal değerlendirmenin çoğu zaman ameliyata çok yakın ve ameliyat ile ilgili endişelerin yoğun olduğu bir zamanda yapılmış olmasıdır<sup>6</sup>. Bizim yaptığımız çalışma da prospektif bir çalışmadır ve ameliyat öncesi bazal durumlarını değerlendirmek üzere hastalardan, ameliyat olmak üzere hastaneye yattıkları gün verilen anket formlarını doldurmaları istenmiştir. Dolayısıyla bahsedilen sorun bizim çalışmamız için de geçerlidir.

Histerektominin cinsel fonksiyon üzerine olan etkilerini inceleyen ilk çalışmalarda genelde histerektominin yarattığı psikolojik sonuçlar, cinsel istek ve ilişki sıklığı üzerine olan etkileri incelenmiştir. Örneğin Freud'un cinsel organların kaybını kastrasyon olarak nitelendiren düşüncesine göre histerektomi cinsel fonksiyonu fizyolojik değişikliklerden çok yarattığı psikolojik stres nedeniyle etkiler. O dönemde olayın fizyolojik temeli anlaşılammış olduğundan bütün kadınların aynı semptomları sergilemesi gerektiği düşünülmekteydi. Kadınların hepsinin aynı değişiklikleri yaşamayacağı bugün çok iyi anlaşılmıştır<sup>20</sup>. Richards 1970'li yıllarda "posthisterektomi sendromu" olarak adlandırdığı bir durumu tarif etmiştir. Histerektomi yapılan hastaların %70'inde depresyon kriterlerinin mevcut olduğunu iddia etmiş, cerrahi kontrol grubundaki %30'luk depresyon oranı ile karşılaştırıldığında bu çarpıcı fark kayda değer

bulunmuştur<sup>6</sup>. Aynı çalışmada 45 yaşın altında histerektomi-ooferektomi yapılan hastaların üçte birinde ameliyat sonrası cinsel istekte azalma olduğu belirtilmektedir. Histerektominin libido üzerine olan etkisini inceleyen en eski çalışmalardan biri 1970'li yıllarda Güney Afrika'da küçük bir grupta yapılan prospektif bir çalışma olup histerektominin, overlerin korunup korunmamasına bakılmaksızın libidoyu azalttığı ve östrojen replasman tedavisinin sonucu etkilemediği tespit edilmiştir<sup>20</sup>. 1980'den önce yapılan çalışmaların çoğunda histerektomi sonrası cinsel istekte %32-46 arasında azalmanın olduğu rapor edilmiştir. Ancak bu çalışmaların çoğu retrospektif ve kontrolsüz çalışmalardır<sup>6,47</sup>. Prospektif dizayna sahip, teknik olarak daha üstün çalışmalarda ise cinsel istek ya artmış ya da değişmemiştir<sup>6,48</sup>.

Konu ile ilgili yapılan daha yeni çalışmalardan birinde Dragisic ve arkadaşları histerektomi sonrası cinsel istek ve ilişki sıklığında, orgazm sıklığı ve gücünde değişiklik olmadığını gözlemlemişlerdir<sup>8</sup>. Bazı araştırmacılar herhangi bir uterus patolojisinin cinsel ilişki sıklığını azalttığını ve dolayısıyla histerektomi sonrası cinsel ilişki sıklığının dramatik olarak artması gerektiğini savunmuşlardır. Ancak cinsel ilişki sıklığı, pelvik ağrı ve kanama gibi semptomların yokluğu ile ilişkili olduğu gibi partnerin cinsel isteği gibi başka önemli faktörlere de bağlıdır. Bu nedenden dolayı histerektomi uygulanan hastalarda cinsel ilişki sıklığı ile cinsel fonksiyon arasındaki ilişkinin zayıf olduğu düşünülmektedir. Cinsel ilişki sıklığının; cinsel istek, tatmin, orgazm yeteneği, vajinal lubrikasyon veya disparoni ile de ilişkili olmadığı vurgulanmaktadır<sup>6</sup>. Bu nedenlerden dolayı cinsel ilişki sıklığı ile ilgili sorular yaptığımız çalışmaya dahil edilmemiştir.

Histerektominin cinsel fonksiyon üzerinde olumsuz etkiler yarattığı iddiası tartışılmaya başlandığında cinsel disfonksiyona sebep olabilecek faktörler araştırılmış, farklı cerrahi tekniklerin cinsel fonksiyon üzerine olan etkileri incelenmiştir. Roovers ve arkadaşlarının farklı histerektomi tekniklerinin cinsel fonksiyon üzerine olan etkilerini inceledikleri çalışmalarında total abominal, subtotal ve vajinal histerektominin cinsel fonksiyon üzerine olan etkileri karşılaştırılmıştır<sup>5</sup>. Cinsel ilişki sıklığı her üç grupta ameliyat öncesi ile aynı iken, cinsel tatmin ameliyat sonrasında artmıştır. Farklı cerrahi prosedürlerin genel

cinsel tatminde sağladıkları iyileşme birbirlerinden farklı bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda farklı histerektomi teknikleri yerine histerektomi ile konservatif bir cerrahi prosedür olan myomektominin etkileri incelenmiştir.

Eskiden beri histerektominin teorik olarak cinsel uyarılmada azalmaya sebep olması gerektiği düşünülmüş, konu ile ilgili çeşitli mekanizmalar öne sürülmüştür. Ancak uterusun alınmasının cinsel uyarılmada değişikliğe sebep olduğunu kanıtlayacak yeterli delil bulunamamıştır<sup>6</sup>. Goetsch ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada uterus ve serviksin çıkarılmasının cinsel uyarılmada değişiklik yaratıp yaratmadığı araştırılmıştır. Bu çalışmada hastaların %24'ünde cinsel uyarılma zorlaşırken, %11'inde iyileşme tespit edilmiştir. Orgazm cevabının %15'inde kötüleşirken, %14'ünde iyileştiği görülmüştür. Bunun yanında genel cinsel tatminin ise belirgin olarak iyileştiği tespit edilmiştir<sup>35</sup>.

Bizim çalışmamızda da ameliyatlardan önce ve sonra cinsel uyarılma değerlendirilmiş, histerektomi sonrası cinsel uyarılmanın kötüleştiği, bunun yanında myomektomi yapılan hastalarda cinsel uyarılmada iyileşme olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda histerektomi sonrası cinsel uyarılmada tespit ettiğimiz bu azalmayı açıklayan birçok mekanizma öne sürülmüştür. Cinsel ilişki sırasında pelvik organların hareketliliğinin ve üst vajenin cinsel uyarılma sırasındaki genişleme kabiliyetinin azalması, bunun yanında üst vajenden dokunmaya duyarlı dokunun alınmasının cinsel uyarılmadaki azalmayı açıkladığı savunulmuştur<sup>36</sup>.

Kadın cinsel yaşamını etkilemesi muhtemel diğer faktörler de araştırılmış, kadınların operasyon öncesi ve sonrasındaki cinsel yaşam kalitelerini yaş, ırk, ruhsal sağlık, kişiler arası ilişki ve sosyoekonomik statünün de etkilemekte olduğu tespit edilmiştir<sup>25</sup>. Düşük aylık geliri olan hastalarda eğitimden ve ırktan bağımsız olarak daha olumsuz sonuçlarla karşılaşmakta iken, cinsel fonksiyonu olumlu olarak etkileyen psikososyal faktörler arasında ise; partner ile olan sağlıklı ilişki, ekonomik kaygıların ve önemli yaşam kaygılarının olmaması sayılabilir<sup>6,14,25</sup>. Maryland Kadın Sağlığı Çalışması'nda da düşük gelir düzeyine sahip olmak, depresyon ya da diğer psikolojik problemler dolayısıyla tedavi görmek gibi faktörlerin ameliyat sonrası sonuçları olumsuz olarak etkilediği rapor edilmiştir.

Bizim çalışmamızda da histerektomi ve myomektomi uygulanan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası cinsel fonksiyonları; yaş, eğitim ve gelir düzeyi, partner ile olan ilişki kalitesi ve ruhsal sağlık probleminin mevcudiyeti gibi değişkenler göz önünde bulundurularak değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda yaşın ameliyat sonrası cinsel uyarılma üzerine etkisinin olmadığı görülmektedir. Diğer değişkenler irdelendiğinde ise; düşük eğitim ve gelir düzeyi olan, partnerleri ile ilişkileri iyi olmayan ve ruhsal sağlık problemi olan hasta alt gruplarında cinsel uyarılmanın ameliyat öncesinden daha kötü olduğu görülmektedir. Yüksek eğitim-gelir düzeyi ve iyi partner ilişkileri olan, ruhsal sağlık problemi olmayan hastalar ayrı olarak değerlendirildiğinde, aslında bu hasta grubunda ameliyat sonrasında cinsel uyarılmada iyileşme olduğu görülmektedir. Sonuç olarak; histerektomi uygulanan hastalardan yalnızca düşük eğitim-gelir düzeyi olan, kötü partner ilişkileri ve ruhsal sağlık problemi olan hasta grubunun cinsel uyarılmada kötüleşme yaşadığını söylemek mümkündür.

Yaptığımız çalışmada myomektomi ameliyatı sonrasındaki cinsel uyarılma düzeyleri değerlendirildiğinde ise; ameliyat sonrasında belirgin bir iyileşmenin kaydedildiği ayrıca yukarıda bahsedilen faktörlerin hiçbirinin cinsel uyarılma yeteneğini etkilemediği görülmektedir.

Kadın cinsel yanıt siklusu oldukça karmaşıktır ve yakın zamana kadar standart tanımlamalardan yoksun kalmıştır. Kadının normal cinsel yanıt siklusunu tanımlamak üzere birçok model tarif edilmiştir. Bunlardan biri Basson'un tarif ettiği duygusal yakınlık ve fiziksel tatmini temel alan siklik modeldir. Bu modele göre birçok fizyolojik/organik ve psikolojik faktör kadının cinsel yanıtını etkileyebilir, kadın cinsel ilişkiye girmeden veya orgazm yaşamadan tatmin olabilir<sup>1,4,32</sup>.

Bu bilgiler ışığında, değerlendirilen konunun karmaşıklığını da göz önünde bulundurarak histerektomi ve myomektomi yapılan hastaların ameliyat öncesi ve sonrasındaki cinsel tatminlerini değerlendirdik. Her iki grupta da cinsel tatminin genel olarak ameliyat sonrasında ameliyat öncesi ile kıyaslandığında arttığını tespit ettik. Hastalar yaş, eğitim ve gelir düzeyi, partner ile olan ilişki kalitesi ve ruhsal sağlık probleminin mevcudiyeti gibi değişkenler göz önünde

bulundurulacak değerlendirildiğinde ise histerektomi yapılan ve ruhsal sağlık problemi olan hasta grubunda ameliyat sonrası cinsel tatminin kötüleştiği tespit edilmiştir. Bahsedilen sonucun altta yatan psikiyatrik probleme işaret etmesi muhtemel görünmektedir. Diğer değişkenlerin ne histerektomi ne de myomektomi yapılan hastalarda cinsel tatmin sonuçlarını etkilemediği görülmektedir.

Uterus patolojisine bağlı pelvik ağrı ve disparoni prevalansının %40 ile %70 arasında olduğu varsayılrsa da bu hastaların yalnızca küçük bir kısmı ağrılı ilişkiden yakınmaktadırlar<sup>6</sup>. Histerektomi uygulanan hastaların yaklaşık %10'unda pelvik ağrı primer cerrahi endikasyonudur<sup>21</sup>. Teorik olarak hastalıklı bir organın alınmasının, disparoni ve pelvik ağrıda azalmaya sebep olması beklenmektedir. Ancak pelvik bölgede oluşan skar dokusu da postoperatif ağrıya sebep olabilir. Histerektomiye oofektominin de eklenmiş olması disparoniye yol açan vajinal kuruluğa sebebiyet verebilir. Ağrılı ilişki total histerektomi sırasında serviks ve uterusun çıkarılması sonucu vajenin daralıp kılmasına da bağlı olabilir<sup>6</sup>. Prospektif çalışmalarda disparoniden yakının hastaların oranı ortalama %40–56'dan, histerektomi sonrası %10-18'lere gerilemiştir<sup>6,48,49,50</sup>. Lambden ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hastaların %14'ünde histerektomi sonrası genel ağrı semptomları gerilerken disparonide artış tespit edilmiştir<sup>6</sup>. Zobe ve arkadaşlarının yaptığı total ve subtotal histerektomi yapılan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada ise disparoninin histerektomi sonrası belirgin olarak azaldığı tespit edilmiştir<sup>42</sup>.

Maryland Kadın Sağlığı alışması 1992 ve 1993 yıllarında Maryland'de yapılan ve histerektomi sonrası kadın cinsel fonksiyonunu araştıran konu ile ilgili yapılmış en büyük prospektif çalışmadır.<sup>50</sup> Toplam 1299 hastanın ameliyat öncesinde ve ameliyattan 6, 12, 18 ve 24 ay sonrasındaki cinsel fonksiyon verileri incelenmiştir. Cinsel istek, ilişki sıklığı, disparoni, orgazm ve vajinal kuruluk araştırılan ölçekler olmuştur. Cinsel ilişki sıklığının histerektomi sonrasında arttığı tespit edilmiştir. Disparoni yaşayan kadınların oranı ameliyat öncesinde %40.8 iken, 12. ayda %18.4'e, 24. ayda %14.9'a gerilemiştir. Disparoni yaşayan hastaların birçoğunun ameliyat sonrasında şikayetlerinin düzelmesine rağmen, ameliyat sonrası disparoni yaşayan hastaların birçoğunun

ameliyat öncesinde de aynı şikayetlerden yakındığı ortaya çıkmıştır. Histerektomi öncesi depresyonu olan hastaların ameliyat sonrasında disparoni yaşama ihtimalinin, depresyonu olmayan hastalardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Maine Kadın Sağlığı Çalışması da konu ile ilgili yapılmış olan büyük çalışmalardan biri olup, medikal tedavi uygulanan ve histerektomi yapılan hasta gruplarını karşılaştıran prospektif bir çalışmadır<sup>18,51</sup>. Bir yıllık süre sonunda histerektomi uygulanan hastaların semptomlarında, genel yaşam kalitesinde ve psikolojik fonksiyonlarında medikal tedavi uygulanan hastalarla kıyaslandığında belirgin bir iyileşme olduğu tespit edilmiştir. Disparoni ile ilgili sonuçlar incelendiğinde ise sık olarak disparoni yaşayan hastaların oranının bir yıl sonunda %32'den %5'e düştüğü görülmüştür<sup>50</sup>.

Bizim çalışmada da cinsel ilişkiye bağlı ağrı semptomlarının histerektomi ve myomektomi sonrasında azaldığı, myomektominin sağladığı iyileşmenin histerektominin sağladığı iyileşmeden belirgin olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Histerektomi yapılan hastalarda cinsel ilişkiye bağlı ağrı şikayetinde ameliyat öncesine göre az miktarda bir iyileşme olduğu tespit edilmiştir. Yaş, eğitim-gelir düzeyi, partner ile olan ilişki kalitesi ve ruhsal sağlık probleminin mevcudiyeti gibi değişkenler ağrı ile ilgili sonuçları etkilememiştir. Ruhsal sağlık problemi olan hastalarda ağrıda sağlanan iyileşme diğer alt gruplarda sağlanandan farklı değildir. Myomektomi yapılan hastaların ağrı alt ölçeği ayrı olarak değerlendirildiğinde ise sonuçların yüksek eğitim-gelir düzeyi olanlarda düşük eğitim-gelir düzeyi olanlara, ruhsal sağlık problemi olmayanlarda olanlara kıyasla daha iyi olduğu tespit edilmiştir.

Uterus ve serviksin orgazm yeteneği üzerine olan etkisi hep merak edilen ve hakkında çok sayıda araştırmanın yapıldığı bir konu olmuştur. Retrospektif çalışmaların çoğu histerektomi sonrası orgazm cevabında kötüleşme olacağını varsaymış olsa da prospektif çalışmalar bunu desteklememiştir. Konu ile ilgili ilk araştırmacılardan olan Masters ve Johnson orgazm sırasında vajinal kas kontraksiyonlarına uterus düz kas kontraksiyonlarının eşlik ettiğini dolayısıyla bu organın çıkarılmasının orgazm niteliği ve gücünde azalmalara sebep olacağını öne sürmüşlerdir. Kinsey ve arkadaşları ise vajinal duvarların dokunmaya

duyarsızken serviksin dokunmaya duyarlı olduğuna ve dolayısıyla orgazm için olan önemine işaret etmişlerdir<sup>6,52</sup>. Virtanen ve arkadaşları total histerektomi sonrası hastaların %21'inin orgazm sıklığındaki azalmadan şikayetçi olduklarını tespit etmişlerdir. Prospektif kontrollü çalışmaların birçoğunda histerektominin orgazm sıklığı ve kalitesinde olumsuzluk yaratmadığı tespit edilmiş olsa da bunun bir istisnası Kilkku ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadır. Bu çalışmada, orgazm seyrekliğinden şikayet eden hastaların oranının histerektomi sonrası %30'dan %47'ye yükseldiği, supraservikal histerektomilerde bu tür bir etkinin görülmediği öne sürülmüştür. Bütün bu çalışmaların sonuçları gözönünde bulundurulduğunda, histerektominin çoğu kadının orgazm potansiyelinde ciddi bir olumsuzluğa sebebiyet vermediği ancak %15-25'lik bir alt grubun orgazm sıklığında bir takım olumsuzluklar yaratabileceği söylenebilir<sup>6</sup>. Maryland Kadın Sağlığı Çalışması'nın orgazm ile ilgili sonuçları incelendiğinde ise histerektomi sonrası orgazm sıklığı ve orgazm gücünün arttığı görülmektedir. Histerektomiden önce hastaların %62.8'i orgazm yaşarken ameliyat sonrasında bu oran %72.5'e yükselmiştir<sup>50</sup>.

Bizim çalışmamızda histerektomi ve myomektominin orgazma ulaşma yeteneği üzerine olan etkileri değerlendirildiğinde, histerektominin orgazma ulaşma yeteneğini iyileştirdiği görülürken myomektomi sonrasında önemsiz bir kötüleşme yaşanmıştır. Myomektomi sonrası ortaya çıkan bu sonucun uygulanan cerrahi prosedüre bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada irdelenen yaş, eğitim ve gelir düzeyi, partner ile olan ilişki kalitesi ve ruhsal sağlık probleminin mevcudiyeti gibi değişkenlerden hiçbiri myomektomi yapılan hasta grubunun orgazma ulaşma yeteneğinde önemli bir değişiklik yaratmamıştır. Mevcut bulguların sebebi çalışmada yer almayan fiziksel sağlık sorunları ya da ciddi yaşam kaygılarının mevcudiyeti gibi cinsel fonksiyonu olumsuz etkileyebilecek diğer faktörlerin varlığı olabilir.

Maryland Kadın Sağlığı Çalışması'nda ortaya çıkan diğer önemli sonuçlar, histerektomi sonrasında vajinal kuruluk şikayetinin azaldığı ve libidonun arttığıdır. Histerektomi öncesinde vajinal kuruluk şikayeti olmayan hastaların oranı %37.3'ten, histerektomi sonrasında %46.8'e yükselmiştir. Ameliyat öncesinde mevcut olan vajinal kuruluk ve depresyon histerektomi



sonrasında vajinal kuruluk ve depresyon sorunlarıyla karşılaşma ihtimalinin en iyi prediktörüdür. Bu çalışmada histerektomi sonrasında cinsel isteğin belirgin olarak arttığı, histerektomi öncesi hipoaktif cinsel isteği olan hastaların %70'inin ameliyat sonrasında bu sorunlarının ortadan kalktığı görülmüştür. Ameliyat öncesi hipoaktif cinsel istek ve depresyonun varlığı ameliyat sonrasında aynı sorunlarla karşılaşma ihtimalini arttırmaktadır.

Bizim çalışmamızda da histerektomi sonrası lubrikasyon yanıtının genel olarak ameliyat sonrasında arttığı tespit edilmiştir. Hastalar yaş, eğitim ve gelir düzeyi, partner ile olan ilişki ve ruhsal sağlık durumu göz önünde bulundurularak alt gruplar halinde değerlendirildiğinde ise; 45 yaşın altında olan hastalarda, düşük eğitim ve gelir düzeyi olanlarda ve ruhsal sağlık problemi olan hastalarda ameliyat sonrasında lubrikasyon yanıtının kötüleştiği tespit edilmiştir. 45 yaş altındaki grupta elde edilen bu sonuç, histerektomiye çoğunlukla eklenen ooferektominin yol açtığı ani ovarian hormon kaybına bağlı olabilir. Düşük eğitim-gelir düzeyi ve ruhsal sağlık probleminin mevcudiyeti gibi değişkenlerin her biri tek başına cinsel fonksiyonun her bir basamağını olumsuz olarak etkileyebileceğinden bu sonuçlar sürpriz değildir. Myomektomi sonrası lubrikasyon yanıtı incelendiğinde lubrikasyon yanıtının ameliyat öncesine kıyasla arttığı tespit edilmiştir. Hastalar yaş, eğitim-gelir düzeyi, partner ile olan ilişki kalitesi ve ruhsal sağlık durumu gibi değişkenler göz önünde bulundurularak alt gruplar halinde değerlendirildiğinde ise yaşın sonuçları etkilemediği, diğer değişkenlerin de lubrikasyon yanıtını değiştirmediği görülmüştür.

Çalışmamızın cinsel istek ile ilgili sonuçlarına bakıldığında ise hem histerektomi hem myomektomi yapılan hastalarda ameliyat sonrasında genel olarak cinsel isteğin arttığı görülmektedir. Ancak histerektomi yapılan hastalardan 45 yaşın altında, düşük eğitim-gelir düzeyine sahip ve ruhsal sağlık problemi olanlarda ameliyat sonrasında cinsel isteğin olumsuz olarak etkilendiği görülmüştür. 45 yaşın altındaki hastalarda elde edilen olumsuz sonuçların cerrahi menopozun yarattığı sıkıntılara bağlı olduğu düşünülmektedir. Myomektomi yapılan hastalarda ise 40 yaşın üstündekilerde, düşük gelir düzeyi ve ruhsal sağlık problemi olanlarda ameliyat sonrasında

cinsel istekte azalma dikkati çekmektedir. Çalışma grubundaki myomektomi yapılan 40 yaş üstündeki hastalar genellikle çocuksuz olup, çocuk arzusu olan evli kadınlardır. Uterusa yapılan cerrahi müdahelenin bu hasta grubunun cinsel istek yanıtını olumsuz olarak etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Bu grubun orgazma ulaşma yeteneğinin de ameliyat sonrasında kötüleşmiş olması bu düşünceyi desteklemektedir.

Yapılan birçok çalışmada hastaların ameliyat sonrası genel memnuniyetleri de sorgulanmıştır. Roussis ve arkadaşları total abdominal, supraservikal ve vajinal histerektomi yapılan hastaları karşılaştırdıkları bir çalışmada yapılan ameliyatın hastaların %54.8'ni tatmin ettiğini, yalnızca %7.1'nin memnuniyetsiz olduğunu tespit etmişlerdir<sup>28</sup>. Farquhar ve arkadaşları histerektomi yapılan overleri korunan ve korunmayan hastaların ağrı ve depresyon ile ilgili sonuçlarını karşılaştırdıkları bir çalışmalarında her iki grupta da üç yılın sonunda hastaların memnuniyet oranlarının %90'dan fazla olduğunu bildirmişlerdir<sup>29</sup>. Bizim çalışmamızda da ameliyat sonrasında hastaları değerlendirirken, ameliyatın kendilerini memnun edip etmediğine dair bir soru sorulmuş ve yapılan değerlendirmeler sonucunda histerektomi yapılan hastaların %95.83'ünün, myomektomi yapılan hastaların %97.67'sinin ameliyattan memnun kaldıkları tespit edilmiştir. Bu bulguların oldukça çapıcı ve dikkate değer olduğunu düşünmekteyiz.

Histerektomi kararına yol açan jinekolojik problemler cinsel disfonksiyonun yanında sağlıkla ilişkili genel yaşam kalitesini de etkilemektedir. Histerektominin sağlıkla ilişkili genel yaşam kalitesini; anormal kanama, kronik pelvik ağrı ve semptomatik myomları tedavi ederek iyileştirmesi amaçlanır<sup>13</sup>. Kjerulff ve arkadaşları Maryland Kadın Sağlığı Çalışması'nın sonuçlarını farklı yönleriyle değerlendirmiş ve histerektominin ne kadar etkili bir tedavi yöntemi olduğu sorusuna cevap bulmaya çalışmışlardır<sup>18</sup>. Histerektominin semptomları ortadan kaldırıp kaldırmadığı, psikolojik etkileri ve genel yaşam kalitesine etkileri araştırılması hedeflenmiş konulardır. 2 yıllık prospektif çalışmada ameliyat öncesinde ve ameliyattan 3, 6, 12, 18 ve 24 ay sonrasındaki veriler incelenmiştir. Sonuçlar değerlendirildiğinde; semptomların şiddetinde, depresyon ve anksiyete seviyelerinde belirgin azalma olduğu, genel yaşam

kalitesinde ve özellikle sosyal fonksiyon alanında iyileşme olduğu tespit edilmiştir. Kadınların yalnızca %8'inde histerektomiden 2 yıl sonra ameliyat öncesi ile aynı şiddette semptomların olduğu tespit edilmiştir. Histerektomi öncesinde depresyon bulguları gösteren hastaların dörtte üçünün ameliyatın 12. ayında depresif olmadığı, ameliyat öncesi anksiyeteli olduğu tespit edilen hastaların %59.8'inin ameliyattan sonra anksiyeteli olmadığı görülmüştür. Kadınların birçoğunda başta sosyal fonksiyon alanında olmak üzere genel yaşam kalitesinde iyileşme sağlandığı görülmüştür. Sosyal fonksiyon kısıtlılığı yaşayan hastaların %87.5'nin ameliyattan 1 yıl sonra bu sorunlarının ortadan kalktığı tespit edilmiştir. Yüksek gelir düzeyi olan hastaların ameliyattan 12 ve 24 ay sonra sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyon ve sağlık algısı alanlarında olumsuz sonuçlarla karşılaşma olasılığı düşük gelir düzeyi olan hastalara kıyasla daha az olmuştur. Ameliyattan önce depresyon ya da herhangi bir ruhsal sağlık probleminin varlığı, ameliyattan sonra olumsuz sonuçlarla karşılaşma olasılığını arttırmıştır. Hartmann ve arkadaşları ise yaptıkları çalışmalarında ameliyat öncesinde ağrı ve depresyonu olan hastaların genel yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonlarını araştırmışlardır<sup>21</sup>. Pelvik ağrı ve depresyonu olan hastaların genel yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonlarında histerektomi sonrasında iyileşme sağlanmış ancak sağlanan iyileşmenin ağrısı ve depresyonu olmayan hastalara kıyasla daha az olduğu tespit edilmiştir.

Bizim yaptığımız çalışmada histerektomi ve myomektomi sonrası genel yaşam kalitesi; fiziksel fonksiyon, fiziksel ve emosyonel rol kısıtlaması, sosyal fonksiyon, mental sağlık, vitalite (enerji), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması olmak üzere toplam 8 boyutuyla değerlendirildiğinde ameliyat sonrası her bir alt boyutun hem histerektomi hem de myomektomi yapılan hastalarda ameliyat öncesine kıyasla iyileştiği tespit edilmiştir. Ayrıca histerektominin sağladığı iyileşmenin myomektominin sağladığı iyileşmeden daha fazla olduğu görülmektedir. Hastalar yaş, eğitim ve gelir düzeyi, partner ile olan ilişki ve ruhsal sağlık durumu gibi değişkenler göz önünde bulundurularak alt gruplar halinde değerlendirildiğinde ise ne myomektomi ne de histerektomi grubunda bu değişkenlerin sonuçlarda göze çarpan bir değişiklik yaratmadığı tespit edilmiştir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Histerektomi ve myomektominin kadın cinsel fonksiyonu ve genel yaşam kalitesi üzerine olan etkilerinin incelendiği bu çalışmada; histerektomi ve myomektominin kadın cinsel fonksiyonu ve sağlıkla ilişkili genel yaşam kalitesini ameliyat öncesine kıyasla iyileştirdiği tespit edilmiştir.

Histerektomi ve myomektomi yapılan hastaların ameliyat sonrası cinsel fonksiyonlarının her iki grupta da ameliyat öncesinden daha iyi olduğu, ameliyat öncesi ve sonrası arasındaki farkın belirlenen güvenilirlik aralığında istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Yapılan değerlendirmede, myomektominin sağladığı iyileşmenin histerektominin sağladığı iyileşmeden daha fazla olduğu görülmüştür. Ancak myomektomi ve histerektomi gruplarının özellikle yaş, çocuk sayısı ve evlilik süresi gibi demografik ve kişisel özellikler bakımından birbirinden çok farklı olması bu iki grubun ameliyat öncesi ve sonrası farklarını istatistiksel olarak değerlendirmemize engel olmuştur. Çalışmamıza dahil edilen hasta sayısının az olması ve histerektomi ve myomektomi gruplarının kişisel ve demografik özellikler bakımından eşleştirilmemiş olması çalışmamızın sınırlayıcı özellikleridir. İleride yapılacak çalışmalarda bahsedilen özellikler bakımından eşleştirilmiş, daha geniş grupların karşılaştırılması daha değerli sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir.

Histerektomi ve myomektomi yapılan hastaların ameliyat sonrasındaki sağlıkla ilişkili genel yaşam kalitelerinin de her iki grupta ameliyat öncesinden daha iyi olduğu, ameliyat öncesi ve sonrası arasındaki farkın belirlenen güvenilirlik aralığında istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Histerektominin genel yaşam kalitesinde sağladığı iyileşmenin myomektominin sağladığı iyileşmeden daha fazla olduğu görülmüş ancak myomektomi ve histerektomi gruplarının özellikle yaş, çocuk sayısı ve evlilik süresi gibi demografik ve kişisel özellikler bakımından birbirinden farklı olması nedeniyle iki grubun ameliyat öncesi ve sonrası farklarının istatistiksel değerlendirmesi yapılamamıştır.

Yaptığımız çalışmada elde ettiğimiz bulgular, son yıllarda yapılan ve histerektominin kadın cinsel yanıtını ve genel yaşam kalitesini iyileştirdiğini

savunan çalışmaların sonuçlarını desteklemektedir. Histerektominin cinsel fonksiyon ve sağlık ile ilişkili genel yaşam kalitesinde myomektomi gibi konservatif bir cerrahi prosedürle kıyaslanabilecek düzeyde sağladığı bu iyileşmenin, histerektominin sonuçlarıyla ilgili mevcut olan genel olumsuz kanıyı değiştirebileceği umundayız.

## KAYNAKLAR

1. Berek J.S., Novak Jinekoloji 13. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, 2004.
2. Halttunen M., Female sexualitiy dose need an uterine cervix: no need for subtotal hysterectomy, Acta Obstet. Gynecol. Scan., 2004; 83: 119-120.
3. Rosen R.C., J.L. Barsky, Normal sexual response in women, Obstet. Gynecol. Clin. N. Am., 2006; 33: 515-526.
4. Amato P., Categories of female sexual dysfunction, Obstet. Gynecol. Clin. N. Am., 2006; 33: 527-534.
5. Roovers J.P.W., J.G. Bom, C.H. Vaart, P.M. Heintz, Hysterectomy and sexual well being: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy and total abdominal hysterectomy, B.M.J., Volume 327.
6. Flory N., F. Bissonnette, Y.N. Binik, Psychosocial effects of hysteterctomy, literature review, Journal of Psychosomatic Research 2005; 59: 117-129.
7. Maas C.P., M.M. Kuile, E. Laan et al., Objective assessment of sexual arousal in women with a history of hysterectomy, B.J.O.G. 2004; 11: 456-462.
8. Dragisic K.G., M.P. Milad, Sexual functioning and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy, American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2004; 190: 1416-1418.
9. Halmesmaki K., R. Hurskainen, J. Teperi et al., The effect of hysterectomy or levonorgestrel releasing intrautarein system on sexual functioning among women with menorrhagia: a 5 year randomized controlled trial, B.J.O.G., 2007; 114: 563-568.
10. Farquhar C.M., L. Sadler, S.A. Harvey, A.W. Stewart, The association of hysterectomy and menopause: a prospective cohort study, B.J.O.G., 2005; 112: 956-962.

11. Farrell S., K. Kieser, Sexuality after hysterectomy, *Obstet. Gynecol.*, 2000; 95: 6.
12. Kuppermann M., R.E. Varner, R.L. Summit et al., Effect of hysterectomy v.s. medical treatment on health related quality of life and sexual functioning, *J.A.M.A.*, 2004; 291: 1447-1455.
13. Teplin V., E. Vittinghoff, F. Ling et al., Ooforectomy in premenopausal women: health related quality of life and sexual functioning, *Obstet. Gynecol.*, 2007; 109: 347-54.
14. Shifren J.L., N.E. Avis, Surgical menopause: effects on psychological well-being and sexuality, *Menopause*, 2007; 14: 586-591.
15. Lonee-Hoffmann R.A.M., B. Schei, N.H. Eriksson, Sexual experience of partners after hysterectomy, comparing subtotal with total abdominal hysterectomy, *Acta Obstet. Gynecol.*, 2006; 85: 1389-1394.
16. Meston C., The effects of hysterectomy on sexual arousal in women with a history of benign uterine fibroids, *Archives of Sexual Behavior*, 2004; 33: 31-42.
17. Farquhar C., C.A. Steiner, Hysterectomy rates in the United States, *Obstet. Gynecol.*, 2002; 99: 229-34.
18. Kjerulff K.H., P.W. Langenberg, J.C. Rhodes, L.A. Harvey, G.M. Guzinski, P.D. Stolley, Effectiveness of hysterectomy, *Obstet. Gynecol.*, 2000; 95: 319-26.
19. Lowenstein L., D. Yarnitsky, I. Gruenwald et al., Does hysterectomy affect genital sensation?, *Europ. J. of Obstet. Gynecol. and Rep. Biol.*, 2005; 119: 242-245.
20. Katz A., Sexuality after hysterectomy, *J.O.G.N.N.*, 2002; 31: 256-262.
21. Hartmann K.E., C. Ma, G.M. Lamvu, P.W. Langenberg, J.F. Steege, K.H. Kjerulff, Quality of life and sexual function after hysterectomy in women with preoperative pain and depression, *Obstet. and Gynecol.*, 2004; 104: 701-9.

22. Kjerulff K.H., J.C. Rhodes, P.W. Langenberg, L.A. Harvey, Patient satisfaction with results of hysterectomy, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2000; 183: 1440-7.
23. Benruby G.I., History of hysterectomy, *Journal of the Florida Medical Assosiation*, 1988; 75: 533-538.
24. Te Linde's Operative Gynecology, Dokuzuncu Basım, Türkçe, İzmir, Güven Kitabevi, 2005.
25. Maas C.P., T.M.P. Weijnenborg, M.M. Kuile, *Annual Review of Sexual Research*, 2003; 14: 83-113.
26. Johns A. Supracervical versus total hysterectomy, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1997; 40: 903-913.
27. Gimbel H., Total or subtotal hysterectomy for benign uterine disease? A meta-analysis, *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 2007; 86: 133-144.
28. Roussis N.P., L. Waltrous, A. Kerr, R. Robertazzi, M. Cabbad, Sexual response in the patient after hysterectomy: Total abdominal versus supracervical versus vaginal procedure, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2004; 190:1427-8.
29. Farquhar C., S.A. Harvey, L. Sadler, A. Stewart, A prospective study of 3 years of outcomes after hysterectomy with and without oophorectomy, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2006; 194: 711-7.
30. Laumann E.O., A. Paik, R.C. Rosen, Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors, *JAMA* 1999; 281: 537-44.
31. Kaplan H.S., Hypoactive sexual desire, *J. Sex Marital Ther.* 1969; 3:3-9.
32. Basson R., Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction, *Obstet. Gynecol.* 2001;98(2):350.
33. Sanders S.A, C.A. Graham, J.L. Bass, et al., A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation, *Contraception*, 2001; 64: 51-8.



34. Basson R., J. Berman, A. Burnett, et al., Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications, *J. Urol.* 2000; 163: 888-93.
35. Goetsch M.F., The effect of hysterectomy on specific sexual sensations, *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2005; 192: 1922-7.
36. Katz A., Sexuality after hysterectomy: Finding the right words. *A.J.N.*, 2005; 105:12.
37. Hoyle C.V., R.W. Stone, T. Robson, K. Whitley, G. Burnstock, Innervation of vasculature and microvasculature of the human vagina by NOS and neuropeptide containing nerves, *Journal of Anatomy*, 1996; 118: 633-644.
38. Butler-Manuel S.A., L.D.K. Buttery, R.P. Polak, D.P.J. Barton, Pelvic nerve plexus trauma at radical hysterectomy and simple hysterectomy: The nerve content of the uterus supporting ligaments, *Cancer*, 2000; 89: 834-841.
39. Maas C.P., M.C. DeRuiter, G.G. Kenter, J.B. Trimpos, The inferior hypogastric plexus in gynecologic surgery, *Journal of Gynecologic Techniques*, 1999; 5: 55-62.
40. Apperloo M.J., J.G. Van der Stage, A. Hoek, W. Schultz, In the mood for sex: The value of androgens, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2003; 29: 87-102.
41. Laughlin G.A., F. Barret-Connor, D. Kritz-Silverstein, D. Von Muhlen, Hysterectomy-oophorectomy and endogenous sex hormone levels in older women, *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2000; 85: 645-651.
42. Zobbe V., H. Gimbel, B.M. Andersen et al., Sexuality after total v.s. subtotal hysterectomy, *Acta Obstet. Gynecol. Scan.*, 2004; 83: 191-196.
43. Kısa Form (SF-36), Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler.
44. Koçyiğit H., Aydemir Ö., N. Ölmez, A. Memiş, Kısa Form-36`nın Türkçe Versiyonunun Güvenirliiği ve Geçerliliği, *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 1999; 12: 102-106.

45. Wiegel M., C. Meston, R. Rosen, The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross validation and development of clinical cut off scores, *J. Sex Marital Ther.*, 2005; 35: 1-20.
46. Locke H.J., K.M. Wallace, Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity, *Journal of Marriage and the Family*, 1959; 21: 251-255.
47. Craig C.A., P. Jackson, Sexual life after vaginal hysterectomy, *B.M.J.*, 1975; 3(5975): 97.
48. Guthl P., E.R. Greimel, R. Roth, R. Winter, Women`s sexual behavior, body image and satisfaction with surgical outcomes after hysterectomy: a comparison of vaginal and abdominal surgery, *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.*, 2000; 95: 199-205.
49. Ayoubi J.M., R. Fanchin, X. Monroizes, P. Imbert, J.M. Reme, J.C. Pons, Respective consequences of abdominal, vaginal and laparoscopic hysterectomies on women`s sexuality, *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 2003; 111: 179-82.
50. Rhodes J.C., K.H. Kjerulff, P.W. Langenberg, G.M. Guzinski, Hysterectomy and sexual functioning, *JAMA*, 1999; 282:1934-41.
51. Carlson K.J., B.A. Miller, F.J. Fowler, The Maine Women`s Health Study: Outcomes of hysterectomy, *Obstet. Gynecol.*, 1994; 83:556-65.
52. Kinsey A., W. Pomeroy, C. Martin, P. Gebhard, *Sexual behavior in the human female*, Philadelphia: W.B. Saunders, 2004.

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- ABD : Amerika Birleşik Devletleri
- ACOG : American College of Obstetrics and Gynecology
- AFUD : American Foundation of Urological Disease
- CGRP : Calcitonin Gene Related Peptid  
(Kalsitonin Geni ile İlişkili Peptid)
- DSM-4 : Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 4th edition
- FDA : Food and Drug Administration
- FSFI : Female Sexual Function Index
- IHP : İnferior Hipogastrik Pleksus
- KF-36 : Kısa Form-36
- LAVH : Laparoscopy Assisted Vaginal Hysterectomy  
(Laparoskopi yardımıyla vajinal histerktomi)
- NOS : Nitrik Oksit Sentaz
- NPY : Nöropeptit Y
- SHP : Süperior Hipogastrik Pleksus
- VIP : Vazoaktif İntestinal Peptit
- VPA : Vaginal Pulse Amplitude  
(Vajinal Atım Amplitüdü)

## TABLolar DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
Tablo 1 (Histerektomi Endikasyonları)	12
Tablo 2 (Kadın Cinsel Disfonksiyonu Kalsifikasyonu)	15
Tablo 3 (Histerektomi Sonrası Cinsel Fonksiyonu Etkileyen Faktörler)	24
Tablo 4 (Myomektomi Teknikleri)	27
Tablo 5 (KF-36'nın Türk Toplumunu Standartları)	29
Tablo 6 (Histerektomi Ve Myomektomi Yapılan Hastaların Demografik ve Kişisel Özellikleri)	32
Grafik 1 (Histerektomi Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonun Karşılaştırılması)	33
Grafik 2 (Histerektomi Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonun Yaş Gruplarına Göre Durumu)	34
Grafik 3 (Histerektomi Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonun Eğitim Düzeyine Göre Durumu)	35
Grafik 4 (Histerektomi Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonun Gelir Düzeyine Göre Durumu)	36
Grafik 5 (Histerektomi Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonun Ruhsal Sağlık Durumuna Göre Değişimi)	37
Grafik 6 (Histerektomi Öncesi ve Histerektomi Sonrası Cinsel Fonksiyonun Partner ile Olan İlişki Kalitesine Göre Durumu)	38
Grafik 7 (Myomektomi Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonun Karşılaştırılması)	39
Grafik 8 (Myomektomi Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonun Yaş Gruplarına Göre Durumu)	40
Grafik 9 (Myomektomi Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonun Eğitim Düzeyine Göre Durumu)	41
Grafik 10 (Myomektomi Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonun Gelir Düzeyine Göre Durumu)	42
Grafik 11 (Myomektomi Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonun Ruhsal Sağlık Durumuna Göre Değişimi)	43

Grafik 12 (Myomektomi Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonun Partner ile Olan İlişki Kalitesine Göre Durumu)	44
Grafik 13 (Histerektomi ve Myomektominin Cinsel Fonksiyon Üzerine Olan Etkilerinin Karşılaştırılması)	45
Grafik 14 (Histerektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması)	46
Grafik 15 (Histerektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Yaş Gruplarına Göre Durumu)	47
Grafik 16 (Histerektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Eğitim Düzeyine Göre Durumu)	48
Grafik 17 (Histerektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Gelir Düzeyine Göre Durumu)	49
Grafik 18 (Histerektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Ruhsal Sağlık Durumuna Göre Değişimi)	50
Grafik 19 (Histerektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Partner ile Olan İlişki Kalitesine Göre Durumu)	51
Grafik 20 (Myomektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması)	52
Grafik 21 (Myomektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Yaş Gruplarına Göre Durumu)	53
Grafik 22 (Myomektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Eğitim Düzeyine Göre Durumu)	54
Grafik 23 (Myomektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Gelir Düzeyine Göre Durumu)	55
Grafik 24 (Myomektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Ruhsal Sağlık Durumuna Göre Değişimi)	56
Grafik 25 (Myomektomi Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesinin Partner ile Olan İlişki Kalitesine Göre Durumu)	57
Grafik 26 (Histerektomi ve Myomektominin Genel Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkilerinin Karşılaştırılması)	58

# EK 1

## FEMALE SEXUAL FUNCTION İNDEX

Hasta Adı Soyadı / Dosya Numarası : \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

### AÇIKLAMALAR :

Bu sorular geçtiğimiz dört hafta içerisinde olan cinsel duygu ve cevap durumunuzu sorgular. Lütfen aşağıdaki soruları mümkün olduğunca açık olarak ve dürüstçe cevaplayınız. Cevaplarınızın **tamamen gizli kalacağından** emin olunuz.

Soruları cevaplarken kullanılan tanımlamalar şunlardan ibarettir:

**Cinsel aktivite** önsevişme , masturbasyon veya vajinal ilişkiyi içerebilir.

**Cinsel ilişki** vajinaya penisin girişi olarak tanımlanır.

**Cinsel uyarılma** partner ile olan önsevişmeyi, kendi kendine uyarılmayı (masturbasyon) veya cinsel fantazi durumlarını içerir.

### HER SORU İÇİN SADECE BİR KUTUYU İŞARETLEYİNİZ.

**Cinsel istek ve ilgi** ; cinsel bir deneyim yaşamak için duyulan istek , partnerin cinsel ilişki isteğine karşılık vermek ve cinsellik ile ilgili düşünce ve fantazileri kapsayan duygudur.

1. Geçtiğimiz dört hafta içerisinde, **ne sıklıkta** cinsel istek ve ilgi duydunuz ?

- Hemen daima veya daima
- Çoğu zaman ( bu sürenin yarısından çoğunda )
- Ara sıra ( bu sürenin yarısına yakınında )
- Nadiren ( bu sürenin yarısından azında )
- Hiç veya hemen hemen hiç

2. Geçtiğimiz dört hafta içerisinde cinsel istek ve ilgi **düzeyinizi** nasıl derecelendirirsiniz?

- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

**Cinsel uyarılma** cinsel heyecanlanmanın fiziksel ve düşünsel yönlerini içeren bir duygudur. Genital organlarda sıcaklık veya karıncalanma hissi , lubrikasyon ( ıslaklık ) veya kaslarda kasılmayı içerir.

3. Geçtiğimiz dört hafta içerisinde, cinsel aktiviteniz sırasında **ne sıklıkta** cinsel uyarılma hissettiniz?

- Cinsel aktivitem olmadı
- Hemen daima veya daima
- Çoğu zaman ( bu sürenin yarısından çoğunda )
- Arasına ( bu sürenin yarısına yakınında )
- Nadiren ( bu sürenin yarısından azında )
- Hiç veya hemen hemen hiç

4. Geçtiğimiz dört hafta içerisinde, cinsel aktiviteniz sırasında cinsel uyarılma **seviyenizi** nasıl derecelendirirsiniz?

- Cinsel aktivitem olmadı
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

5. Geçtiğimiz dört hafta içerisinde, cinsel aktiviteniz sırasında cinsel olarak uyarıldığınızdan ne kadar **eminsiniz**?

- Cinsel aktivitem olmadı
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

6. Geçtiğimiz dört hafta içerisinde, cinsel aktiviteleriniz sırasında **ne sıklıkta** tatmin oldunuz?

- Cinsel aktivitem olmadı
- Hemen daima veya daima
- Çoğu zaman ( bu sürenin yarısından çoğunda )
- Arasına ( bu sürenin yarısına yakınında )
- Nadiren ( bu sürenin yarısından azında )
- Hiç veya hemen hemen hiç

7. Geçtiğimiz dört hafta içerisinde, cinsel aktivite veya ilişkiniz sırasında **ne sıklıkla** ıslaklık hissettiniz?

- Cinsel aktivitem olmadı
- Hemen daima veya daima
- Çoğu zaman ( bu sürenin yarısından çoğunda )
- Ara sıra ( bu sürenin yarısına yakınında )
- Nadiren ( bu sürenin yarısından azında )
- Hiç veya hemen hemen hiç



**8.** Geçtiğimiz dört hafta içerisinde , cinsel aktiviteniz sırasında ıslaklık hissetmekte ne kadar **zorlandınız?**

- Cinsel aktivitem olmadı
- Çok zor veya imkansız
- Çok zor
- Zor
- Biraz zor
- Zor değil

**9.** Geçtiğimiz dört hafta içerisinde, cinsel aktivite veya ilişkiniz tamamlanana kadar ıslaklığınızı ne sıklıkla **koruyabildiniz?**

- Cinsel aktivitem olmadı
- Hemen daima veya daima
- Çoğu zaman ( bu sürenin yarısından çoğunda )
- Ara sıra ( bu sürenin yarısına yakınında )
- Nadiren ( bu sürenin yarısından azında )
- Hiç veya hemen hemen hiç

**10.** Geçtiğimiz dört hafta içerisinde, cinsel aktivite veya ilişkiniz tamamlanana kadar ıslaklığınızı korumada ne kadar **zorlandınız?**

- Cinsel aktivitem olmadı
- Çok zor veya imkansız
- Çok zor
- Zor
- Biraz zor
- Zor değil

**11.** Geçtiğimiz dört hafta içerisinde , cinsel uyarılma veya ilişki sırasında orgazma **ne sıklıkta** ulaştınız?

- Cinsel aktivitem olmadı
- Hemen daima veya daima
- Çoğu zaman (bu sürenin yarısından çoğunda)
- Ara sıra ( bu sürenin yarısına yakınında )
- Nadiren ( bu sürenin yarısından azında )
- Hiç veya hemen hemen hiç

**12.** Geçtiğimiz dört hafta içerisinde, cinsel uyarılma veya ilişki sırasında orgazma ulaşmakta ne kadar **zorlandınız**?

- Cinsel aktivitem olmadı
- Çok zor veya imkansız
- Çok zor
- Zor
- Biraz zor
- Zor değil

**13.** Geçtiğimiz dört hafta içerisinde, cinsel uyarılma veya ilişki sırasında orgazma ulaşma yeteneğiniz sizi ne kadar **tatmin** etti?

- Cinsel aktivitem olmadı
- Çok tatmin etti
- Orta derecede tatmin etti
- Tatminsizlik ve tatmin olma düzeyleri eşit
- Orta derecede tatminsizlik
- Çok tatminsiz

**14.** Geçiğimiz dört hafta içerisinde, cinsel ilişki sırasında parterinizle duygusal yakınlaşma düzeyiniz sizi ne kadar **tatmin** etti?

- Cinsel aktivitem olmadı
- Çok tatmin etti
- Orta derecede tatmin etti
- Tatminsizlik ve tatmin olma düzeyleri eşit
- Orta derecede tatminsizlik
- Çok tatminsiz

**15.** Geçiğimiz dört hafta içerisinde, partnerinizle olan cinsel yakınlaşmanız sizi ne kadar **tatmin** etti?

- Çok tatmin etti
- Orta derecede tatmin etti
- Tatminsizlik ve tatmin olma düzeyleri eşit
- Orta derecede tatminsizlik
- Çok tatminsiz

**16.** Geçen dört hafta içerisinde, genel olarak cinsel yaşantınız sizi ne kadar **tatmin** etti?

- Çok tatmin etti
- Orta derecede tatmin etti
- Tatminsizlik ve tatmin olma düzeyleri eşit
- Orta derecede tatminsizlik
- Çok tatminsiz

17. Geçtiğimiz dört hafta içerisinde, vajinal giriş esnasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık hissettiniz?

- Cinsel ilişkim olmadı
- Hemen daima veya daima
- Çoğu zaman ( bu sürenin yarısından çoğunda )
- Ara sıra ( bu sürenin yarısına yakınında )
- Nadiren ( bu sürenin yarısından azında )
- Hiç veya hemen hemen hiç

18. Geçtiğimiz dört hafta içerisinde, vajinal girişi takiben ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık hissettiniz?

- Cinsel ilişkim olmadı
- Hemen daima veya daima
- Çoğu zaman ( bu sürenin yarısından çoğunda )
- Ara sıra ( bu sürenin yarısına yakınında )
- Nadiren ( bu sürenin yarısından azında )
- Hiç veya hemen hemen hiç

19. Geçtiğimiz dört hafta içerisinde, vajinal girişi takiben veya vajinal giriş sırasında hissettiğiniz ağrı veya rahatsızlık **düzeyinizi** nasıl derecelendirirsiniz?

- Cinsel ilişkim olmadı
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

## EK 2

### YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1. Genel olarak sağlığınızla ilgili olarak aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

- a. Mükemmel   b. Çok iyi   c. İyi   d. Orta   e. Kötü

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştırdığınızda genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a. Çok daha iyi  
b. Biraz daha iyi  
c. Hemen hemen aynı  
d. Biraz daha kötü  
e. Çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir.

Sağlığınız şu sıralarda bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Oldukça kısıtlıyor	Biraz kısıtlıyor	Hiç kısıtlamıyor
a. Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi etkinlikler	a	b	c
b. Masa çekmek, elektrikli süpürgeyi itmek, ağır olmayan sporları yapmak gibi orta derecede etkinlikler	a	b	c
c. Günlük alışverişlerde aldıklarınızı kaldırma veya taşıma	a	b	c
d. Merdivenle çok sayıda kat çıkma	a	b	c
e. Merdivenle bir kat çıkma	a	b	c
f. Eğilme veya diz çökme	a	b	c
g. Bir iki kilometre yürüme	a	b	c
h. Birkaç sokak öteye yürüme	a	b	c
i. Bir sokak öteye yürüme	a	b	c
j. Kendi kendine banyo yapma veya giyinme	a	b	c

4. Son 4 hafta boyunca, bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
<b>a.</b> İç veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	<b>a</b>	<b>b</b>
<b>b.</b> Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	<b>a</b>	<b>b</b>
<b>c.</b> İç veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?	<b>a</b>	<b>b</b>
<b>d.</b> İç veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (rneğin daha fazla çaba gerektirmesi)	<b>a</b>	<b>b</b>

5. Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınızın sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
<b>a.</b> İç veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	<b>a</b>	<b>b</b>
<b>b.</b> Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	<b>a</b>	<b>b</b>
<b>c.</b> İşinizi ve diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?	<b>a</b>	<b>b</b>

6 . Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a.** Hiç etkilemedi
- b.** Biraz etkiledi
- c.** Orta derecede etkiledi
- d.** Olduğa etkiledi
- e.** Ařırđ etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

a. Hiç b. Çok hafif c. Hafif d. Orta e. Şiddetli f. Çok şiddetli

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi ne kadar etkiledi?

a.Hiç etkilemedi b.Biraz etkiledi c.Orta derecede etkiledi  
d.Oldukça etkiledi e.Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğiniz ile ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 hafta içindeki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
a.Kendinizi hayat dolu hissettiniz mi?	f	e	d	c	b	a
b.Çok sinirli bir insan oldunuz mu?	a	b	c	d	e	f
c.Kendinizi, hiçbir şeyin neşelendirmeyeceği kadar üzgün hissettiniz mi?	a	b	c	d	e	f
d.Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi ?	f	e	d	c	b	a
e.Kendinizi enerjik hissettiniz mi?	f	e	d	c	b	a
f.Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?	a	b	c	d	e	f
g.Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?	a	b	c	d	e	f
h.Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	f	e	d	c	b	a
i.Kendinizi yorgun hissettiniz mi?	a	b	c	d	e	f

10. Son 4 hafta boyunca, bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

a. Her zaman b. Çoğu zaman c. Bazen d. Nadiren e. Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

Her ifade için uygun olanı işaretleyiniz.

	<b>Kesinlikle doğru</b>	<b>Çoğunlukla doğru</b>	<b>Çoğunlukla bilmiyorum</b>	<b>Yanlış</b>	<b>Kesinlikle yanlış</b>
<b>a.</b> Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim	<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>	<b>d</b>	<b>e</b>
<b>b.</b> Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım	<b>e</b>	<b>d</b>	<b>c</b>	<b>b</b>	<b>a</b>
<b>c.</b> Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum	<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>	<b>d</b>	<b>e</b>
<b>d.</b> Sağlığım mükemmel	<b>e</b>	<b>d</b>	<b>c</b>	<b>b</b>	<b>a</b>