

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN HAST. HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Füsun VAROL

**35-55 YAŞ ARASI BENİGN NEDENLERLE TOTAL
HİSTEREKTOMİ AMELİYATI OLMUŞ KADINLARDA
HİSTEREKTOMİ AMELİYATININ CİNSEL
FONKSİYONLAR ÜZERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

YURDAGÜL GÜRKAŞ

EDİRNE - 2009

Yüksek lisans eğitimimin gerek ders aşamasında gerekse tez danışmanlığımı yaptığı süre içerisinde sabır ve özveri ile bana yol gösteren, bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Füsun VAROL'a, istatistikle ilgili konularda destek aldığım Doç. Dr. Necdet SÜT'e, Enstitü Müdürü Prof. Dr. Levent ÖZTÜRK'e, Sağlık Yüksek Okulu Öğretim Görevlileri değerli hocalarım Yard. Doç. Dr. Serap ÜNSAR ve Yard. Doç. Dr. İlknur DİNDAR'a, Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Uzm. Hem. Sevde ÇUBUKÇU AKSU'ya ve obstetri ve jinekoloji servisleri hemşirelerine ve eğitimime katkısı olan tüm değerli hocalarıma teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
CİNSELLİK	3
HİSTEREKTOMİ	22
HİSTEREKTOMİ VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	25
HİSTEREKTOMİ SONRASI GÖRÜLEBİLEN CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARINDA HEMŞİRENİN ROLÜ	32
GEREÇ VE YÖNTEM	38
BULGULAR	44
TARTIŞMA.....	60
SONUÇ VE ÖNERİLER	75
TÜRKÇE ÖZET	79
İNGİLİZCE ÖZET	81
KAYNAKLAR.....	83
RESİMLEMELER LİSTESİ	91
ÖZGEÇMİŞ	93
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

ACh: Asetilkolin

ACYÖ: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

AFUD: American Foundation of Urologic Disease

ASEX: Arizona Sexual Experiences Scale

CDC: Center for Disease Control and Prevention

CETAD: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği

DM: Diabetes Mellitus

DSM IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision

EKG: Elektrokardiyografi

E₁: Östron

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

HT: Hipertansiyon

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Healthb Problems

KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği

KCFB: Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

LAVH: Laparoskopik Asiste Vaginal Histerektomi

MS: Multiple Skleroz

NO: Nitrik Oksit

NOS: Nitrik Oksit Sentetaz

PDE: Fosfodiesteraz

PID: Pelvik İnflamatuar Hastalık

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TAH+BSO: Total Abdominal Histerektomi + Bilateral Salpingo ooferektomi

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

VH: Vaginal Histerektomi

VIP: Vasoaktif İntestinal Peptit

WHO: World Health Organization

GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsellik, biyo-psikolojik, sosyo-kültürel, ahlaki ve ekonomik boyutları olan karmaşık bir bütündür. Cinsel işlevler, başta merkezi sinir sistemi, genital organlar ve tüm bedenin katıldığı, 30'dan fazla hormon ve kimyasal maddenin de etkilemesi ile yürütülen bir süreçtir. Bu nedenle hastalıklar, ameliyatlar, kullanılan ilaçlar ve menopoz, ergenlik, gebelik gibi dönemsel durumlar cinselliği etkileyebilir (1).

Cinsel sağlık kavramı ise, insan cinselliğine pozitif yaklaşımı anlamına gelen; cinsel yaşamın bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan bir bütün olarak ele alınması yoluyla kişilik, iletişim, ve sevginin olumlu yönde zenginleşmesi ve güçlenmesidir (2). Cinsel sağlığın bozulması, cinsel işlev bozukluğu olarak adlandırılır ve fiziksel, ruhsal, aile ve sosyal sağlığın bozulmasına yol açar. Cinsel işlevde oluşan bozukluklar insanları en fazla mutsuz eden sağlık sorunlarının başında gelmektedir (1).

Cinsel işlev bozukluğunun görülme oranı yaş dağılımına göre değişmekle birlikte literatürde %25–71 olarak gösterilmiştir (3).

Histerektomi, uterus ve eklerinin cerrahi olarak çıkarılmasıdır ve Amerika'da kadın doğum uzmanlarınca sezaryen ameliyatından sonra, dünyada ve ülkemizde ise en fazla yapılan ameliyattır. Gelişmiş ülkelerde tüm yaş grubundaki kadınlarda histerektomi hızı %6,1-8,6 arasında değişmekle birlikte, bu ameliyatı geçiren kadınların %75'i 20 ile 49 yaş arasında olup, ortalama yaşı 42,7'dir (4, 5).

Ülkemizde 35-55 yaş grubunda histerektomi ameliyatının hangi sıklıkta yapıldığını gösteren net bir veri bulunmamaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığı istatistik birimi ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, ameliyat sayılarının ve

Türkiye nüfusunun her geçen yıl arttığı göz önünde bulundurulursa, histerektomi sayısının da yukarıya doğru bir çizgi izlediği düşünülmektedir (6,7).

Histerektomi kaynaklarda, fiziksel, psikolojik, sosyal boyutu olan, olumlu ve olumsuz unsurları barındıran karmaşık bir deneyim olarak tanımlanmaktadır. Eski çağlardan beri, uterusu önemli fizyolojik fonksiyonları kontrol edici ve düzenleyici görevine ek olarak seksüel bir organ, enerji ve yaşam gücünün kaynağı, gençliğin ve cazibenin koruyucusu gözüyle bakılmaktadır. Histerektomi ameliyatı sonucu uterusun kaybedilmesi, kadının cinsel mutluluğunu, cinsel çekiciliğini kaybetme korkusu yaşamasına ve kendi bedenini algılama durumunun değişmesine neden olabilmektedir. Ancak histerektominin cinsel işlevlere etkilerinin olumlu ya da olumsuz olduğu konusunda literatür bilgileri kesin değildir (8-10).

Ülkemizde cinsellik, kadının tüm gelişim dönemlerinde olduğu gibi sağlık sorunlarının olduğu dönemlerde de göz ardı edilen bir konudur ve kadın cinsel disfonksiyonuna ilişkin veriler sınırlıdır. Cinselliğin bir tabu olarak görülmesi kadınların bu konudaki şikâyetlerini dile getirmelerini ve yardım almalarını engellemektedir (11, 12). Bir de histerektomi ameliyatı gibi kadın cinsel organlarını doğrudan ilgilendiren ameliyatın sonrasında, kadınların cinsel işlevlerinin bundan sonra nasıl olacağı hakkında merak ettikleri konular daha fazla olmaktadır. Dolayısıyla bu ameliyatı geçiren kadınların merak ettikleri sorularının cevaplandırılması, varsa cinsel problemlerinin tanınıp uygun birimlere yönlendirilmesi ve tedavi edilmesi yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından da büyük önem taşımaktadır.

Kadınların kadın sağlığı ile ilgili birimlerde bakım aldıkları gruplardan biri de ebe ve hemşirelerdir. Bu yüzden histerektomi sonrası cinsel işlev ile ilgili soruların cevaplanması, bu konuda kadına danışmanlık yapıp uygun bölümlere sevk edilmesi konusunda hemşire ve ebelerin yeterli bilgi birikimine, deneyime ve ülkemizdeki durumu bilmeleri için ülkemizde yapılan çalışmalara ihtiyaçları vardır.

Bu araştırma, ülkemiz koşullarında 35-55 yaş arasında benign nedenlerle histerektomi ameliyatı geçirmiş kadınlarda, histerektomi ameliyatının cinsel fonksiyonlara etkisini belirlemek amacıyla ön test-son test karşılaştırmalı, prospektif, tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

CİNSELLİK

Cinsellik, sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş, biyolojik, psikolojik, sosyal yönleri olan, cinsel doyumunu ve iki insanın bir armoni eşliğinde beraberliklerini içeren özel bir yaşantı olarak tanımlanabilir (13, 14). Kişisel yaşamın sürdürülebilmesi için cinselliğin doyurulması mutlaka zorunlu değildir, fakat türün sürekliliği için olması gereken bir işlevdir (13).

Biyolojik boyut, temel olarak üremeyi içermektedir. Cinsel işlevler, merkezi sinir sistemi ve tüm bedenin katıldığı, vücut tarafından üretilen hormonlar ve kimyasal maddelerin etkileşimi ile yürütülen bir süreçtir. İnsan ve hayvanlarda neslin devamını sağlayan cinsel dürtülerin güçlülüğü de dikkate alınırsa, biyolojik boyutun anlamı ortaya çıkmaktadır (1, 15).

Psikolojik boyut açısından cinsellik, bireyin seçtiği, tasarladığı ve zaman zaman erteleyerek de olsa yaşadığı bir boyuttur. Burada “yakınlaşma, bütünleşme, bir olma” gereksinim ve isteği belirgindir. Duygusal paylaşımın yoğunluğu, yakınlaşmayı ve cinsel işlevi belirleyici rol oynamaktadır. Bireyin, psikolojisini oluşturan temel tutumlar, kişiliği, duyguları, paylaşımları, travmaları, öğrenilmiş davranış modelleri cinselliğe yaklaşımını ve seçimini belirler (1, 15).

Sosyal boyut ise, bir yanda iki insanın birlikte oluşu, diğer yanda toplumsal değer yargılarıyla kendini göstermektedir. Bu yanıyla cinsellik, aile, yakın çevre, alt kültür, toplumsal yapı, değer yargıları, inançlar, geleneklerden bağımsız bir şekilde ele alınamamaktadır. Örneğin ülkemizde vaginismusta olduğu gibi, sadece sosyo

kültürel nedenler bile cinsel işlev bozukluğunun oluşmasına neden olabilmektedir (1,15).

Bu tanımlar çerçevesinde, sağlıklı cinsel yaşamın sınırları, anksiyete ve suçluluk uyandırmayan yaşantılar olarak çizilebilir. Farklı gibi görünen davranışlar, kompulsif olmadıkça ve iki tarafça da kabul gördüğü durumda, sağlıklı kabul edilebilir (15).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), cinsel sağlığı 'Cinsellik, fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin; kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur. Cinsel bir varlık olarak insanın bedensel, duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu yönde zenginleştiren ve arttıran sağlıklılık halidir' şeklinde tanımlamaktadır (1, 16, 17).

Cinsel sağlığın amacı sadece üreme ve cinsel hastalıklarla sınırlandırılmış tıbbi bakım ve danışmanlık değil, kişiliğin, kişisel ilişkilerin ve yaşamın güçlendirilmesidir. Cinsellik karşılıklı saygı, mutlu ve güvenli ilişkiler şeklinde yaşandığında, bireyleri zenginleştirir (1).

Bir insanın başka bir insana yakınlık duyması, her iki taraf için de farklı davranışları içerebilir. Bunun için cinsellik yaşanırken taraflar hoşlandıkları ya da hoşlanmadıkları cinsel davranışları konuşabilmelidirler. Paylaşım ve kendini ifade etme, çift için ortak ve en uygun cinsel davranışı bulmalarını sağlar. Hiç kimse hoşlanmadığı bir cinsel davranışı yaşamak ve sürdürmek zorunda değildir (1).

Dünya Cinsel Sağlık Birliği'nin (World Association for Sexual Health) 10-15 Temmuz 2005 tarihleri arasında Kanada-Montreal'de yapılan 17. Dünya Seksoloji Kongresinde kabul ettiği Cinsel Haklar Bildirgesi aşağıdaki gibidir (18).

Cinsellik her insanın kişiliğinin ayrılmaz bir parçasıdır. Cinselliğin tam olarak gelişimi temas, mahremiyet, duygusal ifade, zevk, şefkat, aşk gibi temel insan ihtiyaçlarının doyumuna bağlı olmakla birlikte birey ile sosyal yapılar arasındaki etkileşim aracılığıyla oluşur. Cinselliğin tam gelişimi bireysel, kişiler arası ve toplumsal mutluluk/iyilik için temel gereklerden biridir.

Cinsel haklar, özgürlüğe, onura ve her bir kişinin eşitliğine dayalı evrensel insan haklarıdır. Sağlık, insan haklarının ana unsurlarından biri olduğuna göre cinsel sağlık da temel bir insan hakkı olmalıdır. Bireylerin ve toplumların cinsel sağlıklarının gelişiminin temini için aşağıdaki cinsel haklar tanınmalı, teşvik edilmeli, saygı

gösterilmeli ve toplumlar tarafından savunulmalıdır. Cinsel sağlık bu cinsel hakların tanındığı, saygı duyulduğu ve uygulandığı ortamlarda mümkündür. Sağlık profesyonellerinin kişinin cinsel haklarını bilmesi ve cinsel konularda danışmanlık verirken bu konuya da değinmeleri gerekmektedir.

Cinsel Özgürlük Hakkı

Cinsel özgürlük bireylerin tüm cinsel potansiyellerini ifade etmelerine olanak verir. Ancak her çeşit cinsel zorlama, istismar ve taciz yaşamın her anında cinsel özgürlüğün dışındadır.

Cinsel Otonomi, Cinsel Bütünlük ve Vücut Güvenliği Hakkı

Bu hak kişinin kişisel ve sosyal etiği çerçevesinde, cinsel hayatıyla ilgili kendi kendine karar verebilme gücünü içerir. Ayrıca işkence, yaralama ve her çeşit şiddetten arınmış olarak vücudu kontrol etmemeye ve zevk almaya olanak verir.

Cinsel Mahremiyet Hakkı

Bu madde başkalarının cinsel haklarına müdahale edilmediği sürece yaklaşma konusunda bireysel karar verme ve davranma hakkını içerir.

Cinsel Eşitlik Hakkı

Cinsiyet, toplumsal cinsiyet, cinsel yönelim, yaş, ırk, sosyal sınıf, din veya fiziksel ve zihinsel engel gözetilmeden hiçbir ayırımı maruz kalmama hakkıdır.

Cinsel Zevk Hakkı

Cinsel zevk, otoerotizm dâhil olmak üzere, fiziksel, psikolojik, akli ve ruhsal refah kaynağıdır.

Duygusal Cinsel İfade Hakkı

Cinsel zevk erotik haz ve cinsel eylemlerden daha fazlasıdır. Bireylerin cinselliklerini iletişim, dokunma, duygusal ifade ve aşk aracılığıyla ifade etme hakları vardır.

Özgürce Cinsellik İçeren İlişki Kurma Hakkı

Bunun anlamı evlenme ya da evlenmeme, boşanma ve başka çeşitli sağlıklı cinsellik içeren ilişkiler kurabilme ihtimalinin olmasıdır.

Özgür ve Sağduyulu Üreme Seçimi Yapma Hakkı

Bu madde çocuk sahibi olma veya olmamayı seçme hakkını, çocuk sayısına ve ne kadar aralıkla olacağına karar verme hakkını ve doğurganlık düzenlemeleriyle ilgili tüm tedavilere tam erişim hakkını içerir.

Bilimsel Araştırmaya Dayalı Cinsel Bilgi Edinme Hakkı

Bu hak cinsel bilginin bilimsel açıdan etik araştırmalar sonucu elde edilmiş olması ve bütün sosyal seviyelerdeki kişilere uygun şekilde yayılması gerektiğini ifade eder.

Kapsamlı Cinsellik Eğitimi Hakkı

Bu, doğumdan başlayarak yaşam boyu devam eden bir süreçtir ve bütün sosyal kurumları kapsamalıdır.

Cinsel Sağlık Bakımı Hakkı

Cinsel sağlık bakımı tüm cinsel endişe, sorun ve hastalıkların engellenmesi ve tedavisinde mevcut ve ulaşılabilir olmalıdır (18).

Cinsellikle İlgili Kavramlar

Cinsiyet: İnsanoğlunun, kadın ya da erkek olarak tanımlanmasını sağlayan anatomik, fiziksel, genetik ve biyolojik özelliklerinin tümüne denir (16).

Toplumsal Cinsiyet (Gender): Bireyin ya da toplumun kadını ya da erkeği tanımlama şeklidir. Bu tanımlamada kültürel değerler, tutumlar, roller etkilidir. Kadın ve erkek için uygun görülen, sosyal olarak belirlenen rol ve sorumluluklarını ifade eder (16).

Cinsel Kimlik (Gender Identity): Bireyin kendi bedenini ve benliğini belli bir eşeylik içinde algılayışı ve kabullenışıdır. Kişinin kendini kız, erkek ya da her iki cinsiyette algılamasıdır da denilebilir (19). Cinsel kimlik, cinselliğin farklı boyutları olan biyolojik, psikolojik, fiziksel, zihinsel, sosyal süreçlerin etkileşimi ile gelişir. Kişiliğin gelişiminde çok önemli olan yaşamın ilk dört yılı, cinsel kimliğin gelişmesinde de önemlidir. Çocuk bu dönemde kendine rol model olarak algıladığı kişi ile özdeşleşir ve davranışlarını ona benzetmeye çalışır. Bu yüzden özellikle bu dönemde çocuğun kendine rol model olarak alabileceği cinsiyetine uygun kişilerin olması gerekmektedir (1, 19).

Cinsel yönelim: Bireyde duygu, istek ve davranışların belli bir cinse çekimidir. Bu yöneliş kişinin cinsel kimliğine uygun ya da karşıtı biçimde olabilir (19).

Cinsel rol: Toplum içinde dışa vuran davranışların görünümüdür. Kişi kendini erkek gibi görür, vücudunu erkek olarak algılar, dışa vuran davranışları erkeksi bir görünümde ancak cinsel kimliği ve cinsel yönelimi kadına, erkeğe ya da her iki cinse karşı olabilir. Aynı durum kadın için de geçerlidir (19).

KADIN GENİTAL ORGANLARININ ANATOMİSİ

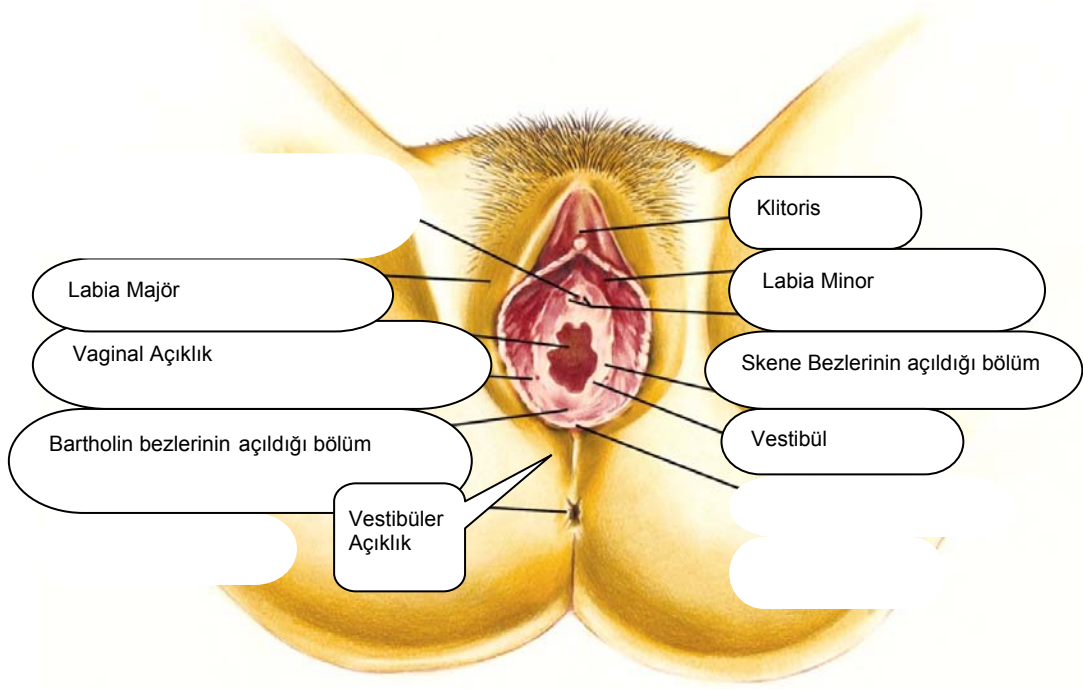
Kadın genital organları pelvik kavitede yerleşmiştir. İç üreme organları ve dış üreme organları olarak iki bölümde incelenmektedir. Dıştan görülebilen ve vulva olarak tanımlanan mons pubis, labium major, labium minor, klitoris ve vestibul dış genital organlar olarak adlandırılırken; abdomenin içinde bulunan overler, fallop tüpleri, uterus ve vagina da iç genital organları oluşturmaktadır.

Dış Genital Organlar

Mons Pubis: Karın ön duvarının en alt bölümünde, simfizis pubisin üzerinde yer alan kıllarla kaplı yağ dokusudur. Derialtı yağ dokusu ve gevşek bağ dokusundan oluşmuştur. Labium Majörler: Özellikle esmerlerde pigment yapısından dolayı koyu renkli, uzunlamasına kabarık iki yağ dokusu kıvrımıdır (şekil1). Üstü kıllarla kaplıdır. Vaginal açıklık, uretral açıklık ve labium minorleri korurlar. Erkek cinsel organlarından skrotumun karşılığını oluştururlar.

Labium Minörler: Labium minörler, labium majörlerin altında, perineye doğru uzanan, önde klitoris, arkada frenilum ile birleşen, pembe renkli, kılsız, yağ bezleri ve kan damarları bakımından zengin deri kıvrımlarıdır. Klitoristen daha az olmakla birlikte, erektil bir yapıya sahiptirler.

Her iki labiumun büyük bir bölümünü arteria pudenda eksterna ve az bir bölümünü femoral arterin superior dalı kanlandırır. Innervasyonunu ise pudental sinirin postlabial ve perineal dalları yapar.

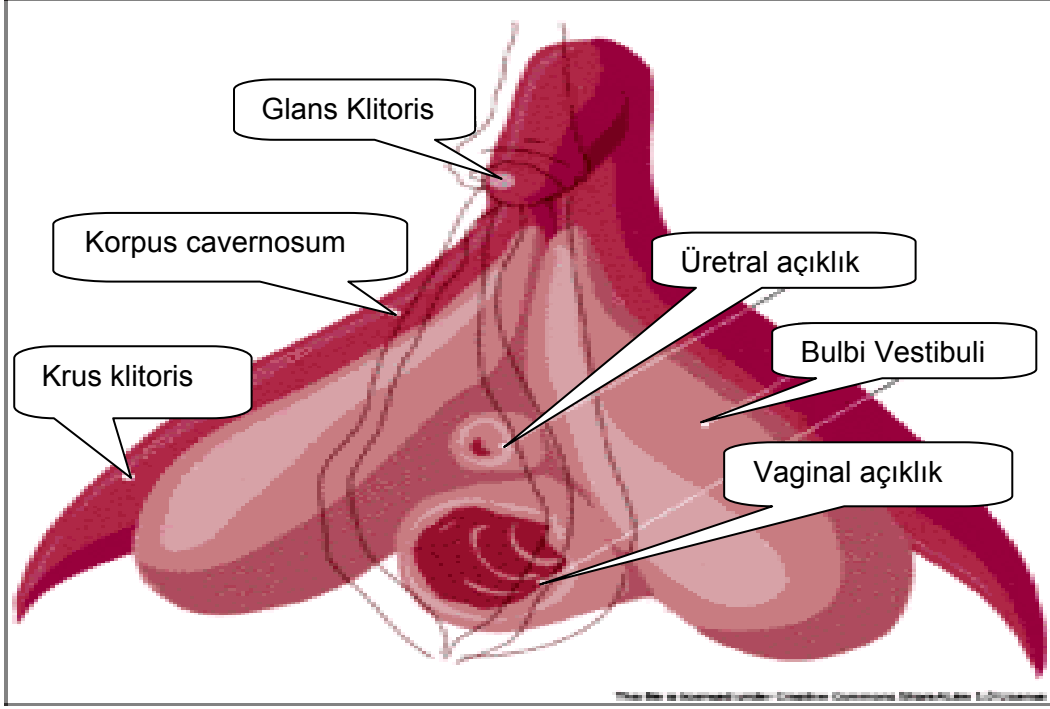


Şekil 1. Dış genital organlar (Vulva)

(www.jinekoloji.net/kadinanatomi.html'den alıntı yapılmıştır.)

Klitoris: Kadındaki erektil bir organ olan klitoris erkekte penisin karşılığıdır. Embriyolojik olarak 3. aydan sonra genital tüberkül kızlarda klitorisi, erkeklerde penisi oluşturur. Klitoris de penis gibi glans, korpus ve kruradan(korpora kavernosa) oluşur. Boyutları kadından kadına değişmektedir. Klitoris tümüyle bakıldığında üretral meatusun üstünde yerleşmiş 'ters v' şeklinde görülür.

Klitorisin (Şekil 2) bilinen en önemli görevi cinsel ilişki sırasında, gövdesinde bulunan süngerimsi yapıların kanla dolmasıyla kadının orgazm olmasını sağlamaktır. Bir diğer görevinin ise cinsel ilişki esnasında gövdesinin şişmesiyle üretral meatusu kapatarak, bakterilerin üretraya girişini engellemek olduğu düşünülmektedir. Ayrıca gövdenin şişmesi vaginal açıklığın gerilmesini sağlayarak penisin vaginaya rahatlıkla girmesini sağladığı da düşünülmektedir.



Şekil 2. Klitoris (www.saglikdanis.com'dan alıntı yapılmıştır.)

Klitoris sempatik olarak hipogastrik superior pleksustan, parasempatik olarak ise L2-S2 den köken alan lumbosakral segmentlerden innerve edilen yaklaşık içinde 8.000 sinir lifi bulunduran bir organdır. Hipogastrik sinirler ve pudental sinir, duyu innervasyonundan sorumludurlar. Duyu sinir uçları, dokunma, derin basınç ve ağrıyı iletirler.

Klitorisin kanlanması ana arter iliohipogastrik pudental yataktan gelen internal iliak, internal pudental, ana klitoral, dorsal klitoral ve kavernözal klitoral şeklinde dallanan arterlerden ve femoral arterin superior dalından sağlanır.

Yeterli miktarda uyarılan klitoris uyarımları toplar ve bel bölgesindeki omurilikte bulunan cinsel merkeze ulaştırır ve bu uyarımların cinsel hazza dönüşmesini sağlar. Böylece genital bölgedeki damarlarda kan akımı iki kat artar, klitorisin boy ve çapı artar, glans şişkinleşir ve orgazm oluşur.

Bulbus vestibuli, labia minörün altında, vaginal açıklığın her iki yanında uzanan 3'er cm.lik yapılardır. Erkeklerde bulbus penisin karşılığıdır. Uyarılması sırasında 2-3 kat büyüyerek labia minörlerin dışına dönmesini sağlarlar.

Vestibül: Vestibül önde klitoris, arkada frenilum, yanlarda labium minörlerin çevrelediği kayık şeklindeki boşluktur. Vaginal ve üretral orifislerle birlikte Bartholin

bezlerinin boşaltma kanalları da buraya açılırlar. Bartholin bezleri cinsel ilişki esnasında kadın vaginasının kayganlaşmasını sağlayan sıvı salgılar.

İç Genital Organlar

Vagina: Üretral meatusun altında, vulva ve uterusu birleştiren mükülomembranöz yapıda, 9-10 cm uzunluğunda bir kanaldır. Cinsel durgunluk sırasında vagina transvers kesitte H şeklinde, ön ve arka duvarları kollabe, birbirine dokunan yapıdadır. Ancak servikal ve vaginal hücrelerin dökülmesi ve servikal sekresyondan oluşan vaginal plazma sızıntısı yapışmayı önler. Bu sıvı bazal koşullarda vaginal ıslaklığı sağlar ancak ağrısız vaginal penetrasyon için yeterli değildir. Bunun için cinsel uyarı sırasında artmış kan akımının sayesinde vaginal epitel hücrelerinden daha fazla miktarda, berrak, kaygan, akıcı bir sıvı salgılanır.

Vagina duvarı içte aglandüler mukoz membran, ortada zengin damarlı düz kas tabakası, dışta adventisyal destek dokular şeklinde sıralanır. Vaginal mukoza hormona duyarlı, siklus değişikliklerine uğrayan, nonkeratinize squamoz hücrelerden oluşur. Ruga denen mukozal katlantılar fazlaca genişlemeye imkân sağlarlar ve seksüel ilişkide sürtünmeye bağlı uyarılmayı artırır.

Vajinanın üst 2/3 kısmının kanlanması vaginal arterlerle anastomoz yapan inferior ve superior vesikal arterlerin dalları ile 1/3'lük alt kısmı ise hemoroidal ve klitoral arter ile olur.

Vajinanın anterior duvarı, posterior duvarından daha fazla innervasyona sahiptir ve en yüksek erotik duyarlılığa sahip olan kısım da burasıdır. Ayrıca yine vajinanın distalinde proksimaline göre daha fazla sinir lifi bulunmaktadır. Vajinanın sadece 1/3'lük dış kısmı cinsel yönden uyarılabilir, diğer kısmı ise basıncı hisseder.

Seksüel uyarılma sırasında vaginadaki fizyolojik değişiklikler, kan akımı artışına bağlı vazokonjesyon, subepitelyal vajinal yataktan transudasyon, uterin glandları ve Bartholin glandlarından gelen sekresyonlarla vajinal kanalda kayganlaşma, düz adale gevşemesine bağlı vajinanın uzunluğu ve genişliğinde artış şeklinde olmaktadır.

Uterus ve Serviks: Uterus, mons pubis ve mesanenin arkasında, rektumun önünde yerleşmiş normalde anteversiyon pozisyonunda, hareketli bir organdır. Ortalama 60 gr ağırlığında, 7,5 cm uzunluğunda, 3,5 cm genişliğinde, 2,5 cm kalınlığındadır.

Dört kısımda incelenir. Fundus uterusun en üst kısmıdır, tuba uterinalar ile bağlantı yapar. Korpus, fundus ile istmus arasındaki bölgedir. İstmus, uterusun aşağıya doğru daraldığı kısımdır. Serviks, istmus ile beraber uterusun alt segmenti olarak bilinir. Serviksin uzunluğu 2,5–3 cm. dir. Ortasında uterus boşluğu ile vajinayı birleştiren servikal kanal bulunur. Kanalin uterusu açılan kısmına internal os, vajinaya açılan kısmına eksternal os denir.

Servikal duvarın yapısı az miktarda düz kas içeren fibröz bağ dokusundan oluşur. Uterusun gövde kısmı ise düz kaslardan yoğundur. Serviks uteri vagina ile birleşirken, vaginanın proksimaline doğru çıkıntı yaparak anterior, posterior ve lateral forniks adı verilen ceplerin oluşmasını sağlar. Posterior forniks, cinsel ilişki sırasında atılan semenin toplanma yeridir ve spermler buradan hareket ederek uterusu doğru yol alırlar.

Cinsel uyarılma sırasında servikal kanalda bulunan noboth glandlarından vaginal kayganlaştırmaya yardımcı, kokusuz, iritan olmayan, alkali bir sıvı salgılanır ve orgazm sırasında basıncı ve titreşimlerin hissedilmesini sağlar. Uterus da orgazm sırasında kuvvetli ritmik kasılmalarla orgazma yardımcı olur. Uterusun cerrahi olarak çıkarılması ya da doğal menopoz gibi durumlarda orgazmın olumsuz etkilendiğine dair yayınlanmış kanıtlar mevcuttur.

Tüpler ve Overler: Tuba uterinalar, uterusun üst yan köşesinden abdomen boşluğuna açılan, yaklaşık 10 cm uzunluğunda, 0,6 cm çapında, uzun, ince tüp şeklinde oluşumlardır. Overlere en yakın kısmına infundibulum, uçlarındaki saçak şeklindeki oluşumlara fimbria, tüplerin ortasındaki en geniş kısmına ise ampulla denir. Sperm ve ovumun birleşmesi tüplerin bu kısmında olur. İsthmus ise tüplerin uterusu en yakın kısmına verilen isimdir ve tüplerin en dar kısmı burasıdır.

Overler uterusun her iki yanında, tuba uterinaların fimbrial uçlarına yakın olarak yerleşmişlerdir. Badem şeklinde, 4 cm uzunlukta, 2 cm genişlikte, 1 cm kalınlığındadır. Overlerin görevi, ovulasyon ve üreme siklusunun gerçekleşmesinden sorumlu olan hormonları salgılamaktır. Overlerin cinsel ilişkiye direkt aktif katılımı yoktur ancak orgazm sırasında fallop tüpleriyle birlikte overlerde de kasılmalar görülmektedir.

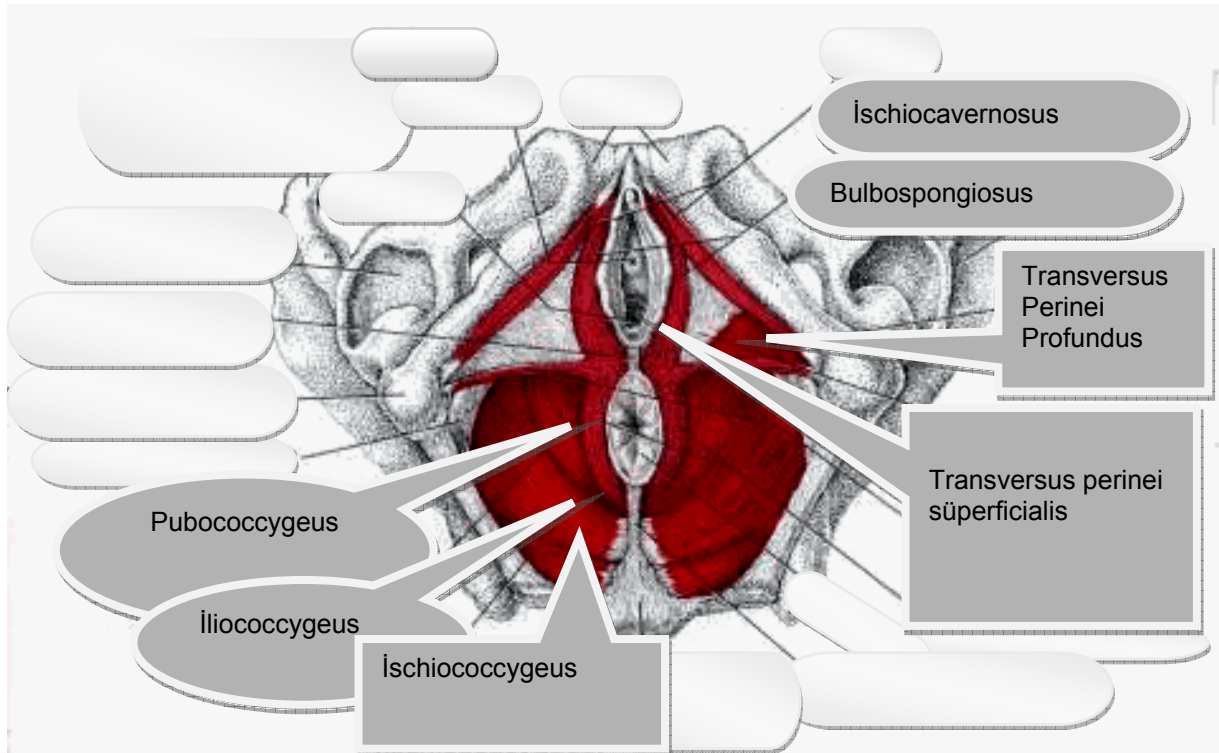
Diğer Yardımcı Organlar

Kemik pelvis içindeki yumuşak dokularca doldurulmuş olan pelvik taban, seksüel ilişki ve spontan doğuma yardımcı olmasının yanında, pelvik ve abdominal organların desteklenmesini de sağlar.

İskiokavernöz, bulbokavernöz ve süperfisial perineal kaslar (şekil 3) klitoris ve vestibüler bulbusla ilişki halindedir ve orgazm sırasında istemsiz ritmik kontraksiyonlar yaparlar. Ayrıca istemli kasılmalar yaparak da çiftin orgazmı daha yoğun yaşamalarına katkıda bulunurlar.

Levator ani, pubokoksigeal ve iliokoksigeal olarak iki kısma ayrılır. Bu iki dal orgazm sırasında motor cevabın ayarlanmasını sağlarlar. Cinsel ilişki sırasındaki istemsiz kontraksiyonlarında yani hipertonic olmalarında vajinismus oluşur. Bu grup kaslar yaşlanma, menapoz, zor veya sık doğum, travma gibi nedenlerle hipotoniye uğradıklarında ise seksüel ilişki sırasında üriner inkontinans sorunları, koital anorgazmi ve vaginal hissin azalması ile karşılaşmaktadır.

Ayrıca meme uçları, kulak arkaları, bacakların iç yüzeyleri de kadın için erojen bölge olarak tanımlanmıştır.



Şekil 3. Pelvik taban kasları (www.vulvodynia.comdan alıntı yapılmıştır).

Cinsel Fonksiyonlarda Hormonların Görevi

Östrojen: Overler tarafından salgılanan östrojen hormonu kadın cinsel fonksiyonlarının düzenlenmesinde önemli rol oynar. Merkezi ve periferik sinir iletimini etkileyerek duyuların uygun şekilde algılanmasını sağlar, vasoprotektif ve vazodilatatör etki ile genital kan akımını artırır, vaginal ve klitoral nitrik oksit sentetaz (NOS) salınımı ve vaginal duvar apoptozisini düzenler ve vaginal mukozal dokunun bütünlüğünü sağlar (20). Eksikliğinde (50 pg/ml. altında) orgazm bozukluğu, cinsel istek, uyarılma, aktivite sıklığında azalma, genital duyarlılığın bozulması ve disparoni gelişir (21).

Testosteron: Testosteron kadın cinsel işlevinde önemli bir androjendir. Adrenal glandlardan ve overlerden salgılanır. Testosteron düzeyi yaşa bağlı olarak ayrıca bilateral oofektomi geçiren kadınlarda azalır (22). Seksüel davranışın oluşmasında, dopamin, oksitosin ve santral etkili noradrenalin gibi seksüel uyarıda görevli merkezi nörotransmitterlerin düzenlenmesini sağlar. Düşüklüğü libido, cinsel uyarılma, genital duyarlılık ve orgazmda belirgin bozukluklara yol açar. Pubik kıllanmada azalma, deride incelme ve genel bir hoşnutsuzluk haline neden olabilir. Eksikliğinde yetersiz seksüel fonksiyon, güçsüzlük ve depresyonla karakterize Kadın Androjen Yetersizliği Sendromu tanımlanmıştır (20).

Tablo 1. Androjenlerin kadın seksüalitesindeki rolü (23)

Androjenlerin Rolü

- Androjenlerin kadın seksüalitesinde önemli oldukları görülmektedir
- Androjenler, reproduktif (üremenin aktif olduğu) yaşlardan sonra yaşın artışına paralel olarak azalır
- Seviyelerinin azalması seksüel istek, uyarı ve orgazmın azalmasına neden olmaktadır

Kadın Seksüel Uyarılma Cevabında Fizyolojik ve Biyokimyasal

Mediatörler

Cinsel uyarılmaya yanıt, merkezi sinir sistemi içinde, medial preoptik, anterior hipotalamik bölgeler ve bunlarla ilişkili limbik hipokampal yapılarda oluşur. Nörojenik mekanizmalar vajinal ve klitoral düz kas tonusu ve ilgili vasküler yataktaki düz kas tonusunun düzenlenmesine katılır.

Vajinal düz kas gevşemesinden ve sekretuar süreçlerin düzenlenmesinde nitrik oksit (NO) ve vazoaaktif intestinal peptidin (VIP) sorumlu olduğu düşünölmektedir. NO, asetilkolin (ACh), VIP klitoral konjesyonda ana nörotransmitterlerdir. İnsan klitoris, vestiböler bulbus ve vajinal düz adale költürlerinde fosfodiesteraz (PDE) tip V, Östron (E1), VIP belirlenmiştir. NO prekürsörleri veya PDE tip V inhibitörleri bu mekanizma ile tedavide kullanılmaktadır. VIP in de kan akımı artışı konjesyon ve lubrikasyonda önemli rol oynadığı düşünölmektedir (20, 24).

Tablo 2. Kadın seksüel yanıtındaki faktörler (Davis SR. Menopausal Med. 2001; 9(2): 1-6.dan alıntı yapılmıştır)

Kadın Seksüel Yanıtındaki Faktörler

- VIP ve NO vaginal relaksasyona aracılık ediyor olabilir
- Hormonal Etkiler
 - Östrojenler, androjenler, oksitosin, progesteron
 - Östrojenler duyarlılığı, vazodilatasyonu ve NO salınımını etkiler
 - Testosteron libidoyu etkiler

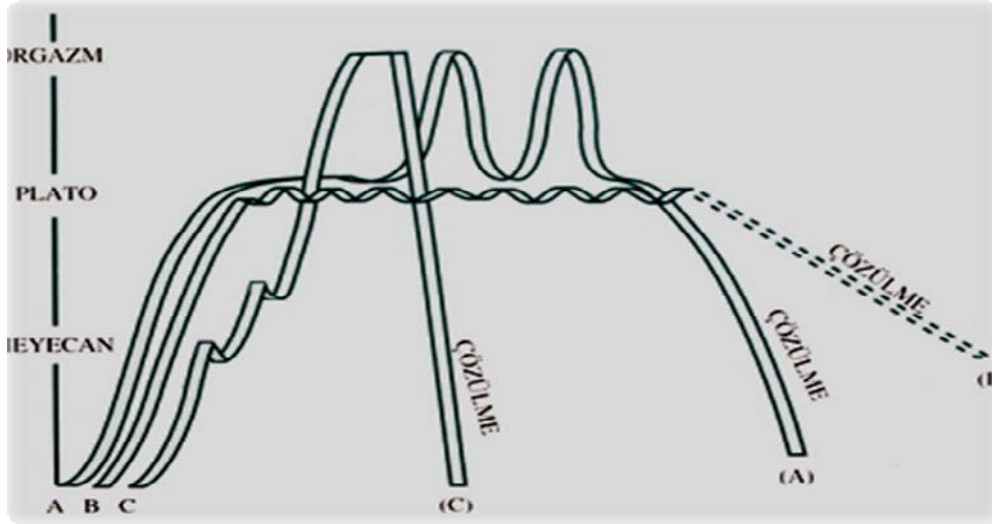
Cinsel İşlev Fizyolojisi

İnsan cinselliği ile ilgili ilk kapsamlı çalışmaları Kinsey ve arkadaşları yayınlamışlardır. 1938–1952 yılları arasında istatistiksel derlemelerden oluşan, kişilerle yüz yüze yaptıkları görüşmelerden elde ettikleri, cinsel alışkanlıklar ve cinsel davranış biçimlerini belirledikleri yayınlarıyla, dünyada büyük yankı uyandırmışlardır. Bu yayınlar, cinsel araştırmalar alanında bir dönüm noktası olmasına rağmen, insanda cinsel uyarılara verilen tepkinin anatomi ve fizyolojisi konusunda kapsamlı bilgi vermemektedir.

İnsanda cinsel tepkinin anatomisi ve fizyolojisi hakkındaki bugünkü bilgilerin temelini oluşturan ilk çalışma, Washington Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden Masters ve Johnson tarafından yapılmıştır. 10 yıl süren ve insan cinselliğinin ilk kez laboratuvar ortamında yüzlerce gönüllü kadın ve erkek deneğin incelenerek yapıldığı bu çalışmanın sonuçları 1966 yılında 'İnsanda Cinsel Davranış' adlı kitapta yayınlanmıştır (25).

Masters ve Johnson insanda cinsel uyarana gösterilen fizyolojik tepkiyi tanımlamışlar ve dört ayrı evreye ayırmışlardır (26). Bunlar:

- 1) Uyarılma evresi
- 2) Plato evresi
- 3) Orgazm evresi
- 4) Çözülme evresidir.



Şekil 4. Kadında cinsel yanıt döngüsü (26)

1974 yılında seks terapisinin kurucularından Helen Singer Kaplan yayınladığı 'The New Sex Therapy' adlı kitabıyla büyük yankı uyandırmıştır. Kaplan, cinsel yanıtın gerçekte tek ve bağımsız bir bütün oluşturmasından ziyade, birbirinden bağımsız iki ayrı bölümden oluştuğunu, bunların da genital vazokonjesyon yanıt ve refleks klonik kas kontraksiyonları olduğunu belirtmiştir (25).

1979'da Kaplan, cinsel yanıtın evrelendirmesini aşağıdaki gibi yapmıştır.

- 1) Cinsel istek evresi
- 2) Uyarılma evresi

Plato evresi uyarılma evresinden nörofizyolojik ve anatomik açıdan farklı olmayıp, nicelik açısından farklıdır. Bu nedenle çağdaş sınıflandırmada plato evresi uyarılma evresinin bir bölümü olarak görülmektedir ve ayrıca gösterilmemektedir.

- 3) Orgazm evresi

Ayrıca dördüncü dönem olan çözülme evresinde, cinsel işlev bozukluğu klinik hastalık tablosu görülmediğinden, çözülme evresi çağdaş sınıflandırmalarda yer

almamaktadır. Bu model, günümüzdeki cinsel işlev bozukluklarını sınıflandırmada temel olarak alınmaktadır (25, 27).

American Foundation of Urologic Disease (AFUD), konsensus panelinde kabul edilen model ise;

1) Cinsel istek evresi

2) Uyarılma evresi

3) Orgazm evresi

4) Çözülme evresi olarak dörde ayrılır. Bu modele göre cinsel yanıt evreleri açıklanacak olursa;

Cinsel İstek Evresi: Cinsel aktivite ve cinsel fantezi için istek duymayı içeren ilk evredir. Bu faz kişiyi cinsel uyarılma ve heyecanlanmaya hazırlar. Kişiyeye göre değişmekle birlikte dakikalar ya da saatlerce sürebilir (28).

Uyarılma Evresi: Temel olarak erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi ve cinsel organlara olan kan akışına bağlı olarak penis ereksiyonunun ve vaginal lubrikasyonun (ıslanma) olması bu evrededir. Kadında vaginada uzama ve genişleme, klitoriste büyüme, labium majör ve minörde kalınlaşma ve genişleme, uterus gövdesinde yükselme ve serviksın vaginadan ayrılması görülür. Bedende yaygın olarak vazokonjesyon ve myotoni ile birlikte, memelerde büyüme, meme uçlarında dikleşme olur (1, 25).

Bu evrede erkekte görülen değişiklikler ise, penisin sertleşmesi ve uzaması (ereksiyon), skrotal deride kalınlaşma, skrotum ve testislerde yükselme ve bazı erkeklerde meme uçlarında dikleşmedir (1, 25).

Uyarılma evresi, herhangi bir bedensel ya da psikolojik uyarı ile başlayabilir. Uyarının süre ve yoğunluğuna göre, tepkinin şiddeti de değişir; kısa, uzun sürebilir ya da kaybolabilir. Masters ve Johnson'a göre uyarılma ve çözülme evresi cinsel yanıt sürecinde en uzun süren evrelerdir (25).

Uyarılma evresinin devamında yani plato evresinde, cinsel gerilim ve haz duygusu giderek yükselir ve orgazma geçilen noktaya kadar sürer. Her iki cinste de cinsel organlarda kanlanma ve vücut kan akım hızında artma görülür. Erkeklerde sperm içermeyen renksiz bir sıvı gelir. Plato evresi, uyarılmanın kişinin orgazma geçmesini sağlayacak kadar artması ve vazokonjesyonun en üst noktaya ulaşması ile belirgindir. Bu evrede kadında; vaginanın dış 1/3 lük kısmında aşırı kanlanma ve genişleme, klitoriste büzülme, labium majör ve minörde yassılaşma ve minörde renk

değişikliği (pembeden kırmızıya), uterus gövdesi ve serviksin en yüksek noktaya ulaşması görülür. Erkeklerde ise; penis ereksiyon sürdürülür, koronal bölgede renk değişikliği olur, skrotumlarda büyüme, testislerde yükselme görülür (1, 25).

Orgazm Evresi: Süresi en kısa ancak haz duygusu en yoğun evredir. Bu evrede erkeklerde ejakülasyon ve peniste üretraya doğru kasılmalar görülür ve buna iç genital organlar da katılır. Kadında ise; perine ve vaginanın 1/3 lük dış kısmındaki kaslarında, kanlanma artışı sonucu büyüyen dokularda ve uterusunda, fundustan servikse doğru ritmik kasılmalar görülür. Kadının vaginasındaki kasılmanın sayısı 3–5 bazen de 10–15 defa olmaktadır. Kaslardaki gerilim, nefesin hızlanması, kalp atım sayısının artması, kan basıncının artması orgazm evresi boyunca sürer (25).

Çözülme Evresi: Son evredir ve genital organlarda ve tüm bedende oluşan fizyolojik değişiklikler, aynı sırayı takip ederek dakikalar içinde kaybolurlar. Bu evrenin süresi, orgazmın yaşanma yoğunluğu, cinsel uyarının devam edip etmemesi ve cinsiyete göre değişir (25).

Bu evrede kadının erkekten farkı, uygun cinsel uyarılarla yeniden uyarıldıklarında, tekrar orgazm evresine girebilirler. Erkeklerin ise bu evrenin sonuna kadar yeniden ereksiyon sağlayabilmeleri diğer tüm koşullar uygun olsa da fizyolojik olarak mümkün değildir. Kadınlardaki bu farklılık çözülme evrelerinin süresinin çok değişken olmasından kaynaklanmaktadır (1, 25).

Cinsel İşlev Bozuklukları

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yayımladığı 'International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)'da cinsel işlev bozukluğunun tanımı "kişinin umduğu cinsel ilişkiyi yaşayamaması durumu" olarak yapılmıştır (29, 30). Cinsel işlev bozuklukları ile ilgili farklı sınıflandırmalar mevcuttur.

American Foundation of Urologic Disease (AFUD)'ın, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)'ün tanımladığı cinsel işlev bozuklukları üzerinde çalışmalar yaparak, bazı tanımlamaları değiştirmiş ve 2000 yılındaki yayınladığı bildiriye kadın cinsel işlev bozukluklarını şu şekilde sınıflandırmıştır.

1. Cinsel istek bozuklukları

Hipoaktif (azalmış) cinsel istek bozukluğu

Cinsel tiksinti bozukluğu

2. Cinsel uyarılma bozuklukları

3. Orgazm bozuklukları

4. Cinsel ağrı bozuklukları

Disparöni

Vajinismus

Non koital cinsel ağrı bozuklukları

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğuna nörojenik (santral ve periferik sinir sistemi ve spinal kord yaralanmaları), hormonal, vasküler (HT, DM, hiperlipidemi, ateroskleroz), müsküler (multiple skleroz), geçirilmiş pelvik cerrahiler (basit ve radikal histerektomi, sistektomi, rektal eksizyon), sosyal, psikolojik faktörler ve bazı ilaçlar sebep olabilmektedir (22). Yaşa bağlı olarak artış gösterir ve sıklıkla ilerleyicidir.

Amerika Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırmasında 1749 kadının %43'ünde cinsel işlev bozukluğu saptandığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada üriner sistem semptomları, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, cinsel şiddete maruz kalma, stres ve emosyonel faktörler ile KCFB'nun arttığı gösterilmiştir (31)

Ülkemizde ise Çayan ve ark.nın 179 kadında yaptığı çalışmada KCFB'nu 18-27 yaş arasında %21,7, 28-37 yaş arasında %25,5, 38-47 yaş arasında %53,5, 48-57 yaş aralığında ise %65,9 olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada da düşük eğitim düzeyi, doğum sayısının fazlalığı, bir işte çalışmama, menopoz, ek bir kronik hastalık bulunması gibi faktörlerin cinsel fonksiyonları olumsuz etkilediği belirtilmiştir (32).

Cinsel İstek Evresinde Oluşan Problemler

Azalmış (Hipoaktif) Cinsel İstek Bozukluğu: DSM-IV' de Azalmış cinsel istek bozukluğunun tanımı, 'sürekli ya da yineleyici bir biçimde, cinsel fantezilerin ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az olması ya da hiç olmaması" şeklinde yapılmıştır. Diğer bir deyişle, kadın cinsel eylemi oluşturacak ortamı hazırlama, oluşturma, cinselliği başlatma ile ilgili hevesi yoktur ya da azalmıştır. Bu problemi olan kadınlarda vaginal ıslanma, göğüslerde dikleşme gibi uyarılma evresine ait belirtiler ya çok azalmıştır veya hiç yoktur.

Bu sorun kadınlarda primer olarak puberte döneminden başlayabileceği ve bütün cinsel etkinlikleri kapsayabileceği gibi, yaşamın herhangi bir döneminde ilaç kullanımı, depresyon, psikolojik travma gibi nedenler yüzünden sekonder olarak da

ortaya çıkabilir. Ya da belirgin bir duruma, kişiye karşı da oluşabilir. Ülkemizde sık görülen istenmeyen bir kişiyle evlenme gibi durumlarda sık görülmektedir.

Batı toplumlarında tüm hastaneye başvuran kadınların %30-49'unda azalmış cinsel istek bozukluğu görülürken, ülkemizde bu oranın %8-15 arasında değiştiği belirlenmiştir. Ancak bu farkın nedeni ülkemizde az görülmesinden dolayı değil, bu nedenle hekime başvuran kadın sayısının az olduğundan dolayı olduğu düşünülmektedir (33). Ayrıca gerek batı ülkelerinde gerekse ülkemizde hipoaktif cinsel işlev bozukluğu kadınlarda, erkeklerden iki kat daha fazla görülmektedir (33).

Cinsel Tiksinti Bozukluğu: DSM-IV'de cinsel tiksinti bozukluğu 'sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, bir cinsel eş ile genital cinsel ilişki kurmaktan aşırı tiksinti duyma ve bundan tümüyle kaçınma' şeklinde tanımlanmıştır. Bu bozuklukta kadın, partneriyle cinsel ilişki kurma durumuyla karşı karşıya kaldığında korku, kaygı, iğrenme hatta bazı durumlarda panik atak yaşar. Rahatsızlık cinsel ilişkinin öpme, dokunma gibi tüm yönlerine karşı olabildiği gibi cinsel birleşme ya da genital salgılar gibi bir bölüme odaklı da olabilir (1, 33).

Diğer cinsel işlev bozukluklarına göre daha az görülmeyle birlikte yaygınlığı tam olarak bilinmemektedir. Ancak tutucu toplumlarda daha yaygın olduğu düşünülmektedir (1).

Uyarılma Evresi Problemleri

Cinsel Uyarılma Bozukluğu: Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, cinsel uyarılmanın yeterli bir ıslanma, kabarma tepkisini sağlayamama ya da cinsel etkinlik bitene dek bunu sürdürememe olarak tanımlanmaktadır. Uyarılma bozukluğu olan kadınların cinsel fantezi ve istekleri vardır. Partnerleriyle ilgili sorunları da yoktur. Yeterli bir klitoral uyarı ve ön sevişme olmasına rağmen uyarılma yeterince olmamakta, vaginal kayganlaşma ya da genişleme de olmadığı için erotik duyumlar da hissedilmez. Bu tür hastalar plato evresi olmadığından dolayı orgazm güçlüğü yaşamaktadırlar (34). Dolayısıyla kadın yeterli haz almadığı ve orgazm olamadığı bu etkinliği istemez ve uyarılma bozukluklarına cinsel istek bozuklukları da eklenir. Kinsey 35 yaşın üzerindeki evli kadınların yalnızca %5'inin yaşamlarında hiç orgazma ulaşmadığını bulmuştur. Orgazm sıklığı yaşla artar. Ülkemizde bu durum sık görülmektedir (1).

Cinsel uyarılma bozukluğu tüm cinsel yakınmalarla hekime başvuran kadınlar arasında %20-35 oranında saptanmıştır. Ancak toplumda görülme sıklığı bilinmemektedir. 30 yaşından sonra daha sık rastlandığı ve yaş ilerledikçe özellikle menopozda östrojen azalmasına bağlı arttığı görülmektedir (34).

Orgazm Evresi Problemleri

Orgazmik bozukluklar: Olağan bir cinsel uyarılma evresinden sonra orgazmın sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde gecikmesi ya da hiç olmaması olarak tanımlanmaktadır (20). Kadın eğer elle klitoral uyarı ile orgazm oluyor ama vaginal penetrasyonda orgazm olamıyorsa bu durum orgazmik bozukluk olarak görülmemektedir. Çünkü Masters ve Johnson'un araştırmalarında klitoral orgazm ile vaginal orgazm arasında bir fark görülmemiş, ikisinin de aynı şiddette yaşandığı vurgulanmıştır (26).

Kadın orgazmı diğer cinsel işlev evrelerine göre daha karmaşık bir durumdur. Bu yüzden orgazmik bozukluk tanısı koymak da zordur. Genelde orgazm bozukluğu yaşayan kadınlar, orgazm olamama korkusundan dolayı yoğun anksiyete yaşarlar. Bu da orgazm olmayı güçleştiren bir durumdur. Ayrıca kendi bedenini tanımayan kadınların orgazm olamadığı görülmektedir. Orgazm öğrenilen bir durumdur ve unutulmaz. Kadın kendi bedenini tanıdıkça ve orgazm olmayı öğrendikçe daha kolay orgazm olmaya başlamaktadır. Yaş ilerledikçe orgazm problemlerinde azalma görülmektedir (1).

Genel toplum çalışmalarında %5-20 arasında görülmektedir. Ülkemizde ise cinsel işlev bozukluğu tanısı ile hastaneye başvuran kadınların arasında yapılan çalışmalarda %40-60 arasında orgazm bozukluğu görülmüştür. Ayrıca ülkemizde genel kanı, erkeğin cinsel hazzının daha önemli olduğudur ve kadın hazzı daha sonra düşünülmesi gereken bir konudur. Bu yüzden kadınların orgazm olamama şikâyetinden dolayı hastaneye başvuru oranları düşüktür (1).

Cinsel Ağrı Bozuklukları

Disparöni: Cinsel ilişki sırasında yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak eşlik eden genital ağrının olmasıdır. Ağrılı cinsel ilişkinin disparöni olarak tanımlanabilmesi için tekrarlayıcı olması gereklidir.

Disparöni çoğunlukla fizyolojik bir nedene bağlı olarak gelişir. Bu yüzden ağrı vagina girişinde hissediliyorsa uyarılma eksikliği, vaginal enfeksiyon, vajinismus, bartholin kisti araştırılmalıdır. Ağrı, ilişki süresi uzadıkça kayboluyorsa yetersiz uyarılmaya bağlıdır. Eğer ağrı derin penetrasyonda ortaya çıkıyorsa eski ameliyat izleri, endometriozis, over patolojisi, pelvik ya da vaginal enfeksiyon düşünülmelidir.

Literatürde disparöni oranı %14–18 arasında rapor edilmiştir (22).

Vajinismus: Vajinanın dış 1/3 kısmındaki kasların istemsiz olarak kasılması sonucu cinsel birleşmenin mümkün olmadığı ya da son derece ağrılı olduğu bir durumdur. Bazı durumlarda tüm bedende kasılma, bacakların kapanması, çarpıntı, titreme, korku, bulantı, kusma, fenalık hissi de bu tabloya eklenebilir.

Bekâretin namus ile birlikte anılması ve ilk cinsel ilişkinin genç kızın eşi ile birlikte yaşaması gerektiği düşünülduğünden ilk cinsel birleşme sırasında Türkiye’de ve Uzak Doğu ülkelerinde Batı ülkelerinden daha fazla oranda görülmektedir. Ancak tecavüz, zor doğumlar, jinekolojik muayene gibi kötü tecrübeye neden olan durumlar sonrası sekonder olarak da gelişebilir.

Türkiye’de cinsel tedavi birimlerine başvuran kadınların yaklaşık %50’sinin sorunu vajinismusdur. Batı ülkelerinde bu oran %10 dolaylarında görülmektedir. CETAD’ın 2006 yılında ülkemizde yaptığı araştırmada tam birleşme yaşayan toplam 508 kadına ‘İlk cinsel birleşmeniz ya da birleşmeyi denemeniz sırasında korku, kasılma, acı hissi ya da kaçınma davranışınız nedeniyle cinsel birleşmenin gerçekleşmediği oldu mu?’ şeklinde sorduğu soruya %54,4 gibi yüksek bir oranda ‘evet, oldu’ yanıtı verilmiştir (35).

Non koital Cinsel ağrı bozuklukları: Tekrarlayıcı ya da sürekli bir biçimde, non koital cinsel uyarılarla genital ağrı oluşması durumudur.

Cinsellikle ilgili yanlış inanışlar ve bilgi eksikliği, ağrı duymaktan ve acıdan korkma, cinsellikle ilgili olumsuz beklentiler, hamile kalmaktan, başkaları tarafından görülmekten korkma, eşle ilişkideki sorunlar, ilişkiyi kurmak, sürdürmek ve sonlandırmak konusunda yetersiz kalmaktan korkma, cinsel istismar ve travmalar, evlilik öncesi ve evlilik dışı ilişkiler, kendini değersiz görme, çekici bulmama, bedenini beğenmeme, yorgunluk, alkol ve antidepresan gibi bazı ilaçlar, fiziksel ya da psikiyatrik hastalıklar cinsel işlev bozukluğunun oluşmasında hazırlayıcı rol oynarlar (36).

Cinsel ilişkide başarısızlık korkusu, sorunun çözümünde kullanılan yanlış uygulamalar, sık cinsel ilişki denemesi, cinsel ilişkiden kaçınma, suçluluk ve utanç duyguları, ilişkiye yoğunlaşamama, eşin negatif yönde tepkisi de cinsel işlev bozukluğunu sürdüren etkenlerdir (36).

HİSTEREKTOMİ

Histerektominin Tanımı ve Tipleri

Histerektomi uterusun abdominal ya da vaginal yoldan cerrahi olarak çıkarılmasıdır (37, 38). Anormal uterin kanama, leiomyoma, adenomyozis, endometriozis, pelvik organ prolapsusu, kronik pelvik ağrı, gebelik ile ilgili hastalıklar gibi benign durumlarda veya servikal intraepitelyal neoplazi, invazif servikal kanser, atipik endometrial hiperplazi, endometrial kanser, over kanseri, tuba uterinoid kanserler ve gestasyonel trofoblastik hastalıklar gibi malign hastalıklarda uygulanmaktadır (5).

Histerektomi hem vaginal hem de abdominal yoldan uygulanabilmektedir. Abdominal yol, mevcut olan tümör büyükse, uterusla birlikte overler ve tüpler de alınacaksa, pelvik inflamatuvar hastalık (PID), over tümörü, uterus mobilitesini kısıtlayan bir durumun varlığı, uterusun büyümesi, radyoterapi ve daha önceden abdominal operasyon geçirme gibi vaginal yolun kullanılmasının kontrendike olduğu durumlarda tercih edilir. Vaginal yolun tercih sebebi ise, aynı anda vaginal tamirin de yapılacak olmasıdır (39).

Histerektomide hangi yolun tercih edileceği endikasyon ve kontrendikasyonlarına, morbidite ve mortalite oranlarına ve kadının tercihinin bağlı olarak seçilir (39).

Total Abdominal Histerektomi: İlk kez 1843'te İngiltere'de Charles Clay tarafından yapılmıştır (40). Histerektomi ameliyatı tipleri arasında en yaygın olarak yapılanıdır. Tüm histerektomi vakalarının %70'ini kapsar (37). Alt karın bölgesinde açılan yatay veya dikey bir kesi sonrası, uterus ve serviksin çıkarılmasını içerir. Uterus ve over kanserlerinde, endometrioziste, büyük uterin fibroidlerde abdominal kesi sayesinde karın içi organlar daha rahat bir şekilde görülebileceği için total abdominal histerektomi tercih edilir (41).

Subtotal Histerektomi: Rahim çıkarılırken, uterus korpusunun alınıp serviksin yerinde bırakılması işlemidir. Disfonksiyonel uterus kanamaları, menoraji, endometrial hiperplazi nedeniyle histerektomi yapılması gereken ancak serviksinin alınmasını istemeyen kadınlarda uygulanabilir (42).

Ayrıca bu ameliyat şekli öncesi kadının pap-smear testinin yapılmış ve sonucun normal sınırlarda olması gerekmektedir. Bu ameliyat sonrasında da kadına düzenli olarak pap-smear testini yaptırmasının önemi anlatılmalıdır (43, 44).

Total Abdominal Histerektomi+Bilateral Salpingo-Ooferektomi (TAH+BSO): Eğer ameliyat sırasında uterus, serviks, her iki tüp ve overler de alınacaksa, o zaman bu ameliyat Total abdominal histerektomi+ bilateral salpingo-ooferektomi adını alır. Özellikle kadın menopoza yaklaşmışsa, postmenopozal dönemde ise, over ve fallop tüplerinde tümör varsa, over kanseri riski mevcutsa yapılır (37, 39).

Ancak TAH+BSO, 40 yaş altı kadınlarda pek tercih edilen bir durum değildir. Çünkü her iki overin de çıkarılması sonrası kişi cerrahi menopoza girer. Bu da kişide osteoporoz riskini artırır (39).

Radikal Histerektomi: TAH+BSO ile birlikte, parametriumlar, 1/3 vaginanın üst kısmı ve pelvis lenf nodlarının çıkarılmasını içerir. Ancak kadının yaşı genç ise overlerin bırakılması da düşünülebilir. Çoğunlukla ilerlemiş servikal ve endometrial kanser vakalarında tercih edilir. (37, 41).

Vaginal Histerektomi: İlk kez Recamier tarafından 1829'da yapılmıştır (34). Bu ameliyat şeklinde uterus vaginal yolla çıkarılır ve overler bırakılır. Kişinin yaşı ileriye, rahim sarkması geliştirse ve aynı zamanda ön-arka onarımı da yapılacaksa, kişi çok şişman ya da anesteziyi kaldıramayacaksa tercih edilir (37, 39, 45).

Laparoskopik Histerektomi: Reich ve arkadaşları tarafından abdominal histerektomiye alternatif olarak, laparoskopik veya laparoskopik asiste vaginal histerektomi 1989 yılında tanımlanmıştır (45).

Laparoskopik histerektomide ameliyat laparoskopik olarak yapılır ve vajina kısmından hiçbir işlem yapılmaz. Rahim karın duvarında açılan deliklerden ufak parçalar halinde çıkarılır (46).

Laparoskopik Asiste Vaginal Histerektomide ise karın kısmından hiçbir işlem yapılmadan ameliyat tamamen vajina kısmından yapılır ve rahim (nadiren yumurtalıkla beraber) vajinadan çıkarılarak alınır (46).

Dünyada ve Türkiye’de Histerektomi

Histerektomi kadın doğumla ilgili operasyonlar arasında, sezaryandan sonra en fazla sayıda yapılan ameliyattır (5). Amerika’da Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi; 2000–2004 yılları arasında her yıl yaklaşık 600.000 kadına histerektomi yapıldığını ve bu operasyonun 40-44 yaş grubunda, diğer yaş gruplarına göre daha sık gerçekleştiğini belirtmiştir. Her 10.000 kadından histerektomi yapılanların 56,8’i 15 yaş üstü, 100,5’i ise 30–54 yaş arasındadır. Tüm histerektomi yapılan hastalara bakıldığında ise %74’ü 30–54 yaş arasındadır (5, 47). Dragisic ve Milad’ın 2004 yılında yayınladıkları makalede, Amerika’da 60 yaşındaki kadınların 1/4’üne bu ameliyatın uygulandığından bahsedilmektedir (48). Kanada’da 2006–2007 yıllarında 100.000 kadından 346’sı histerektomi geçirmiştir (47, 49, 50). İngiltere’de ise kadınların 60 yaşına gelinceye kadar 1/5’inin histerektomi geçirdiği, bu kadınların %40’ına 50 yaşın altında TAH+BSO yapıldığı bildirilmektedir. Yıllık sayı olarak irdelendiğinde ise, her yıl 100.000 kadın histerektomi geçirmektedir. Bu sayı Avustralya’da yaklaşık 36.000, İsviçre’de 100.000’de 190–200’dür. Hollanda’da kadınların %32’sinin yaşamlarının bir döneminde histerektomiye ihtiyaç duyacakları tahmin edilmektedir (10, 51, 52).

Ülkemizde 35-55 yaş grubunda histerektomi ameliyatının ne sıklıkta yapıldığını gösteren güvenilir istatistiksel veriler bulunmamaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığı İstatistik Birimi’ne yazılan 26.08.2009 tarih ve 5408 başvuru numaralı dilekçenin 28.08.2009 tarihli cevabı kaynak alınarak, 2007 yılında mevcut olan 75 doğumevine toplam 1.032.316 hastanın yattığı ve 253.662 büyük ve orta gruba giren, doğum harici nedenlerle ameliyat yapıldığı saptanmıştır. Aynı sayıların 2008 yılında artışa geçerek, mevcut 74 doğumevine 1.093.685 hastanın yattığı, 274.823 doğum dışı, büyük ve orta gruba giren nedenlerle ameliyat yapıldığı görülmüştür. Ayrıca Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 31 Aralık 2008 tarihi itibarıyla Türkiye nüfusunun 71.500.000 kişinin üzerinde olduğu ve ameliyat sayılarının her geçen yıl arttığı düşünüldüğünde, yılda 200.000 den fazla kadına histerektomi yapıldığı tahmin edilmektedir (6-8).

HİSTEREKTOMİ VE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Histerektominin cinsel fonksiyonları etkileyip etkilemediği tartışmalıdır ve bu konu ile ilgili çeşitli görüşler mevcuttur. Çalışmalardaki örneklem grubunun özelliklerine ve çalışma sırasında kullanılan metotlara bağlı olarak histerektomi sonrası cinsel işlev bozukluğu görülme durumu değişiklik göstermektedir (53).

Thakar ve ark.nın 1997'de yayınladığı makalede, temelde histerektominin barsak, mesane ve bölgedeki sinir donanımlarını kapsayan pelvik kemikteki anatomik yapıları etkilediği teorisine dayanarak, üst vajinadan geçen sinir donanımını kesmenin ıslaklık ve orgazmı engellediğinden bahsedilmektedir (39). Helstrom ve ark.ları ise cerrahinin koitus sırasında pelvik organ hareketliliğini değiştirdiği ve uyarı fazında üst vajinanın genişleme yeteneğini sınırladığını düşünmektedirler (54). Naughton ve Mc Bee, yaptıkları bir çalışmada histerektomi ameliyatı ile bölgedeki duyarlı doku miktarının azalmasına paralel olarak, çoklu orgazm ve uyarının da azaldığını belirtmişler ve buna bağlı olarak cinsel işlev ve serviks ilişkisinin önemli olduğunu düşünmüşlerdir (55). Masters ve Johnson, çoğu kadın için koital yanıt mekanizmasını başlatmada servikal seksüel basıncın kesinlikle önemli olduğunu gözlemlemişlerdir (26). Yapılan bir diğer çalışmada ise, histerektominin vaginal boşluğu kısaltması ile disparanoi oluşturabileceği ileri sürülmüştür. Bilateral oofektomi ile birlikte yapılan histerektominin östrojen eksikliği nedeniyle vaginal kuruluk şikayetine neden olduğu, bilateral oofektomisiz yapılan histerektomilerden sonra da ovarian yetersizliğin çabuklaştığı ve menopozal semptomların belirginleştiğine dair çalışmalar bulunmaktadır (56).

Bununla birlikte gebelik riskinin daimi olarak ortadan kalkması, buna ek olarak menstrüasyonla ilgili istenmeyen semptomları azaltması gibi nedenlerle, histerektomi bazı kadınlarda seksüel zevkin artışına sebep olabilir. Kadın endometriozis ya da fibroidden kaynaklanan cinsel ilişki sırasında ağrı yaşıyorsa (disparöni), histerektomiyle bu sebepler ortadan kalkacağından seksüel aktivite zevkli hale dönebilir ve rahatlamayla sonuçlanabilir (57).

Utian'ın 1975'te yaptığı bir çalışmada, histerektominin libidoyu olumsuz etkilediği; libidodaki bu azalmanın cerrahi sonrası 2. yılda hala sürdüğü, östrojen terapisinin libidoyu arttırmadığı gözlenmiştir (58).

Rhodes ve arkadaşları (1999), histerektominin, seksüel istek, ilişki sıklığı, orgazm, disparanoya ve vaginal kuruluk üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla

yaptıkları çalışmada, orgazm deneyimin artmasına rağmen libidonun azaldığını bulmuşlardır (59).

Nathorst ve arkadaşlarının (60) ve Craig ve Jackson'un (61) yaptığı çalışmalarda, histerektomiden sonra kadınların %13-37'sinin seksüel yaşamlarının olumsuz yönde etkilendiği belirtilmektedir.

Buna karşın, histerektominin cinsel yaşamı olumlu etkilediğini belirten çalışmalara da rastlanmaktadır. Helstrom ve ark. pelvik ağrı ve ağır menstrüal kanama nedeniyle histerektomi geçiren kadınlarda cinseliğin postoperatif dönemde pozitif yönde etkilendiğini (11), Virtanen ve ark. benign oluşumlar nedeniyle abdominal histerektomi olmuş 102 kadına yaptıkları prospektif bir çalışmada, kadınlarda libidonun anlamlı bir şekilde arttığını ve işlem sonrası orgazmda değişme olmadığını belirtmişlerdir (62).

Lambden ve arkadaşlarının benign oluşumlardan dolayı histerektomi yapılan kadınların ameliyat öncesi ve sonrası iyilik halini tanımlamak amacıyla yaptıkları çalışmalarında postoperatif 4. ayda seksüel işlevlerin yoluna girdiğini, sağlık durumunun arttığını saptamışlardır (63).

Dragisic ve Milad'ın histerektomi geçirmiş 75 kadını incelediği çalışmasında, ameliyat öncesi orgazm şiddetini çok şiddetli olarak tanımlayan grup oranı %20'den, ameliyat sonrası %22.2'ye çıkmıştır (48).

Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalara bakıldığında; Rodoplu'nun çalışmasında (n=30) histerektomiden sonra cinsel yaşamda değişiklik %40 oranında bildirilmiştir (64).

Ekizler'in jinekolojik ameliyat geçiren kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada, fiziksel gücün yitirilmesinden kaynaklanan aktif iş görememe, seksüel fonksiyon kaybı ve artık çocuk sahibi olamamanın psikososyal sorunlar arasında ilk sırada yer aldığı saptanmıştır (65).

Coşkun'un yaptığı bir başka çalışmada ise, hastaların %66.7'sinin geçirdiği ameliyatla ilgili olarak taburcu olmadan önce kadınlık rolü, cinsel fonksiyonların devam edip etmeyeceği ve ne kadar süre sonra cinsel ilişkiye girebileceği konusunda sorularının olduğunu belirlenmiştir (66).

Bayram'ın 2005 yılında, histerektomi öncesi ve histerektomi sonrası 3. ayda cinsel işlevlerin karşılaştırıldığı tez çalışmasında, cinsel istek, uyarılma, ıslanma,

orgazm, cinsel doyum ve cinsel ilişki sırasında ağrı puanlarında ameliyat öncesi puanlara göre azalma görüldüğünü saptamıştır (2).

Kızıltepe'nin yaş ortalaması 49,04 olan histerektomi geçiren (n=38) ve geçirmeyen (n=30) grupların cinsel işlevlerinin karşılaştırıldığı tez çalışmasında, cinsel işlevler açısından anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir (67).

Kaliteli bir cinsel işlevin olabilmesi için normal çalışan bir endokrin sistem, sağlam innervasyonu olan genital organlar ve genital organ kan akımının yeterli olması gerekir (68). Vajinal cerrahi sonrası gelişen cinsel işlev bozukluğunun sebepleri, emosyonel, organik ve psikolojik olarak sınıflandırılabilir.

Emosyonel sebepler, sağlıklı bir organın çıkarılması, beklenenden daha erken menopoz düşünceleri olumsuz bakış açısı oluşturmaktadır. Ameliyattan ve yan etkilerinden korkmak, beden imgesinde değişiklik, ağrı, erken yaş, geçmiş cinsel yaşantı, kadınlığını ve cinsel çekiciliğini kaybetme korkusu, yaşlanma düşünceleri histerektominin olumsuz algılanmasına yol açabilmektedir (39, 69).

Kadın için çocuk doğurma hayatının en önemli rolü ise, histerektomi ile bu işlevini sağlayan organını istemeden kaybedeceğinden, kadınlık kimliğini kaybetmiş olarak algılanmasına neden olacaktır. Eğer yaşın ilerlemesine bağlı olarak çocuklarını büyütmüş ve annelik rolü de azaldıysa kendini değersiz hissetmesine yol açacaktır (70, 71).

Organik sebepler anatomik, fizyolojik, vasküler, sinirsel ve hormonal faktörleri içerir. Kadın cinsel disfonksiyonunun klinik belirtileri cinsel ilişki sırasında ağrı, vajinal ıslaklığın azalması ve hipoaktif cinsel disfonksiyon şeklinde olabilir (68).

Histerektomiden ziyade overlerin çıkarılması da androjen üretiminin aniden azalmasına yol açacağından cinsel istek, uyarılma, cinsel ilişki sıklığı, cinsel doyum ve orgazm düzeyinde azalmaya neden olabilmektedir (69).

Organik sebepler aşağıdaki hipotezlere dayandırılmaktadır.

Histerektomi sırasında pelvik pleksus hasarı cinsel fonksiyonu etkileyebilir.

Pelvik pleksus şu sebeplerden hasar görebilir:

Uterin arterlerin altından geçen pleksusun ana dalları kardinal ligamentlerin ayrılması sırasında hasar görebilir.

Uterusun serviksten kesilip ayrılması sırasında vezikal innervasyon hasar görebilir.

Vajinanın etrafındaki dokuların aşırı diseksiyonu vajinanın yan taraflarından geçen pelvik sinirleri hasara uğratabilir.

Serviksin çıkarılması içerdiği pleksus kısmının da çıkarılması demektir.

Uterusun kendisi kontraktıl bir organdır ve orgazm fazında uzayıp kontrakte olarak orgazmın şiddetinin daha kuvvetli hissedilmesini sağlar. Uterusun alınması ile cinsel işlevin en zevkli parçası olan orgazm şiddetinin daha az hissedilmesi hipoaktif cinsel istek bozukluğuna yol açabilir (43, 72).

Psikolojik faktörler ise, cerrahi zorunluluktan dolayı menopoza girme kadın için hem bedensel sağlıklarının hem de beklenmeyen bir zamanda cinsel işlevsellik yitimi olarak algılanabilmektedir. Dolayısıyla cerrahi menopoz depresyon yönünden bir risk faktörüdür. Eğer kadının ameliyat öncesi bir psikiyatrik hastalık öyküsü mevcut ise ameliyat sonrası da psikiyatrik bir problem deneyimlemesi muhtemeldir (70, 73). Ancak geçmişte yapılmış çalışmalar benign nedenlerle histerektomi yapılmış hastalarda depresyonun oluşmadığını hatta çoğu kadında psikiyatrik semptomların azaldığını göstermektedir (70).

Cerrahi menopozda overlerden östrojen, progesteron ve androjen salınımı tamamen biter. Eğer ooferektomi kararına hastanın tam katılımı sağlanmadıysa, hastanın erken kayıp duygusu yaşaması muhtemeldir (73).

Eğer histerektomi, habis bir hastalıktan kurtulma, istenmeyen gebeliklerin ortadan kalkması, ağrılı cinsel ilişkinin azalması, istenmeyen menstrüal kanamaların olmaması anlamını taşıyorsa rahatlatıcı bir uygulamadır (74).

Kadının histerektomiye bakış açısı partnerinin histerektomiye verdiği tepki ile de ilişkili bulunmuştur. Eğer kadının partneri destekleyici ve empatik ise histerektomi sonrası kadının olumsuz psikolojik tepkileri daha az olmaktadır (75).

Kadın ve eşinin ameliyat öncesi evlilik ilişkilerinde problem varsa cerrahi sonrası da bu problemlerin devam etmesi muhtemeldir (75). Operasyon öncesi tatmin edici bir cinsel hayatı olan kadın, histerektomi sonrası da bu ilişkiye kaldığı yerden devam etme eğilimindedir. Operasyondan önce cinsel hayatta problemler varsa, bunlar operasyon sonrası da devam edecektir (74).

Bu veriler ışığında histerektomi ameliyatı geçiren kadınların pre ve postoperatif bakımını hem sağlık kuruluşlarında hem de sahada üstlenen hemşirelere, histerektominin cinsel yaşam üzerine nasıl bir etkisi olduğu hakkında eğitim ve danışmanlık verme gibi önemli bir görev düşmektedir.

Histerektomide Hemşirelik Bakımı

Histerektomi ameliyatında hemşirelik bakımının amacı, hastanın fizik ve psikolojik özelliklerini tanımasına yardımcı olmak, kesin ve açıklayıcı bilgiler vererek kadının anksiyete ve korkularını ifade etmesini sağlamak, histerektomiye ilişkin mitleri ve hatalı yorumları düzeltmek, ameliyatın oluşturacağı değişikliklere hazırlamak ve kabullenmesine yardımcı olmaktır (12, 76).

Herhangi bir cerrahi girişim kişinin vücut bütünlüğünü, yaşamını ve sosyal durumunu etkileyen önemli bir gerginlik sebebidir. Eğer jinekolojik cerrahi söz konusu ise, birey üreme kapasitesini ve seksüel fonksiyonlarını da tehdit altında hissedebilmektedir. Birçok kadın uterusunun alınmasından sonra vücutlarında ne gibi bir değişiklik olacağını anlayamaz, bazıları uterusu ile birlikte vaginasının da alınacağını ya da karnının içinin tamamen boşalacağını düşünür, cinsel fonksiyonlarını ve cinsel çekiciliklerini tamamen yitireceklerini düşünebilirler. Bu yüzden jinekolojik ameliyat geçiren hastalara daha çok bilgi ve destek verilmesi gerekir (37).

Cinsel Eğitim ve Tedavi Araştırma Derneği'nin (CETAD) 2006 yılında 20 ilde toplam 1537 kişi ile görüşerek yaptığı araştırmada, kadınların yaklaşık %64'ü 'Sizce cinsel sorunların kaynağı nedir?' sorusuna 'bilgi ve eğitim yetersizliği' diye cevap vermişlerdir. Yine aynı grubun %38'inin 'Cinsellik konusunda bilgi almak üzere bir sağlık kurumuna başvurursanız sağlık profesyonellerinden beklentileriniz ne yönde olur?' sorusuna cevabı 'konuyu ilk önce karşı tarafın açması' olarak cevaplamış, %24'ü de 'konuya özel danışmanlık yapmaları' şeklinde olmuştur (35). Yani ülkemizde kadınların çoğu cinsellik konusunda bilgisizler ancak bu konuyu konuşma konusunda da sıkıntı yaşamaktadırlar. Bir de ameliyat gibi kişinin günlük yaşamını etkileyecek bir durum söz konusu olduğunda bu konuyu konuşmak kadına daha da zor gelmektedir. Histerektomi geçiren kadına yapılacak hemşirelik girişimlerinden biri de kadının bu konuyu konuşmasına yardımcı olmak ve aklına takılan sorularını yanıtlamak olmalıdır.

Holistik (bütüncül) hemşirelik yaklaşımında amaç hastanın biyolojik, psikolojik, sosyal ve manevi yönden bir bütün olarak kabul edilip değerlendirilmesidir. Dolayısıyla hastanın tüm fonksiyonlarıyla birlikte cinsel fonksiyonlarının da ele alınmasını gerektirir (27, 77).

Histerektomi ameliyatı geçirecek olan hastaya verilecek bakım ve eğitim ameliyat öncesi, ameliyat sonrası ve taburculuk eğitimi şeklinde 3 grupta incelenebilir.

Preoperatif Bakım ve Eğitim: Hemşire, hasta ve ailesine ameliyatın niçin yapılacağı, etkilerinin ne olacağı ve özellikle de cerrahi menopoz konusunda bilgi verilmelidir. Ancak bu bilgilendirme doktorla işbirliği halinde ve hastanın ihtiyacı olduğu kadar olmalıdır. Çünkü gereğinden fazla ve çelişkili açıklama hastanın anksiyetesini daha da arttırmaktadır. Hastaya verilen bilgiler ayrıca yazılı formatta da olmalı, hastanın ve ailesinin bu bilgileri sakin bir ortamda okuması sağlanmalı ve anlamadığı bölümlere sözlü açıklama getirilmelidir.

Hastanın ameliyat öncesinde yapılmış olması gereken laboratuvar testleri, idrar tetkiki, akciğer filmi, EKG, anestezi ve gerekiyorsa diğer branş hekim konsültasyonlarının yapılması yapılmadığının kontrolü yapılmalıdır.

Hastaya ameliyat öncesi derin solunum egzersizleri, yatak içi dönme, bacak egzersizleri ve öksürük egzersizlerinin yararları ve nasıl yapıldığı öğretilmelidir. Ameliyat gecesi hasta 24.00'ten itibaren su ve sigara dahil hiçbir şey yiyip içmemesi ve nedeni açıklanmalıdır. Gecedan lavman yapılarak barsakları boşaltılmalı, ameliyat bölgesinin, vulva ve anüs bölgesi tıraş edilmesi, varsa makyaj ve tırnak cilasını çıkartması sağlanır ve bunun gerekliliği açıklanmalıdır. Eğer uyumakta güçlük çekerse ılık bir duş alması sağlanır ve doktor tarafından istenilen sedatize edici ilaç verilebileceği açıklanır. Hastanın endişeleri varsa bunları konuşması sağlanır, soruları yanıtlanır (37, 78, 79).

Proflaktik antibiyotik, preanestetik medikasyon gibi istenilen tedavi varsa yapılmalıdır. İstenilirse vaginal histerektomi için antiseptik solüsyonla vaginal duş yapılması sağlanır. Onam formunun imzalanıp imzalanmadığını kontrol etmelidir. Takma diş, gözlük ve takıları tutanak dahilinde teslim alınıp, yakınına teslim edilir veya kilitli bir yerde saklanır. Hasta yakınlarına hastaları hakkında bilgi alabilecekleri kaynaklar konusunda bilgi ve destek sağlanır. Yapılan her türlü işlem hemşire gözlem formuna kayıt edilir (79).

Postoperatif Dönemde Hemşirelik Bakımı: Hasta uygun teknikle ve mahremiyetine dikkat edilerek yatağına alınır. Ameliyat notu kontrol edilir ve varsa dr istemi yapılır. Vücut ısısını kontrol etmek için hasta uygun biçimde örtülür. Sargıların görünümü, dışı kanama olup olmadığı, dren kontrolü, yaşam bulguları, bilinç ve ağrı

düzeyi, vaginal drenaj miktarı ve özelliği, aldığı–çıkarıldığı sıvı miktarı, idrar çıkışı, mesane distansiyonu, idrarın rengi, tortu ve koku olup olmadığı post operatif dönemde komplikasyon gelişip gelişmediğini anlamak için hemşirenin takip etmesi gereken bulgulardır.

Hastanın yaşam bulguları ilk saat 15 dakikada bir, stabil oluncaya kadar her yarım saatte bir alınmalıdır. Oluşan her türlü değişiklik doktora haber verilmelidir. Enfeksiyondan korumak için asepsi ilkelerine uyulmalı, deri bütünlüğünü korumak için ameliyat bölgesi temiz ve kuru tutulmalıdır. Barsak fonksiyonları dinleyerek değerlendirilmeli ve geri dönünceye kadar hastaya oral bir şey verilmemelidir. Hastanın sıvı elektrolit dengesizliğinin olup olmadığını anlamak için susama hissi, deri turgorunda azalma yönünden değerlendirilmelidir.

Kan volümü ve post op. kanamaya bağlı hipovolemik şok açısından boyun venleri, nabızın dolgunluğu, sayısı, hiperventilasyon, oligüri, anüri, dispne, hipoksi, hipotansiyon, siyanoz ve terleme açısından değerlendirilmelidir. Anestezinin etkisi geçtikten sonra hastaya derin solunum egzersizleri, yatak içi dönme, bacak egzersizleri ve öksürük egzersizleri yaptırılır ve hastanın da katılımını sağlamak için yararları anlatılır ve postop. 8–12. saatlerde mobilize edilir. Hasta tromboflebit açısından Homan's belirtilerine bakılarak değerlendirilir ve bacak bacak üstüne atmama, uzun süre ayakta ya da oturur pozisyonda kalmaması yönünde uyarılır. Hasta solunum komplikasyonları, pulmoner atelettazi, pulmoner emboli, pnömoni açısından değerlendirilir. Gaz ağrısını giderecek önlemler alınır ve gaz çıkardığında diyetisyene haber verilerek hastanın oral alımı düzenlenir, oral alımı tolere edemezse dr.a haber verilir. Hastanın kateteri çıktıktan sonra, idrar yapmaya teşvik etmesi açısından her yarım saatte bir idrar yaptırılır, su sesi dinletilir, perineal bölgeye ılık su dökülür. Eğer histerektomi vaginal yolla yapıldı ise mesane egzersizleri yaptırılır. Hastanın varsa ağrısı değerlendirilir ve baş etme teknikleri öğretilir. Gerekiyorsa da istenilen ağrı kesiciler uygulanır. Hasta en kısa sürede kendi bakımını üstlenmesi için cesaretlendirilir. Hasta ameliyatla ilgili duyguları ve sorularını ifade etmesi için desteklenir. Kendisi ve yakınlarının gereksinim duyduğu konularda bilgi verilir. Yapılan bütün işlemler hemşire gözlem kağıdına kayıt edilir (37, 79).

Taburculuk Eğitimi

Hastaya total histerektomi ile birlikte bilateral ooferektomi de yapılmışsa kadına cerrahi menopoza gireceği ve HRT almasının önemi anlatılır. Eğer ameliyat öncesi adet görüyor ise bu ameliyat sonrasında adet görmeyeceği anlatılır. Ameliyat sonrası 6. haftada kontrole gelmesi ve sonraki kontrollerine devam etmesinin de erken patolojileri saptamak açısından önemli olduğu vurgulanır. Günde 6–8 bardak su içmesinin yara iyileşmesini hızlandıracağı ve yeterli-dengeli beslenmesinin önemi anlatılır. Pelvik kan akımını engellemek, tromboemboli gelişmesini önlemek için uzun süre oturur pozisyonda kalmaması ve kabız olmamasının önemi anlatılır. İlk hafta kendini yorgun hissetmesinin normal olduğu, iyileşme sürecinde depresyon, ağlama isteği, sinirli davranışların olabileceği ancak bu durumun 4 haftadan daha uzun sürmesi halinde doktora baş vurması gerektiği anlatılır. İlk ay çamaşır asmama, ağır kaldırmama, elektrik süpürgesi ile ev süpürmemenin gerekliliği anlatılır. İlk 8 hafta cinsel ilişki, vaginal duş ve tampondan kaçınması, banyoyu ılık duş şeklinde alması söylenir. Ameliyat sonrası yara yerini su geçirmeyen flasterle kapatıp hemen duş alabileceği anlatılır. Her tuvalete gittiğinde antiseptikli solüsyonla perine temizliğinin yapılması gerektiği anlatılır. İlaçlarını nasıl kullanacağı, düzenli ve zamanında içmesinin önemi anlatılır. 37,5 üzeri ateş, fazla ve kırmızı renkli vaginal kanama, kokulu akıntının enfeksiyon belirtisi olduğu ve doktora başvurması gerektiği anlatılır (37, 79).

HİSTEREKTOMİ SONRASI GÖRÜLEBİLEN CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARINDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Cinselliğin yaşamın ayrılmaz bir parçası ve bütüncül sağlık bakımı kavramının tamamlayıcı bir unsuru olarak kabul edildiği halde, birçok yasal, etik, kişisel ikilemlerin varlığı nedeniyle, sağlık profesyonelleri çözüme ulaşmada zorluk çekmektedirler. Sağlık profesyonelleri bilgi-eğitim eksikliği, başka birilerinin işi olarak algılamaları, cinsel davranış konusunda kişisel anksiyete gibi nedenlerle hastanın cinsel istek ve fonksiyonlarını konuşmak için yeterli zaman ayırmazlar ve öykü alma sırasında cinsel öykü almaya ve cinsel sorunlara çok az yer ayırırlar. Halbuki cinsel sağlığın değerlendirilmesindeki en önemli adım doğru şekilde cinsel öykü almaktır (80, 81).

Sağlık bakım profesyonellerinin hastaları ile cinselliği neden az konuştuklarının araştırıldığı bir çalışmada, hastaların bu konuyu çirkin buldukları, sağlık profesyonellerinin hastalarının cinsel konu ile ilgili gereksinimlerini belirleme, soru sorma ve sorunu belirleyip uygun yanıtı verme konusunda bilgi eksikliklerinin olduğu belirlenmiştir (82).

Haboubi ve Lincoln'ün 2003'te yayınladıkları çalışmasında hemşirelerin %90'ının cinsellik konusunun holistik hasta bakımının bir parçası olduğunu kabul etmelerine karşın, %86'sının bu konuya yeterince eğilmediğini, %94'ünün de hastalarıyla cinsellik konusunu tartışmasının pek mümkün olmadığını ifade ettiklerini bulmuşlardır (83).

Guthrie de benzer şekilde 1999'da yayınladığı çalışmasında, hemşirelerin büyük çoğunluğunun hastasının cinselliğinden de sorumlu olduğunu kabul ettiğini, fakat hem hastaların hem de hemşirelerin bu konuyu konuşmaktan kaçındıklarını belirlemiştir (83).

Ülkemizde hemşirelerin bu konuyu ele almamalarının nedenleri ise, sağlık eğitiminde ve hizmet içi eğitimlerde cinsellikle ilgili etik değer gibi kavramsal konulara yer verilmediğinden dolayı, hemşirelerin cinselliğe bakış açısı toplumsal değerler yönünde olmaktadır ve tabu olarak görülmektedir. Cinsel işlevlerin değerlendirilmesi, cinsel sorunların ayırıcı tanı ve tedavileri konusundaki bilgi birikimleri ve becerileri olması gereken düzeyde değildir. Bu yüzden de cinsel işlevleri sorgulamak bir alışkanlık haline gelmemiştir (81).

Bir diğer neden de yanlış beklenti ve inançlardır. Eğer sağlık personeli orgazm konusunda iki kişinin birlikte orgazm olması gerektiğini düşünür ve hasta orgazm olamama şikayeti ile hemşireye danışır ise, hemşire de kişinin kaygılarını doğru bulur ve sorunu bir cinsel işlev bozukluğu gibi değerlendirip kişiyi yanlış tanı ve tedavi yöntemlerine yönlendirebilir (81).

Cinsel işlev bozuklukları gelenek ve kültürden çok fazla etkilenen bir konudur. Kaldı ki bizim ülkemizde cinsel işlev bozukluğuna yol açabilecek (mastürbasyonun günah, ayıp sayılması, evlenilen ilk gece cinsel ilişkiye girilip çarşafın başkalarına gösterilmesi, cinsel yaşamın tabu sayılıp konuşulmaması gibi) bir sürü yanlış inanış ve töre vardır. Bunlar da sağlık çalışanının bu konuyu konuşmasını güçleştirmektedir (81).

Ayrıca dilimizde kullanılan bir sürü soyut terim ve argo kelimelerin halk arasında cinsel davranışlar için kullanılması ve sağlık personelinin bu kelimeleri bilmemesinden dolayı hasta hemşire arasında bir iletişim sorunu olmakta ve sağlık personeli tarafından zaten zor bir konu olarak algılanan cinsellikle ilgili konuşmanın, içinden çıkılmaz bir hal almasına neden olmaktadır (81).

Cinsel öykü alınması için uygun çevrenin sağlanması ve yeterli zamanın ayrılması gerekir. Hasta özel bir odada, rahat bir pozisyonda (örn; muayene için soyunmayacağı) ve öyküyü alan kişi ile yüz yüze olmalıdır. Aralarında konuşmada sınırlılık hissedilmesine yol açabilecek masa gibi herhangi bir engel olmamalıdır. Cinsellikle ilgili terminoloji kullanılırken rahat olunmalı ve anlatılanların aktif dinlendiği gösterilmelidir. Konuşurken hastanın cinsellikle ilgili kelimelerine ayna tutmak onu rahatlatır ve karşısındaki kişi tarafından doğru olarak anlaşıldığını gösterir. Eğer mümkünse hastanın dolaşmasına ve sesli konuşmasına izin verilmelidir. Sorulara doğru cevabı almak için soruyu farklı şekillerde sormak yararlı olabilir (84).

Sağlık personelinin hastasına cinsel problemleri hakkında danışmanlık yapabilmesi için öncelikle hastasını iyi tanıması gerekir. Bunun için de iyi bir anamnez alınması gereklidir. İyi bir anamnez ayrıca hastayı gereksiz incelemelerle yormaz, zaman ve para kaybını önler. Anamnez hastanın daha önceki geçirdiği ameliyatları, mevcut hastalıkları, kullandığı ilaçları, mevcut cinsel yaşamını, geçmişteki cinsel deneyimlerini, disfonksiyona neden olabilecek risk faktörlerini, kişinin cinsel inanışlarını, toplumsal değer yargılarını, cinsiyete özgü rol ve beklentilerini içermelidir.

Ayrıca hastaya ilişkin tüm tıbbi bilgiler gizlidir ve özenle korunmalıdır. Sadece kişinin değerlendirilip tedavi edilmesine yarayan ve uygun tedavinin verildiğini kanıtlayan bilgilerin kaydedilmesi yeterlidir. Bu kayıtların güvenli bir yerde, kilitli olarak ya da sorumlu bir kişinin gözetiminde saklanması gerekir (81).

Sağlık bakım profesyonellerinin hastalarının cinsel sağlık sorunlarına belli bir sistem dahilinde eğilebilmeleri için çeşitli modeller geliştirilmiştir. Bunlardan biri:

“Permission, Limited Information, Specific Suggestion, Intensive Therapy (PLISSIT) Model”

Hastaların cinsel sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için 1976 da Annon tarafından geliştirilmiştir. (Permission) İzin verme, (Limited Information) sınırlı bilgi,

(Specific Suggestion) özel öneriler ve (Intensive Therapy) yoğun tedavi basamaklarından oluşmuştur. Ex-PLISSIT ise PLISSIT modelinin daha genişletilmiş şekli olup, izin verme aşaması modelin merkezi konumundadır. İzin verme aşaması olmadan diğer bir aşamaya geçilemez. Modelin aşamalarına bakıldığında;

İzin Verme Aşaması: Bu aşama Seksüel konu hakkında konuşmak için hastaya izin vermeyi gerektirmektedir. Hemşire hastaya izin verme aşamasında sınırları belirlememişse, hastalar cinsellik ve cinsel sağlıklarıyla ilgili olarak ne anlatıp neyi anlatmamaları gerektiğine karar veremezler. Bu nedenle hemşire izin verme sınırlarını açık belirlemeli ve hastayı cesaretlendirmelidir. Hastaya yöneltilen sorular seçilirken dikkatli olunmalıdır. İzin vermeyi ifade etmeye bir örnek: ‘Çoğu kez bu işleme (histerektomiye) maruz kalan kadınların cinsel istek kaybı veya tatmin sorunları gibi cinsel güçlüklerle karşılaşması sık görülen bir durumdur. Hastalığınız sizin cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi? Bu konu ile ilgili konuşmak istediğiniz bir şey var mı? ‘ Bu düzeydeki işlemi tüm hemşireler yapabilir. Aynı zamanda sağlık profesyoneli ile hasta arasında bir iletişim olmadan da, izin verme konusunda bazı fırsatlar vardır. Hasta bekleme odası ve ilan tahtası, yararlanılabilen hizmetleri açıklama ve gizlilik konusunda güven vermek için ideal yerlerdir.

Sınırlı Bilgi Aşaması: PLISSIT ve Ex-PLISSIT modellerinde sınırlı bilgi aşamasında, bilgi kaynağı olarak hemşirelerin önemli rolü bulunmaktadır. Bu aşamada hemşireler yanlış bilgileri açığa çıkarma ve ortadan kaldırma konusunda bilgi kaynağı olmalıdır. Modelin bu düzeyinde ifade şu şekilde yapılır: ‘Tıbbi operasyondan sonra 6 haftaya kadar penetratif cinsel ilişki yapmamalısınız. Fakat bu sürede partnerinizle öpüşebilirsiniz ya da sarılıp birbirinizi okşayabilirsiniz. Uyarılmaya başlarsanız üzülme, bu zararlı değildir ve aslında iyileşme hızınızı arttıracaktır’. Hemşirelerin çoğu bu tür bilgileri verebilirler. Bu amaçla, hastalara konu ile ilgili broşür, kitapçıklar ve internet sitelerinin adresi verilebilir.

Özel Öneri Aşaması: Bu aşamada hastanın sorununa özel çözücü yaklaşım gösterilmelidir. Bu duruma romatizma ağrılarında farklı cinsel pozisyonların denenmesi ve cinsel aktivite öncesinde analjezik alınmasının önerilmesi örnek olarak verilebilir. Buna bir örnek:’ Penetratif cinsel ilişki sırasında özellikle derin ilişkide ağrı hissediyorsanız, partnerinize yan yana pozisyonunu kullanmayı ya da sizin üstte olmanızı önerebilirsiniz. Bu yolla penetrasyonun derinliğini ve ilişki hızını siz kontrol edebilirsiniz, ki ilişki sırasında ağrı hissetmenizi azaltacaktır’ şeklinde olabilir.

Yoğun Tedavi Aşaması: Bu aşama hem PLISSIT hem de ex-PLISSIT modelinin en son aşamasıdır. Bu aşamada hemşirenin hastaya yoğun tedavi verebilmesi ve gerektiğinde hastayı uygun birime sevk edebilmesi için uzman olması gerekmektedir. Bu aşamada 'Uzun süreden beri devam eden seksüel problemlerinizi seksüel işkence olarak tanımlıyorsunuz. Bunun gizli olacağı konusunda bana güvenebilirsiniz. Size Dr ...i önerebilirim, bu alanda uzman bir kişidir, hata bu konu ile ilgili görüşmek için size bir randevu alabilirim.' şeklinde bir ifade kullanılabilir.

Hastalar klinikten ayrıldıktan sonra, kendilerine anlatılanların ancak %22'sini anımsayabilirler. Bu nedenle:

- Kısa ve anlaşılır cümleler kurun.
- Bir defada iki ya da üç cümleden daha fazla söylemeyin.
- Doğru anladığından emin oluncaya kadar söylediklerinizi tekrar etmesini isteyin (85-87).

Alarm Modeli

Bir diğeri ALARM yöntemidir ve Andersan ve Lamb tarafından 1995'te geliştirilmiştir.

Activity (Cinsel etkinlik): Hangi sıklıkta cinsel ilişkiye giriyorsunuz?

Libido ya da **istek**: Cinsel aktiviteye istek ve/veya ilginizde değişiklik var mı? Eğer varsa nasıl?

Arousal (canlandırma) ya da **orgazm**: Ereksiyon olma/kayganlaşma yeteneğinizde değişiklik var mı? Cinsel heyecanla ejakülasyon/vajinal kontraksiyon deneyimleyebiliyor musunuz?

Resolution (çözülme) bırakma ya da gevşeme: Cinsel rahatlama veya gerginlikten kurtulma duygularınızda herhangi bir fark dikkatinizi çekiyor mu?

Medikal (Tıbbi) bilgi: Kısaca cinsel aktivitenize/yanıtınıza engel olan öykünüzü tanımlayabilir misiniz? şeklinde sorular yöneltilebilir (81).

Schover Yöntemi

Schover tarafından 1998'de geliştirilmiştir. Hastanın

-Geçmişini ve şimdiki (cinsel uygulamalarını, cinsel fonksiyonlarını, cinsel ilişkilerini) sorgulamayı

-Güncel yaşamını sorgulamayı (sağlık problemleri var mı? Cinsel yaşamını nasıl etkiliyor?)

-Seksüel bilgi, istek ve amaçlarını belirlemeyi kapsar (81).

Better Yöntemi

Mick ve arkadaşları tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir.

B: Cinsellikle ilgili konuları açığa çıkarmayı,

E: Cinselliğin yaşam kalitesinin bir parçası olduğunu ve bu konuda tartışılması gerektiğini,

T: Hastaya mevcut kaynakları söyleyip, ihtiyacı olanları sağlamayı,

T: Aile ve hastanın istediği zamanda öykü alarak tartışmayı ve bilgi sağlamayı kolaylaştırmayı,

E: Hasta ve ailesinin seksüel cevaptaki olası değişiklikler hakkında eğitimini,

R: Hastanın sağlık bakım kayıtlarını, tartışmayı, değerlendirmeyi, girişimleri ve sonuçlarını kaydetmeyi içerir (81).

Bu modellerin tümü hastanın cinsellik ve diğer sorunları hakkında danışmanlık vermek için rehber olarak kullanılabilir.

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, ülkemiz koşullarında, 35-55 yaş arasında benign nedenlerle histerektomi ameliyatı geçirmiş kadınlarda, histerektomi ameliyatının cinsel fonksiyonlara etkisini belirlemek amacıyla ön test-son test karşılaştırmalı, prospektif, tanımlayıcı bir araştırmadır.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Araştırma, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Jinekoloji ve Obstetri Servisinde 01.01.2008 – 31.07.2008 tarihleri arasında yapılmıştır.

Trakya üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Haziran 1983'te Edirne Devlet Hastanesi'nin bir bölümünde 50 yatak kapasiteli olarak açılmış, 1986'da ise poliklinik ve servislerin tamamını kendi binasına taşıyarak eğitim-öğretim ve sağlık hizmetlerini burada vermeye başlamıştır.

Doğum ve Kadın Hastalıkları Ana Bilim Dalına bağlı olarak çalışan Jinekoloji ve Obstetri Birimlerinin yıllık poliklinik sayısı 15.500-16.000, operasyon sayısı yaklaşık olarak 750-800 civarındadır. Poliklinik hizmetleri doğum öncesi bakım, jinekoloji, menopoz, infertilite, aile planlaması ve ürojinekoloji dallarında olmaktadır.

Jinekoloji servisi toplam 23 yatak kapasiteli olup, 2008 yılında toplam 707 hasta servise yatmıştır. Hastalar genellikle jinekolojik tümör, pelvik relaksasyon tamiri, histerektomi, tüm üreme organ tümörlerinden ameliyat yapılmaktadır.

Jinekoloji servisinde çalışan hemşireler önlisans ve lisans mezunudur ve hizmet yılları 22 ile 1 yıl arasında değişmektedir.

Jinekoloji servisi hemşiresinin görevleri; hastaların servise yatış işlemleri sonrası servise uyumunu sağlamak, hastaların yaşam bulgularını almak ve istemlenen ilaçları zamanında yapmak, ameliyat öncesi hastaların psikososyal ve fiziksel hazırlığını yapmak, ameliyat sonrası hastaların yaşam bulgusu takiplerini ve bakımını yapmak, hastaların servise yattığı süre içerisinde gelişen sorunlara yönelik hemşirelik tanısı koymak ve bunlara uygun bakım vermek, hasta ve hasta yakınlarına sık karşılaşılan jinekolojik sorunlar hakkında bilgi vermek ve danışmanlık yapmak, hastalığın özelliğine göre hasta ve hasta yakınlarına taburculuk eğitimi yapmaktır.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırma evrenini Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi Jinekoloji servisinde 2008 yılında yatan 35-55 yaş arası benign nedenlerle TAH+BSO geçiren kadınlar oluşturmaktadır.

ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Çalışma iki bölümden oluşmuştur. İlk bölümünün örneklem seçiminde; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Jinekoloji ve Obstetri Servisinde Ocak 2008–Nisan 2008 tarihleri arasında histerektomi ameliyatı geçirecek, belirttiğimiz kriterlere uygun tüm hastaların alınması planlanmıştır.

01.01.2008–30.04.2008 tarihinde servise yatan hastalara ameliyat öncesi ön test uygulanmış, aynı hastalara 01.04.2008–31.07.2008 tarihleri arasında ise son test uygulanmıştır.

Araştırma sınırlılıkları nedeniyle çalışma 39 kişi ile yapılmıştır.

Araştırmaya

35-55 yaş arasında,

Bening nedenlerle total histerektomi geçirmesine karar verilmiş,

TAH+BSO sonrası kemoterapi almayan,

Ek bir nörolojik hastalığı bulunmayan,

Aktif bir cinsel yaşantısı olan,

İletişim kurulabilen,
Görüşmeyi kabul eden kadınlar dahil edilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıklarını

Histerektomi ameliyatından kısa bir süre önce, ameliyat nedeniyle kişilerde anksiyete gelişebileceği ve buna bağlı olarak cinsel aktivite sıklığının azalmış olabileceği,

Araştırmanın, Sağlık Müdürlüğünden gerekli izin alınamaması ve sağlık müdürlüğüne bağlı hastanelerde çalışılmaması nedeniyle sadece Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yapılması,

Çoğunluğunun myoma uteri nedeniyle opere edilen hastaların ameliyat öncesi kanama ve ağrı şikâyetine bağlı ameliyat öncesi cinsel aktivite sayılarının kısıtlanmış olabileceği ve bu durumun ameliyat öncesi dönemde cinsel fonksiyonlarına etki edebileceği,

Araştırma sonuçlarının sadece çalışmanın yapıldığı grup için genellenebilir olması,

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinin kendi kendine uygulanabilir bir ölçek olmasına rağmen, ölçekteki bazı soruların tıbbi terimler içermesi nedeniyle hastalar tarafından anlaşılması nedeniyle, soru-cevap yöntemi kullanılarak uygulanması,

Ameliyat sonrası hastaların hastaneye tekrar 6 hafta sonra çağırılması, ilk 6 hafta cinsel ilişkinin yasak olması ve bazı hastaların ilçe veya etraf illerden olması nedeniyle ilk kontrolden sonraki takiplerini kendi illerinde yaptırmak istemeleri nedeniyle hastalarla ameliyat sonrası görüşmenin telefonla yapılmış olması oluşturmaktadır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılan Olumlu Durumlar

Serviste ameliyat olacak olan ve araştırma ölçütlerine uygun tüm kadınların araştırmaya katılmaya istekli oluşu ve merak ettikleri bir konu olduğu için soru sormaları,

Araştırmaya katılan kadınların ameliyat öncesi verilen eğitimi dikkatle dinlemeleri, böyle bir eğitim almaktan memnun olmaları ve böyle bir eğitimin bu ameliyatı geçirecek olan her hastaya verilmesi gerektiğini belirtmeleri,

Ameliyat sonrası son test için, ön test uygulanan tüm hastalara araştırmacı tarafından telefonla ulaşılabilmesi,

Ameliyat sonrası 3. ayda telefonla görüşülen tüm hastaların, ameliyat sonrası cinsel deneyim yaşamış olması araştırmada karşılaşılan olumlu durumlar olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Hipotezleri

H0: Benign nedenlerle histerektomi yapılmış 35-55 yaş arası kadınlarda, geçirilen histerektomi ameliyatının cinsel yaşantı üzerine etkisi yoktur.

H1: Benign nedenlerle histerektomi yapılmış 35-55 yaş arası kadınlarda, geçirilen histerektomi ameliyatının cinsel yaşantı üzerine etkisi vardır.

Verilerin Toplanması

Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması: Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatüre uygun olarak hazırlanan, Histerektomi Ameliyatı Öncesi Kadını Değerlendirme Anket Formu (Ek 2) (sosyo-demografik özellikleri, ameliyat ile ilgili bilgiler, ameliyat öncesi cinsel yaşantı ile ilgili bilgileri içermektedir), Histerektomi Sonrası Kadını Değerlendirme Anket Formu (Ek 3) (ameliyat ile ilgili bilgileri ve ameliyat sonrası cinsel ilişki ile ilgili bilgileri içermektedir) ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Ek 4) kullanılarak toplanmıştır.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması: Araştırma iki aşamalı olarak yapılmıştır. Birinci aşamada, benign nedenlerle TAH+BSO yapılacak olan, araştırmaya katılmaya istekli hastalara servise yatışı yapıldıktan sonra, ameliyat olmadan 1-2 gün önce sakin bir odada, hasta ile baş başa kalarak ve anlamadığı bölümler açıklanarak, yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmıştır. Ön test olarak, literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan Histerektomi Ameliyatı Öncesi Kadını Değerlendirme Formu (Ek 2) ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın Formu (Ek 4) uygulanmış ve kadının her bir soruyu cevaplama sağlanmıştır. Bu hastalara anket uygulama öncesi araştırmanın yapıliş amacı ve bilgilerinin sadece bilimsel amaçlar için kullanılacağı ve isminin bu araştırmada geçmeyeceği anlatılmış ve sözlü onam alınmıştır.

Anket uygulaması yaklaşık 20-25 dakika sürmüş ve anket sonunda hastalara literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanmış 10 dakikalık bir eğitim verilmiştir. Bu

eğitimde geçirecekleri ameliyatın ne olduğu, hangi organlarının alınacağı, bu ameliyat sonrası cerrahi menopoza girecekleri, menopozda görülen değişiklikler, cinsel hayatlarında olabilecek değişiklikler ve bu değişikliklerde yapabilecekleri kişilerin yapabilecekleri basit uygulamalar anlatılmıştır (Ek 5). Ayrıca kişilere ameliyat sonrası 3. ayda tekrar görüşüleceği söylenmiştir.

Araştırmanın ikinci aşaması, ameliyattan 3 ay sonra kişilerle telefonla görüşülerek yapılmıştır. Bu aşamada da son test olarak yine literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan Histerektomi Sonrası Kadını Değerlendirme Formu (Ek 3) ve Arizona Cinsel Yaşantılar leği Kadın Formu uygulanmış ve kadının telefonda verdiği bilgiler araştırmacı tarafından formlara işaretlenmiştir. Ameliyat sonrası görüşme de her bir kadın için yaklaşık 15 dakika sürmüş ve anket sonunda kadının ihtiyaç duyduğu bilgi gereksinimi giderilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan bağımsız değerşkenler: Kadınların yaş, evlilik yılı, eğitim durumu, bir işte çalışıp çalışmama durumu, yaşadığı yer, eşin eğitim durumu, ekonomik durumu, ocuk sayısı, düşük yapma durumu, kürtaj yaptırma durumu, aile tipi, kadının ameliyatı algılama durumu, herhangi bir ilaç kullanma durumu, rahimini algılama durumu, cinsel ilişkiyi algılama durumu, önceki cinsel ilişki sayısı, cinselliği önemli bulma durumu, sigara kullanma, aile planlaması yöntemi kullanma durumu, psikiyatrik tedavi alma durumu bağımsız değerşken olarak alınmıştır

Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan bağımlı değerşkenler: Verilerin değerlendirilmesinde, Arizona Cinsel Yaşantılar leği (ACYÖ) bağımlı değerşken olarak alınmıştır.

Arizona Cinsel Yaşantılar leği (ACYÖ) (Arizona Sexual Experiences Scale, ASEX), psikotrop ilaç kullanan hastalarda cinsel fonksiyonlarda oluşan değerşiklikleri, kişiyi en az rahatsız edecek ve en uygun şekilde ortaya çıkarmak için 2000 yılında Mc Gahuey, Gelenberg, Laukes, Moreno ve Delgoda isimli araştırmacılar tarafından tasarlanan, 5 soruluk altılı Likert tipi öz değerlendirme leğidir. Formda son bir haftanın değerlendirmesi sorulmaktadır. Ölçeğin kadın ve erkeğe uygulanan soruları farklıdır (88).

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Soykan tarafından, 2002 yılında Ankara Üniversitesi İbni-Sina Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde yatan son dönem böbrek yetersizliği olan hastalarda yapılmıştır (89).

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, cinsel işlevleri eşle olan ilişki ve kişinin cinsel yönelimini hariç tutarak araştırmayı amaçlar. Kadın formunda sırasıyla cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma (vaginal ıslanma), orgazma ulaşma kapasitesi ve orgazm sonucu doyum duygusunu araştıran sorular mevcuttur. Bu sorular günümüzde geçerli olan DSM-IV ve ICD-10 cinsel işlev bozuklukları tanı kriterlerini karşılamaktadır (88, 90). Her sorunun 1'den 6'ya kadar değişen puanlamasıyla toplam skor 5'ten 30'a kadar değişmektedir. Düşük puanlar cinsel yanıtın güçlü, kolay ve tatmin edici olduğunu, yüksek puanlar ise cinsel işlev bozukluğunun varlığını gösterir. Ayrıca toplam puanın 19'un üzerinde olması, herhangi bir sorunun puanının 5'in üzerinde olması, herhangi 3 sorunun 4'ün üzerinde puan alması cinsel fonksiyon bozukluğunu göstermektedir (88, 90, 91).

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesi için, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 11.5 istatistik paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel metotlar olarak ortalama, standart sapma, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Mc Nemar Ki-Kare testi, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nden elde edilen skorların ameliyat öncesi ve sonrası değerlerinin karşılaştırılmasında Wilcoxon testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Bu tartışma 01 Ocak 2008 - 31 Temmuz 2008 tarihleri arasında benign nedenlerle histerektomi ameliyatı planlanan kadınlarda, histerektomi ameliyatının cinsel fonksiyonlar üzerine olan etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. 39 kadın hasta üzerinde gerçekleştirilen çalışmada, hastalar ile ameliyat öncesi ve ameliyattan 3 ay sonrası yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirildikten sonra;

Bulgular:

- Kişisel özellikler ve hastalığa ilişkin özelliklerin dağılımı,
- Ameliyat öncesi ve sonrası cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi (dağılımı)
- Kişisel özelliklerin cinsel fonksiyonlara göre dağılımı şeklinde gruplandırılıp aynı sıra ile sunulmuştur.

Araştırmaya Katılan Kadınların Demografik Verileri

TAH+BSO'nun cinsel yaşam üzerinde etkisinin olup olmadığını araştırmak için 39 hasta üzerinde yapılan bu araştırmada;

Tablo 3 kişinin eğitim durumu, eşinin eğitim durumu, medeni durumu, bir işte çalışıp çalışmaması ile ilgili bulguları göstermektedir Buna göre olguların %71,8'i ilköğretim mezunu iken, %7,7'si okur yazar değildi. %66,7'sinin eşi ilköğretim mezunu iken, %33,3'ünün eş eğitim durumu lise ve üstü idi. Olguların %100'ü evli ve eşi ile birlikte yaşıyordu. %87,2'si ev hanımı iken, %12,8'i bir işte çalışıyordu. Kişilerin yaşadığı yer (köy-kasaba, şehir-büyükşehir olması), aile tipi (çekirdek ya da geniş aile olması) ve gelir durumlarını kendilerinin nasıl tanımladıklarına ilişkin verilere

bakıldığında ise %59'u şehir ya da büyük şehirde yaşıyorken, %41'i köy ya da kasabada yaşıyordu. %84,6'sı çekirdek aile iken, %15,4'ü geniş aile idi. %48,7'si gelir durumunu gelir gidere eşit diye belirtirken, %46,2'si gelirini giderinden daha az olarak belirtiyordu.

Tablo 3. Araştırmaya katılan kadınların demografik verilerinin dağılımı (n=39)

Kişisel Özellikler	n	%
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	3	7,7
İlköğretim	28	71,8
Lise ve üstü	8	20,5
Eşin eğitim durumu		
Okuryazar değil	-	-
İlköğretim	26	66,7
Lise ve üstü	13	33,3
Medeni durumu		
Evli	39	100,0
Bekâr-Dul	-	-
Çalışma durumu		
Çalışıyor	5	12,8
Çalışmıyor	34	87,2
Yaşadığı yer		
Köy-Kasaba	16	41,0
Şehir-B.şehir	23	59,0
Aile tipi		
Çekirdek	33	84,6
Geniş	6	15,4
Gelir durumu		
Gelir giderden az	18	46,2
Gelir gidere eşit	19	48,7
Gelir giderden fazla	2	5,1

Tablo 4 Araştırmaya katılan kadınların yaş (yıl) ve evlilik süresi (yıl) ortalamalarına ilişkin bulguları göstermektedir. Buna göre hastaların yaşlarının 35 ile 55 arasında değişmekte olduğu ve yaş ortalamasının $45,4 \pm 4,2$ yıl (min. 35,0–max. 55,0) olduğu bulundu. Olguların evlilik süresi ortalamalarına bakıldığında $24,9 \pm 5,1$ yıl (min. 14,0–max. 36,0) olarak bulundu.

Tablo 4. Araştırmaya katılan kadınların yaş ve evlilik yılı ortalamalarına ilişkin bulguları (n=39)

	Değerlerin Alt ve Üst Sınırları		
	Min.	Maks.	Ort ± SS
Yaş (yıl)	35,00	55,00	45,4±4,2
Evlilik Süresi (yıl)	14,00	36,00	24,9±5,1

Tablo 5’de araştırmaya katılan kişilerin çocuk sayısı, düşük yapıp yapmaması, kürtaj yaptırıp yaptırmaması, ameliyat öncesi dönemde adet görme durumları, aile planlaması yöntemi kullanıp kullanmama durumuna ilişkin bulgular verildi. Buna göre; %66,7’sinin 2 çocuğu, %23,1’inin 3 ve daha fazla çocuğu vardı. %74,4’ü hiç düşük yapmamış iken %25,6’sı düşük yapmıştı. %59,0’u kürtaj yaptırmış iken, %41,0’i hiç yaptırmamıştı. %56,4’ü operasyon öncesi adet görüyordu, %20,5’i 6 ay-1 yıldır, %23,1’i 2-5 yıldır adet görmüyordu. Yine olguların %71,8’i herhangi bir aile planlaması yöntemi (etkili ya da etkisiz) kullanıyor iken, %28,2’si kullanmıyordu.

Tablo 5. Araştırmaya katılan kadınların obstetrik ve jinekolojik hikayesine ilişkin bulgularının dağılımı (n=39)

Özellikler	n	%
Çocuk sayısı		
Çocuğum yok	1	2,6
1 çocuğum var	3	7,7
2 çocuğum var	26	66,7
3 ve ↑ çocuğum var	9	23,1
Düşük		
Yaptım	10	25,6
Yapmadım	29	74,4
Kürtaj		
Yaptırdım	23	59,0
Yaptırmadım	16	41,0
Adet görme durumu		
Op. Öncesi görüyor	22	56,4
6 ay–1 yıldır görmüyor	8	20,5
2-5 yıldır görmüyor	9	23,1
Aile planlaması yöntemi		
Kullanıyor	28	71,8
Kullanmıyor	11	28,2

Tablo 6’da kişilerin ameliyat öncesi jinekolojik operasyon geçirip geçirmeme ve geçirdiyse hangi operasyonu geçirdiği ve hangi şikâyetle doktora başvurduklarına

dair veriler bulunmaktadır. Buna göre; %64,1'i daha önceden herhangi bir jinekolojik operasyon geçirmemiş iken, %35,9'u daha önceden sectio, memeden kitle alımı ve tek taraflı ooforektomi ameliyatlarından herhangi birini geçirmiştir. Hangi şikayetle doktora başvurduklarına bakıldığında ise %28,2'si aşırı kanama, %23,1'i aşırı kanama+ağrı, %15,4'ü ağrı, %7,7'si adet düzensizliği+ağrı, %5,1'i adet düzensizliği şikayeti ile başvurmuş iken, %20,5'i herhangi bir şikayeti olmadan başvurmuştur. Tıbbi tanılarına bakıldığında ise, %53,8'i myoma uteri, %25,6'sı endometrial hiperplazi, %15,4'ü disfonksiyonel uterin kanama, %2,6'sı endometriozis ve %2,6'sı desensus/prolapsus idi.

Tablo 6. Araştırmaya katılan kadınların ameliyat öncesi jinekolojik hikayesine ilişkin bulgularının dağılımı (n=39)

Özellikler	n	%
Jinekolojik operasyon		
Geçirmiş	14	35,9
Geçirmemiş	25	64,1
Operasyon		
Sectio	8	20,5
Lobektomi/mastektomi	5	12,8
Ooforektomi	1	2,6
Doktora geliş şikayeti		
Aşırı kanama	11	28,2
Adet düzensizliği	2	5,1
Ağrı	6	15,4
Aşırı kanama+ağrı	9	23,1
Adet düzensizliği+ağrı	3	7,7
Şikâyetim yok	8	20,5
Tanı		
Myoma uteri	21	53,8
Disf. uterin kanama	6	15,4
End. hiperplazi	10	25,6
Endometriozis	1	2,6
Desensus/Prolapsus	1	2,6

Tablo 7'de ameliyat öncesi kişilerde kronik bir hastalığın varlığı ya da yokluğu, herhangi bir ilaç kullanma durumu, sigara kullanma durumuna ilişkin bilgiler bulunmaktadır. Ameliyat öncesi çalışmaya katılanların %48,7'sinde kronik bir hastalık var iken, %51,3'ünde herhangi bir kronik hastalık yoktu. Yine çalışmaya katılanlardan kronik hastalığı olanların 7'si (%17,9) hipertansiyon, 5'i (%12,8) meme ca, 2'si DM, 1'i MS, 1'i Astım, 1'i Guatr, 1'i KBY, 1'i Depresyon için ilaç kullanırken, 20'si (%51,3) ilaç

kullanmıyordu. Çalışmaya katılanların %76,9'u sigara kullanmıyorken, %23,1'i kullanıyordu.

Tablo 7. Kadınların kronik hastalık varlığı, ilaç ve sigara kullanma durumlarına ilişkin bulgularının dağılımı (n=39)

Özellikler		
Kronik hastalık	n	%
Evet	19	48,7
Hayır	20	51,3
İlaç kullanma		
Evet	19	48,7
Hayır	20	51,3
Sigara		
Kullanıyor	9	23,1
Kullanmıyor	30	76,9

Tablo 8'de kişilerin ameliyat öncesi 'Rahim sizin için ne anlam ifade ediyor?' sorusuna verdikleri cevapların dağılımı yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılanların %59,0'u sağlıklı olmak için gerekli bir organ derken, %23,1'i çocuk doğurmak için gerekli bir organ, %12,8'i adet görmek için gerekli bir organ, %5,1'i cinsel ilişki için gerekli bir organ cevabını vermişlerdir.

Tablo 8. Araştırmaya katılan kadınların rahime yükledikleri anlama ilişkin bulgularının dağılımı (n=39)

Rahim Anlamı	n(%)	n(%)
Çocuk doğurmak için gerekli	9	23,1
Cinsel ilişki için gerekli	2	5,1
Adet görmek için gerekli	5	12,8
Sağlıklı olmak için gerekli	23	59,0

Tablo 9'da kişilerin kendilerine konulan tıbbi tanıyı bilip bilmedikleri ve hangi ameliyatı geçireceklerini/geçirdiklerini bilme durumlarının ameliyat öncesi ve sonrası karşılaştırılması yapılmıştır. Buna göre kendilerine konulan tıbbi tanıyı ameliyat öncesi 35 kişi (%89,7) biliyorken, bu sayı ameliyat sonrası 39 kişiye (%100) yükselmiştir. Çalışmaya katılan kişilerin ameliyat öncesi %2,6'sı vaginal histerektomi geçireceğini, %5,1'i hangi ameliyatı geçireceğini bilmediğini ve %92,3'ü TAH+BSO geçireceğini söylerken, ameliyat sonrası aynı kişilerin hepsi (%100) TAH+BSO geçirdiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 9. Araştırmaya katılan kadınların tanılarını ve hangi ameliyatı geçireceklerini bilme durumlarının ameliyat öncesi ve sonrası dağılımı (n=39)

Özellikler	Ameliyat Öncesi	Ameliyat Sonrası
	n(%)	n(%)
Tanı		
Evet biliyorum	35 (%89,7)	39 (%100)
Hayır bilmiyorum	4 (%10,3)	-
Ameliyat türü		
TAH+BSO	36 (%92,3)	39 (%100)
Vajinal histerektomi	1 (%2,6)	-
Bilmiyorum	2 (%5,1)	-

Tablo 10'da kişilerin doktora gelmeye sebep olan şikayetlerinin ve ağrı deneyimleyenlerin ağrıyı ne zaman algıladıklarına dair ameliyat öncesi verdikleri cevapların, ameliyat sonrası hatırlanıp hatırlanmadığı görülmektedir. Ameliyat öncesi verilen cevaplarla ameliyat sonrası verilen cevapların genelde aynı olduğu, sadece 'Ameliyat öncesi ağrı şikayetiyle başvurdum' diyenlerin sayısı ameliyat öncesi %15,4 iken, aynı cevabın ameliyat sonrası oranının %12,8 olduğu görülmüştür. Şikayetinde ağrı olan vakaların %25,6'sı ağrıyı cinsel ilişki sırasında deneyimlediğini belirtirken, %20,5'i günlük işlerini yaparken deneyimlediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 10. Kadınların doktora gelme şikâyetlerinin ve ağrı durumlarının ameliyat öncesi ve sonrası dağılımı (n=39)

Özellikler	Ameliyat Öncesi	Ameliyat Sonrası
	n(%)	n(%)
Şikâyeti		
Aşırı kanama	11 (%28,2)	11 (%28,2)
Adet düzensizliği	2 (%5,1)	2 (%5,1)
Ağrı	6 (%15,4)	5 (%12,8)
Şikâyeti yok	8 (%20,5)	8 (%20,5)
Aşırı kanama + Ağrı	9 (%23,1)	9 (%23,1)
Adet düzensizliği + Ağrı	3 (%7,7)	4 (%10,3)
Ağrı		
Cinsel ilişki sırasında	10 (%25,6)	10 (%25,6)
Günlük işlerini yaparken	8 (%20,5)	8 (%20,5)

Tablo 11 kişinin kendini ve yaşamı nasıl tanımladığı sorularına ameliyat öncesi ve sonrası verdiği cevapların karşılaştırmasını göstermektedir. Buna göre kişilerin 'Ameliyatın hayatınızı nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?' (kendini

tanımlama) sorusunun cevabına bakıldığında, ameliyat öncesi %41,0'i (n=16) hayatımda bir değişiklik olmayacağını düşünüyorum derken, %25,6'sı (n=10) ameliyattan sonra cinsel hayatımın düzeleceğini düşünüyorum, gebe kalma riskim ortadan kalktığı için de kendimi daha rahat hissediyorum, %20,5'i (n=8) eşim tarafından çekici bulunmaktan, ameliyattan sonra cinsel hayatımın kötü olacağından endişe ediyorum, %7,7'si (n=3) yarım bir insan olacağım, %5,1'i (n=2) artık çocuk doğuramayacak olmak beni üzüyor dedikleri görüldü. Aynı soruya ameliyat sonrası cevaplarına bakıldığında ise %74,4'ü (n=29) hayatımda bir değişiklik olmadı, %20,5'i (n=8) ameliyattan sonra cinsel ilişkiye girmekten soğudum, %2,6'sı (n=1) yarım bir insan oldum, %2,6'sı (n=1) ameliyattan sonra cinsel hayatım düzeldiği ve gebe kalma riskim ortadan kalktığı için kendimi mutlu hissediyorum dedikleri görüldü.

Yaşam tanımlarına bakıldığında; ameliyat öncesi %61,5'i (n=24) kendimi bazen mutlu, bazen mutsuz hissediyorum, %35,9'u (n=14) genel olarak mutluyum, %2,6'sı (n=1) genel olarak mutsuzum derken, ameliyat sonrası %48,7'si (n=19) genel olarak mutluyum, %43,6'sı (n=17) bazen mutlu bazen mutsuzum, %7,7'si (n=3) genel olarak mutsuzum dedikleri görüldü.

Tablo 11. Kadınların kendilerini ve yaşamı nasıl tanımladıklarına dair verdikleri cevapların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dağılımı (n=39)

Özellikler	Ameliyat Öncesi	Ameliyat Sonrası
	n(%)	n(%)
Kendini tanımlaması		
Yarım bir insan olacağını düşünme	3 (%7,7)	1 (%2,6)
Eşi tarafından çekici bulunmaktan /ameliyat sonrası cinsel hayatının kötü olmasından korkma	8 (%20,5)	0 (%0)
Çocuk doğuramayacak olmaya üzülmeye	2 (%5,1)	8 (%20,5)
Cinsel hayatının düzeleceğini düşünme/gebe kalmayacağı için kendini iyi hissetme	10 (%25,6)	1 (%2,6)
Hayatında bir değişiklik olmayacağını düşünme	16 (%41,0)	29 (%74,4)
Yaşamını tanımlaması		
Genel olarak mutlu	14 (%35,9)	19 (%48,7)
Genel olarak mutsuz	1 (%2,6)	3 (%7,7)
Bazen mutlu/bazen mutsuz	24 (%61,5)	17 (%43,6)

Tablo 12, Kişilerin ameliyat öncesi ve sonrası psikiyatriste gitme ihtiyacı hissedip hissetmemelerini ve psikiyatrik tedavi alıp almamalarını karşılaştırmaktadır. Buna göre ‘Psikiyatriste gitmenizi gerektirecek ruhsal bir probleminiz oldu mu?’ sorusuna ameliyat öncesi %92,3’ü (n=36) hayır, %7,7’si (n=3) evet derken, aynı soruya ameliyat sonrası hayır diyenler %76,9 (n=30), evet diyenler %23,1 (n=9) oldu. Devamında ‘Psikiyatrik tedavi gördünüz mü?’ sorusuna ameliyat öncesi 1 kişi (%2,6) evet derken, ameliyat sonrası 3 kişi (%7,7) evet dedi. Hayır diyenler ise ameliyat öncesi %97,4 (n=38), ameliyat sonrası %92,3 (n=36) oldu.

Tablo 12. Kadınların psikiyatrik durumlarına ilişkin bulguların ameliyat öncesi ve sonrası karşılaştırılması (n=39)

Psikiyatriste gitme ihtiyacı hissetme	Ameliyat öncesi	Ameliyat sonrası	P
	n(%)	n(%)	
Evet	3 (%7,7)	9 (%23,1)	0,070
Hayır	36 (%92,3)	30 (%76,9)	
Psikolojik tedavi görme			
Evet	1 (%2,6)	3 (%7,7)	0,625
Hayır	38 (%97,4)	36 (%92,3)	

Tablo 13, “Sizin için cinsellik önemli mi?” sorusuna ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası verilen cevapları göstermektedir. Bu soruya ameliyat öncesi %53,8’i (n=21) evet derken, ameliyat sonrası evet diyenler %66,7 (n=26) olmuş, hayır diyenler ise ameliyat öncesi %46,2 (n=18) iken, ameliyat sonrası %33,3 (n=13) olmuştur.

Tablo 13. Araştırmaya katılan kadınların cinselliği önemli bulup bulmama durumlarının ameliyat öncesi ve sonrası dağılımı (n=39)

Cinselliği önemli bulma	Ameliyat öncesi	Ameliyat sonrası
	n(%)	n(%)
Evet	21 (%53,8)	26 (%66,7)
Hayır	18 (%46,2)	13 (%33,3)

Tablo 14’de, kişilerin ‘Cinsellik sizin için önemli mi?’ sorusuna verilen cevapların ameliyat öncesi ve sonrası çapraz karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre ameliyat öncesi cinselliği önemli bulan hastaların (n=21) %95,2’si (n=20) ameliyat sonrası da önemli bulmaktadır. Ameliyat öncesi cinselliği önemli bulan hastaların %4,8’i (n=1) ameliyat sonrası önemli bulmamaktadır. Ameliyat öncesi cinselliği

önemli bulmayan (n=18) hastaların %33,3'ü (n=6) ameliyat sonrası önemli bulmakta, %66,7'si (n=12) ameliyat sonrası cinselliği yine önemsiz bulmaktadır. Ameliyat öncesi ve sonrası değerler karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür (p=0,125).

Tablo 14. Araştırmaya katılan kadınların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası cinselliği önemli bulup bulmama durumlarının karşılaştırılması (n=39)

Ameliyat öncesi		Ameliyat sonrası			P*
		Cinsellik sizin için önemli mi?			
		Evet	Hayır	Toplam	0,125
Cinsellik sizin için önemli mi?	Evet	20 (%95,2)	1 (%4,8)	21 (%100)	
	Hayır	6 (%33,3)	12 (%66,7)	18 (%100)	
	Toplam	n=26	n=13	39 (%100)	

* Mc Nemar (kikare) Test

Tablo 15, cinsel hayatlarında problem olup olmadığı ve eğer varsa cinsel problemlerinde ameliyat sonrası nasıl bir değişiklik olduğunu göstermektedir. Buna göre 'Eşinizle ameliyat öncesi cinsel problemlerinizi var mıydı?' sorusuna %35,9'u (n=14) hayır hiçbir problemimiz yoktu derken, %48,7'si (n=19) cinsel ilişki sırasında ağrı, kuruluk ve isteksizlik, %7,7'si (n=3) kanama, %5,1'i (n=2) eşimin cinsel ilişkiye karşı isteksizliği var, %2,6'sı (n=1) cinsel ilişkiyi istiyorum ama orgazm olamıyorum demişlerdir. Aynı soruya ameliyat sonrası %43,6'sı (n=17) hayır hiçbir problemimiz yok derken, %33,3'ü (n=13) cinsel ilişki sırasında ağrı, kuruluk, isteksizlik, %12,7'si (n=5) cinsel ilişkiyi istiyorum ama orgazm olamıyorum, %7,7'si (n=3) cinsel ilişki sırasında kanama, %2,6'sı (n=1) eşimin cinsel ilişkiye karşı isteksizliği var demişlerdir.

Tablo 15. Araştırmaya katılan kadınların cinsel hayatlarındaki problem durumlarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dağılımı (n=39)

Cinsel problemler	Ameliyat öncesi	Ameliyat sonrası
	n(%)	n(%)
Ağrı, kuruluk, isteksizlik	19 (%48,7)	13 (%33,3)
Kanama	3 (%7,7)	3 (%7,7)
Orgazm olamama	1 (%2,6)	5 (%12,8)
Eşin isteksizliği/orgazm olamaması	2 (%5,1)	1 (%2,6)
Problem yok	14 (%35,9)	17 (%43,6)

Tablo 16, ameliyat sonrası ek bir cinsel probleminin gelişip gelişmediği, geliştirse problemin adı ve ameliyat sonrası cinsel problemleri için doktora danışıp

danışmadıklarına dair verileri içermektedir. Ameliyat sonrası cinsel ilişki sırasında eski problemlerinizin haricinde yeni gelişen bir probleminiz oldu mu sorusuna %53,8'i (n=21) hayır olmadı derken, %46,2'si (n=18) evet oldu demişlerdir. 'Eğer cinsel probleminiz varsa bunun için doktora gittiniz mi? (Bu probleminizi doktora danıştınız mı?)' sorusuna ameliyat öncesi %12,8'i (n=5) evet derken, %87,2'si (n=34) hayır demiştir. Aynı soru ameliyat sonrası sorulduğunda da aynı oranlar elde edilmiştir. 'Ameliyat sonrası cinsel problemlerinizin haricinde jinekolojik probleminiz (sıcak basması, terleme, uykusuzluk) oldu mu?' sorusuna %56,4'ü (n=22) hayır derken, %43,6'sı (n=17) evet demişlerdir.

Tablo 16. Araştırmaya katılan kadınların ameliyat sonrası ek bir cinsel problem gelişme, bu problemler için doktora danışma durumu ve jinekolojik bir problemin gelişip gelişmediğine ilişkin bulgularının dağılımı (n=39)

Ek problem gelişip gelişmediği	Ameliyat sonrası
	n(%)
Evet	18 (%46,2)
Hayır	21 (%53,8)
Problem adı	
Ağrı, kuruluk, isteksizlik	12 (%30,8)
Kanama	3 (%7,7)
Orgazm olamama	2 (%5,1)
Eşin isteksizliği/orgazm olamama	1 (%2,6)
Gelişmedi	21 (%53,8)
Doktora danışma	
Evet	5 (%12,8)
Hayır	34 (%87,2)
Am. sonrası jinekolojik problem olup olmadığı	
Evet	17 (%43,6)
Hayır	22 (%56,4)

Tablo 17, ameliyat öncesi ve sonrası cinsel ilişki sıklığının karşılaştırılması ve ameliyat sonrası ilk cinsel ilişkiye başlama durumunu gösteren tablodur. Buna göre 'Ameliyat öncesi bu problemleriniz hiç yokken cinsel ilişki sıklığınız nasıldı?' sorusuna %74,4'ü (n=29) haftada 1-2 derken, %20,5'i (n=8) haftada 3-4, %5,1'i (n=2) ayda 1-2 veya daha az demişlerdir. 'Bu problemleriniz ortaya çıkıp doktora gelmeden önceki cinsel ilişki sıklığınız nasıldı?' sorusuna %51,3'ü (n=20) ayda 1-2 veya daha az, %48,7'si (n=19) haftada 1-2 demişlerdir. 'Ameliyat sonrası cinsel ilişki sıklığınız

nasıl?' sorusuna ise, %69,2'si (n=27) haftada 1-2 derken, %23,1'i (n=9) ayda 1-2 veya daha az, %7,7'si (n=3) haftada 3-4 demişlerdir.

Operasyon sonrası cinsel ilişkiye ilk ne zaman başladınız sorusuna %71,8'i (n=28) ameliyattan yaklaşık 2 ay sonra, %28,2'si (n=11) ameliyattan yaklaşık 3 ay sonra demişlerdir.

Tablo 17. Araştırmaya katılan kadınların ameliyat öncesi ve sonrası cinsel ilişki sıklığının karşılaştırılması ve ameliyat sonrası ilk cinsel ilişkiye başlama zamanına ilişkin bulgularının dağılımı (n=39)

Cinsel İlişki Sıklığı	Ameliyat endikasyonu gelişmeden önce	Ameliyat endikasyonu gelişip operasyon öncesi	Ameliyat sonrası
	n(%)	n(%)	n(%)
Haftada 3-4	8 (%20,5)	0 (%0)	3 (%7,7)
Haftada 1-2	29 (%74,4)	19 (%48,7)	27 (%69,2)
Ayda 1-2 ve ↓	2 (%5,1)	20 (%51,3)	9 (%23,1)
Operasyon Sonrası Cinsel İlişkiye Başlama			
Op. Sonrası 1. ay			0 (%0)
Op. Sonrası 2. ay			28 (%71,8)
Op. Sonrası 3. ay			11 (%28,2)
Op. Sonrası cinsel ilişki yaşamadım			0 (%0)

Tablo 18'de, araştırmaya katılan kadınların ameliyat sonrası evlilik hayatında değişme olup olmadığına ilişkin bulgular verilmektedir. Buna göre %79,5'i (n=31) hayır olmadı, %17,9'u (n=7) evet olumlu yönde, %2,6'sı (n=1) evet olumsuz yönde şeklinde belirtmişlerdir.

Tablo 18. Olguların ameliyat sonrası evlilik hayatında değişme olup olmadığına ilişkin bulgularının dağılımı (n=39)

Evlilik hayatında değişim durumu	Ameliyat sonrası
	n(%)
Olumlu yönde	7 (%17,9)
Olumsuz yönde	1 (%2,6)
Değişiklik yok	31 (%79,5)

Tablo 19'da ameliyat öncesi mevcut cinsel problemlerde ameliyat sonrası değişiklik olup olmadığına ilişkin bulgular verilmektedir. Ameliyat öncesi var olan cinsel problemlerinizde ameliyat sonrası bir değişiklik oldu mu sorusuna %41'i (n=16)

azaldı-bitti derken, %30,8'i (n=12) değişiklik olmadı, %25,6'sı (n=10) ameliyat öncesi şikayetim yoktu, %2,6'sı (n=1) arttı demişlerdir.

Tablo 19. Ameliyat öncesi var olan cinsel problemlerde ameliyat sonrası değişiklik olup olmadığına ilişkin bulguların dağılımı (n=39)

Cinsel problemlerde değişiklik durumu	Ameliyat Sonrası
	n(%)
Azaldı/bitti	16 (%41,0)
Değişiklik olmadı	12 (%30,8)
Arttı	1 (%2,6)
Şikayetim yoktu	10 (%25,6)

Arizona cinsel yaşam ölçeğinin alt grupları olan cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, orgazma ulaşma kapasitesi ve orgazm sonucu doyum duygusu soruları da ameliyat öncesi ve sonrası sorularak arada fark olup olmadığı araştırıldı.

Tablo 20, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği skorlarının ameliyat öncesi ve sonrası karşılaştırılmasını göstermektedir. Buna göre istek (cinsel dürtü) alt boyutunda, ameliyat öncesi cinsel açıdan kendini çok istekli olarak nitelendiren kadın oranı %7,7 iken, ameliyat sonrası %5,1'e düşmüş, biraz isteksiz bulan kadın oranı %20,5'ten, %15,4'e düşmüş, çok isteksiz bulan kadın oranı %2,6'dan %10,3'e çıkmıştır. Diğer boyutlarda ameliyat öncesi ve sonrası değişiklik bulunmamaktadır.

Uyarılma (psikolojik uyarılma) alt boyutunda, ameliyat öncesi oldukça kolay uyarılırim diyen kadın oranı %10,3 iken, ameliyat sonrası %2,6'ya düşmüş, çok kolay uyarılırim diyen kadın oranı %17,9'dan ameliyat sonrası %15,4'e, biraz kolay uyarılırim diyenlerin oranı ameliyat öncesi %23,1'den ameliyat sonrası %17,9'a, biraz zor uyarılırim diyenlerin oranı %38,5'ten %20,5'e düşmüştür. Çok zor uyarılırim diyen kadın oranı ameliyat öncesi %5,1 iken, ameliyat sonrası %20,5'e, oldukça zor uyarılırim diyenlerin oranı da %5,1'den, ameliyat sonrası %23,1'e yükselmiştir.

Islanma (fizyolojik uyarılma) alt boyutuna bakıldığında, ameliyat öncesi cinsel organım ilişki sırasında oldukça kolay ıslanır diyen kadın oranı %20,5'ten ameliyat sonrası %10,3'e, çok kolay ıslanır diyen oranı %20,5'ten, %17,9'a, biraz kolay ıslanır diyenlerin oranı %20,5'ten, %15,4'e, çok zor ıslanır diyenlerin oranı %7,7'den %5,1'e düşerken, biraz zor ıslanır diyenlerin oranı %30,8'den ameliyat sonrası %46,2'ye

çıkmiştir. Ameliyat öncesi oldukça zor ıslanır diyen yok iken, bu oran ameliyat sonrası %5,1 olmuştur.

Orgazma ulaşma kapasitesine bakıldığında, ameliyat öncesi oldukça kolay diyenlerin oranı %15,4 iken ameliyat sonrası %10,3'e, biraz zor diyenler %33,3'ten %28,2'ye düşmüş, çok kolay diyenlerin oranı ameliyat öncesi %15,4 iken ameliyat sonrası yoktur. Biraz kolay diyenler ameliyat öncesi %28,2 iken, ameliyat sonrası %38,5'e çok zor diyenler %5,1'den %15,4'e, oldukça zor diyenlerin oranı da %2,6'dan %7,7'ye yükselmiştir.

Orgazm sonucu doyum duygusuna bakıldığında ise ameliyat öncesi oldukça tatmin edici diyenlerin oranı %35,9'dan ameliyat sonrası %20,5'e, çok tatmin edici diyenlerin oranı %15,4'ten %5,1'e düşerken, biraz tatmin edici diyenlerin oranı ameliyat öncesi %28,2'den ameliyat sonrası %35,9'a, çok tatmin etmiyor diyenlerin oranı %12,8'den %15,4'e, pek tatmin etmiyor diyenler %7,7'den %17,9'a yükselmiştir. Ameliyat öncesi orgazma ulaşamıyorum diyen yok iken ameliyat sonrası bu oran %5,1 olarak belirlenmiştir.

Tablo 20. Arizona cinsel yaşantılar ölçeği skorlarının ameliyat öncesi ve sonrası dağılımı (n=39)

	Ameliyat Öncesi	Ameliyat Sonrası
	n(%)	n(%)
İSTEK		
Oldukça istekli	2 (%5,1)	2 (%5,1)
Çok istekli	3 (%7,7)	2 (%5,1)
Biraz istekli	19 (%48,7)	19 (%48,7)
Biraz isteksiz	8 (%20,5)	6 (%15,4)
Çok isteksiz	1 (%2,6)	4 (%10,3)
Tamamen isteksiz	6 (%15,4)	6 (%15,4)
UYARILMA		
Oldukça Kolay	4 (%10,3)	1 (%2,6)
Çok kolay	7 (%17,9)	6 (%15,4)
Biraz kolay	9 (%23,1)	7 (%17,9)
Biraz zor	15 (%38,5)	8 (%20,5)
Çok zor	2 (%5,1)	8 (%20,5)
Oldukça zor	2 (%5,1)	9 (%23,1)
ISLANMA		
Oldukça Kolay	8 (%20,5)	4 (%10,3)
Çok kolay	8 (%20,5)	7 (%17,9)
Biraz kolay	8 (%20,5)	6 (%15,4)
Biraz zor	12 (%30,8)	18 (%46,2)
Çok zor	3 (%7,7)	2 (%5,1)
Oldukça zor	0(%0,0)	2 (%5,1)
ORGAZM		
Oldukça Kolay	6 (%15,4)	4 (%10,3)
Çok kolay	6 (%15,4)	0(%0,0)
Biraz kolay	11 (%28,2)	15 (%38,5)
Biraz zor	13 (%33,3)	11 (%28,2)
Çok zor	2 (%5,1)	6 (%15,4)
Oldukça zor	1 (%2,6)	3 (%7,7)
ORGAZM TATMİNİ		
Oldukça tatmin edici	14 (%35,9)	8 (%20,5)
Çok tatmin edici	6 (%15,4)	2 (%5,1)
Biraz tatmin edici	11 (%28,2)	14 (%35,9)
Çok tatmin etmiyor	5 (%12,8)	6 (%15,4)
Pek tatmin etmiyor	3 (%7,7)	7 (%17,9)
Orgazma ulaşamam	0 (%0,0)	2 (%5,1)

Tablo 21, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nin ortalama puanlarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası karşılaştırılmasını göstermektedir. Buna göre cinsel dürtü alt boyutu skoru ameliyat öncesi $3,53 \pm 1,31$ iken ameliyat sonrası $3,66 \pm 1,34$ olarak bulunmuş, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Psikolojik uyarılma alt boyutu skoru ameliyat öncesi $3,25 \pm 1,27$ iken ameliyat sonrası

4,10±1,48 olarak bulunmuş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,002). Fizyolojik uyarılma alt boyut skoru ameliyat öncesi 2,84±1,28 iken ameliyat sonrası 3,33±1,28'e yükselmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,037). Orgazm kapasitesi skoruna bakıldığında da benzer şekilde ameliyat öncesi 3,05±1,25 iken ameliyat sonrası 3,61±1,28'e yükselmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,006). Doyum alt boyut skoruna bakıldığında ameliyat öncesi 2,41±1,31 olan değer ameliyat sonrası 3,20±1,48 olmuş ve aralarında istatistiksel anlamlı fark ortaya çıkmıştır (p=0,003). Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam skoruna bakıldığında ise ameliyat öncesi 15,10±4,40 olan toplam skor ameliyat sonrası 17,92±4,87 olarak bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu görülmüştür (p<0,001).

Tablo 21. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nin ortalama puanlarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası karşılaştırılması

ACYÖ Alt boyutlar	Ameliyat öncesi		Ameliyat sonrası		P*
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Cinsel dürtü	3,53	1,31	3,66	1,34	0,644
Psikolojik uyarılma	3,25	1,27	4,10	1,48	0,002
Fizyolojik uyarılma	2,84	1,28	3,33	1,28	0,037
Orgazm kapasitesi	3,05	1,25	3,61	1,28	0,006
Doyum	2,41	1,31	3,20	1,48	0,003
ACYÖ Toplam	15,10	4,40	17,92	4,87	<0,001

Wilcoxon test

Tablo 22'de 'Ameliyat sonrası cinsel yaşantınız ve olabilecek sorunlar hakkında bilgi aldınız mı?' sorusuna ameliyat öncesi %87,2'si (n=34) hayır derken, %12,8'i (n=5) kişi evet demiştir. Evet diyenlere 'Kimden bilgi aldınız?' diye sorulduğunda ise tümü (%100) bu ameliyatı daha önce geçirenlerden demişlerdir. Aynı sorular ameliyat sonrasında sorulduğunda ise %100'ü evet bilgi aldım derken, 'Kimden bilgi aldınız?' sorusuna %82,1'i (n=32) hemşire/ebe, %10,3'ü (n=4) doktor, %5,1'i (n=2) bu ameliyatı daha önce geçirenlerden, %2,6'sı (n=1) televizyon, gazete

ve dergilerden demişlerdir. 'Mevcut bilgi sizin için yeterli miydi?' sorusuna ise ameliyat öncesi %89,7'si (n=35) hayır derken, %10,3'ü (n=4) evet demişlerdir. Ameliyat sonrası aynı soruya ise %71,8'i (n=28) evet yeterli derken, %28,2'si (n=11) hayır demişlerdir.

'Sizce bu ameliyatı geçirecek kişilere cinsel yaşantı ile ilgili bilgi verilmeli mi?' sorusuna ameliyat öncesi %87,2'si (n=34) evet derken, %12,8'i (n=5) hayır demiştir. Aynı soruya ameliyat sonrası ise %94,9'u (n=37) evet derken, %5,1'i (n=2) hayır demiştir.

Tablo 22. Araştırmaya katılan kadınların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bilgi durumlarının karşılaştırılması (n=39)

	Ameliyat Öncesi	Ameliyat sonrası
Bilgilendirilme		
Evet	5 (%12,8)	39 (%100)
Hayır	34 (%87,2)	0 (%0)
Kim tarafından bilgilendirildiği		
Doktor	0 (%0)	4 (%10,3)
Hemşire/Ebe	0 (%0)	32 (%82,1)
Önceden op. Ol.	5 (%12,8)	2 (%5,1)
Tv, gazete, dergi	0 (%0)	1 (%2,6)
Bilgi yeterli mi?		
Evet	4 (%10,3)	28 (%71,8)
Hayır	35 (%89,7)	11 (%28,2)
Cinsel eğitim verilmeli mi?		
Evet	34 (%87,2)	37 (%94,9)
Hayır	5 (%12,8)	2 (%5,1)

TARTIŞMA

Bu tartışma 01 Ocak 2008–31 Temmuz 2008 tarihleri arasında benign nedenlerle histerektomi ameliyatı planlanan kadınlarda, histerektomi ameliyatının cinsel fonksiyonlar üzerine olan etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. 39 kadın hasta üzerinde gerçekleştirilen çalışmada, hastalar ile ameliyat öncesi ve ameliyattan 3 ay sonra yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirildikten sonra bulgular:

Kişisel özellikler ve hastalığa ilişkin özelliklerin dağılımı,

Kişisel özelliklerin cinsel fonksiyonlara göre dağılımı,

Ameliyat öncesi ve sonrası cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi (dağılımı) olmak üzere 3 grupta incelenip, literatür doğrultusunda tartışıldı.

Kişilerin Demografik Özellikleri ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Araştırmamızda TAH+BSO uygulanan kadınların yaş ortalaması $45,4\pm 4,2$ yıl (min. 35,00, max. 55,00) olarak bulunmuştur. Literatürde histerektomi uygulanma yaş ortalaması 42,7 yıl olarak bildirilmiştir (59). Bayram'ın (2) TAH ve VAH grubu kadınlarda histerektominin cinsel yaşam üzerine etkilerinin araştırıldığı yüksek lisans tez çalışmasında histerektomi uygulanan kadınların yaş ortalaması $45,4\pm 5,5$ yıl olarak bulunmuştur. Reis ve ark.nın (52) abdominal histerektomi geçiren kadınlarda seksüel yaşam, aile ilişkileri, menopoz durumlarını inceledikleri, yaşları 31 ile 57 arasında değişen 31 kadını içeren çalışmasında yaş ortalamasını $46,0\pm 6,1$ yıl olarak bulmuşlardır. Weber ve ark.nın (92) 43 TAH geçiren kadında ameliyat öncesi ve

ameliyat sonrası 1. yılda cinsel fonksiyonlar, üriner ve gastrointestinal sistemin değerlendirildiği çalışmalarında yaş ortalaması 45,4±6,7 yıl olarak bulunmuştur. Bizim elde ettiğimiz sonuç literatür, Bayram, Reis ve Weber'in çalışma bulguları ile uyumlu bulunmuştur.

Olguların evlilik süresi ortalaması 24,9±5,1 yıl (min. 14,0, max. 36,0) olarak bulunmuştur. Uzun ve ark.nın (93) myoma uteri nedeni ile yapılan total abdominal histerektomi operasyonunun genel yaşam kalitesi üzerine etkilerini değerlendirmek amacıyla, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 50 hasta ile yaptıkları çalışmada, kadınların ortalama evlilik sürelerini 24,8±3,9 yıl olarak bulmuşlardır. Bayram'ın çalışmasında (2) evlilik süresi ortalaması 25,4±6,4 yıl olarak bulunmuştur. Eti'nin (76) 'Histerektomi ameliyatının kadında yaratacağı depresyonun incelenmesi ve bunun giderilmesinde hemşirenin etkinliği' başlıklı tez çalışmasında, 15–45 yaş arası toplam 45 kadın üzerinde çalışılmış, histerektomi geçirenlerde evlilik yılı ortalaması 21 yıl ve üstü olan kadın sayısı %71,4 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda elde edilen bulgu Uzun, Bayram ve Eti'nin sonuçları ile uyumlu bulunmuştur.

Araştırmamızda kadınların eğitim durumlarına bakıldığında, %71,8'i ilköğretim mezunu iken, %20,5'i lise ve üstü okul mezunu idi. %7,7'si okur yazar değildi. Reis ve ark.nın çalışmasında (52) ilkokul mezunu %48,4, %16,1'i lise ve üstü ve %32,3'ü okur yazar değil olarak bulunmuştur. Esen ve Çam'ın (94) 2005 yılında histerektomi geçiren 82 kadının yaşam kalitesini inceledikleri çalışmasında, kadınların %60,9'u ilkokul, %12,1'i lise ve üstü, %26,8'i okur yazar değil olarak bulunmuştur. Bayram'ın (2) çalışmasında kadınların %24,7'si okur yazar değil olarak bulunmuştur. Kızıltepe'nin (67) tez çalışması olarak düzenlediği total histerektomi geçiren ve histerektomi geçirmeyen kadınların (n=68) cinsel işlevler açısından karşılaştırıldığı çalışmasında, histerektomi grubunda lise ve üstü eğitim almış kadın %'si 42,1 olarak bulunmuştur. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre (95) Türkiye'de en az lise mezunu olan kadın oranı %14'tür. Bizim bulgularımız, TNSA 2003, Reis, Esen ve Bayram'ın verilerinden yüksek, lise grubunda Kızıltepe'nin verilerinden düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların %66,7'sinin eşi ilköğretim mezunu iken, %33,3'ünün eş eğitim durumu lise ve üstü idi. Can ve Kömürcü'nün (11) İstanbul Alman Hastanesi'nde hastane dışından gelen hekimlerin özel hastalarında yaptıkları

'Histerektomi ameliyatı sonrası kadın ve eşlerine uygulanan eğitimin etkinliği' konulu çalışmasında, histerektomi uygulanan kadınların eşlerinin eğitim durumlarına bakıldığında (n=30), %53,3'ü ilkokul ve lise mezunu iken, %46,7'sinin yüksekokul mezunu olduğu görülmüştür. Can ve Kömürcü çalışmalarını özel bir hastanede yapmalarından dolayı, çalıştıkları grubun sosyal statüsünün ve eğitim durumunun bizim çalışma grubumuzdan daha yüksek olması, bizim çalışma grubumuzun eğitim yüzdelerinin daha düşük olmasının nedenini açıklamaktadır.

Bizim çalışmamızda kadınların %87,2'si ev hanımı iken, %12,8'i çalışıyordu. Bayram'ın çalışmasında da (2), benzer şekilde kadınların %12,9'u işçi iken, %87,1'i ev hanımıdır. Can ve Kömürcü'nün (11) deney grubunda kadınların %30'u çalışırken, %70'i çalışmamaktadır. TNSA 2003 verilerinde (95) kadınların yaşları arttıkça çalışma durumunun da arttığı gözlemlenmiş, sonuçta %27'sinin bir işte çalıştığı ve %73'ünün ev hanımı olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda çalışma durumu verileri Bayram'ın bulguları ile benzer iken, Can ve Kömürcü ile TNSA 2003 verilerinden daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya dahil edilen kadınların %100'ü evli idi ve %59'u eşi ile birlikte şehir ya da büyük şehirde yaşıyorken, %41'i köy ya da kasabada yaşıyordu. Reis ve ark.nın (96) Erzurum Atatürk Üniversitesinde abdominal histerektomi geçirmiş 31 kadının histerektomi sonrası kadınlık tanımı, eş-akraba ilişkisi, menopoz ve seksüel ilişki durumlarını araştırdıkları çalışmasında araştırmaya katılan kadınların %41,9'unun şehirde yaşadığı bulunurken, Türkiye ortalamasına bakıldığında evli kadınların %71'i şehirde yaşamaktadır (95).

Çalışmamızda kişilerin aile durumlarına baktığımızda, %84,6'sı çekirdek aile iken, %15,4'ü geniş aile idi. 2006 yılında TÜİK'in yaptığı aile araştırması sonuçlarına göre (97), Türkiye genelindeki hanelerin %80,7'si çekirdek, %13'ü geniş aileden oluşmaktadır. Bizim sonuçlarımız Türkiye geneli ile benzer özellik taşımaktadır.

Araştırmaya katılanların gelir durumlarına baktığımızda, %48,7'si gelir durumunu gelirini giderine eşit diye belirtirken, %46,2'si gelirin giderinden daha az olduğunu belirtiyordu. Bayram'ın çalışmasında (2), gelirin giderini karşılayanların oranı %57 iken, %43'ü ise gelirini giderinden daha az olarak belirtmişlerdir. Reis ve ark.nın çalışmasında (52) ise gelirim giderime eşit diyenlerin oranı %64,5, gelirim giderimden az diyenlerin oranı %29 olarak bulunmuştur. Dolayısı ile bizim

bulgularımızın Bayram'ın bulgularına yakın olduğu görülmüştür. Sebebinin ise her iki araştırmanın da batı ve komşu illerde yapıldığından dolayı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların çocuk sayısına göre değerlendirilmesi yapıldığında, %66,7'sinin 2 çocuğu, %23,1'inin 3 ve daha fazla çocuğu vardı. Güler ve Taşkın'ın (96) Sivas'ta 19-59 yaş arası 64 kadınla yaptıkları 'Histerektomi ameliyatı sonrasında ortaya çıkan sorunlarla başetmede planlı öğretimin etkisi' başlıklı çalışmalarında 1-4 çocuğu olan kadın oranını %73,4 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bu oranın daha yüksek çıkmasının nedeni yaş aralığının 35'ten başlaması ve kadınların tümünün evli olması olarak düşünülmüştür.

Bizim çalışmamızda kadınların %74,4'ü hiç düşük yapmamış iken, %25,6'sı düşük yapmıştı. %59'u kürtaj yaptırmış iken, %41'i yaptırmamıştı. TNSA 2003 (95) sonuçlarında, '2003 öncesi 5 yıllık dönemde 100 gebelikten 21'i düşükle sonuçlanmış ve bunların %11'i isteyerek düşüktür' şeklinde belirtilmiştir. Yaşa özel hızlarda ise düşük hızı 30-34 yaş grubunda en yüksek iken, ileri yaşlarda bu oran düşmektedir. Çünkü doğu bölgelerinde ve kırsal alanlarda yaşayan kadınların isteyerek düşük yapmış olma olasılığı daha azdır. Bizim çalışmamızdaki oranın daha yüksek çıkmasının nedeni Batı'da yapılmış olması olarak düşünüldü. Kadınlar jinekolojik problemlerinin çözümü için aile planlaması merkezlerine veya kadın sağlığı ile ilgili sağlık kuruluşlarına daha kolay ulaşabilmekte, eğitim ve danışmanlık hizmeti alabilmektedirler. Ancak kürtaj oranının yüksek olması kadınların kürtajı hala gebeliği önleyici yöntem olarak kullandıklarını göstermekte, sağlık personelinin bu konuda daha etkili danışmanlık vermesinin önemini ortaya çıkarmaktadır.

Kadınların %56,4'ü operasyon öncesi adet görüyordu, %20,5'i 6 ay-1 yıldır, %23,1'i 2-5 yıldır adet görmüyordu. Dolayısıyla ameliyat öncesi adet görenlerin oranı görmeyenlerden daha yüksek idi. Virtanen ve ark. (62) 1993 yılında yayınladıkları ve abdominal histerektomi geçiren 30-65 yaş arası kadınlarda üriner ve seksüel fonksiyonları inceledikleri çalışmalarında (n=102) histerektomi öncesi post menopozda olma durumu %15 olarak bulunmuştur. Saylam'ın (8) 2005 yılında doktora tezi olarak yaptığı 'Histerektomi ameliyatı olan kadınlara ameliyat öncesi ve sonrası verilen danışmanlık hizmetinin yaşam kalitesi ve cinsel sorunlara etkisi' başlıklı çalışmasında, 30 yaş üzeri toplam 60 kadınla çalışılmış (deney grubu 30, kontrol grubu 30) ve deney grubunun %80'inin, kontrol grubunun da %56,7'sinin

menopoza girmediğini belirlemiştir. Bizim bulgularımızın Saylam'ın kontrol grubu ve Virtanen'in post menopoz grubu ile yaklaşık olduğu görülmüştür.

Yine olguların %71,8'i herhangi bir aile planlaması yöntemi (hap, kondom, RİA, derialtı implantı, geri çekme) kullanıyor, %28,2'si kullanmıyordu. TNSA 2003 (95) verilerine göre Türkiye'de 15-49 yaş evli kadınların %71'i etkili veya etkisiz gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Dolayısı ile bizim bulgularımız da Türkiye ortalaması ile paralel özellik göstermektedir.

Bayram'ın çalışmasında (2) kadınların %80,6'sı geçmişte hiç jinekolojik operasyon geçirmemiş iken, %15,1'i servikal koterizasyon, tüp ligasyonu, myomektomi ve Burch işlemlerinden herhangi birini geçirmiştir. Çalışmamızda kadınların jinekolojik hikayesine baktığımızda, %64,1'i daha önceden herhangi bir jinekolojik operasyon geçirmemiş iken, %35,9'u daha önceden sectio, memeden kitle alımı ve tek taraflı ooforektomi ameliyatlarından herhangi birini geçirmiştir. Bizim çalışmamızda jinekolojik ameliyat geçirmeyenlerin oranının daha düşük çıkmasının nedeninin jinekolojik ameliyat grubuna sezaryen ameliyatını da dahil etmemizden dolayı olduğu düşünülmüştür.

Ameliyat öncesi hangi şikayetle doktora başvurma oranlarına bakıldığında ise bizim çalışmamızda, %28,2'si aşırı kanama, %23,1'i aşırı kanama+ağrı, %15,4'ü ağrı, %7,7'si adet düzensizliği+ağrı, %5,1'i adet düzensizliği şikayeti ile başvurmuş iken, %20,5'i herhangi bir şikayeti olmadan başvurmuştur. Bayram'ın çalışmasında (2), %50,5'i düzensiz kanama, %32,3'ü ağrı, %24'ü idrar kaçırma, %17,2'si hiçbir şikayeti yok iken başvurmuştur. Literatüre bakıldığında da, bizim çalışmamıza benzer olarak histerektomi ameliyatı en çok düzensiz kanama şikayeti ile hastaneye başvuran kadınlarda uygulanmaktadır (44). Nitekim, İngiltere'de 1994-1995 yılları arasında benign nedenlerle histerektomi olan 37298 hastanın ameliyat nedeni incelenmiş ve %46 ile en yüksek oranın anormal uterin kanama olduğu belirlenmiştir (5).

Lambden ve ark. (63) histerektomi öncesi ve sonrası iyi olma durumlarını araştırdıkları çalışmalarında, bizim çalışmamıza benzer şekilde kadınların %56'sının aşırı kanama nedeniyle hastaneye başvurduklarını belirtmişlerdir. Yine literatür bilgilerinde histerektomilerin çoğunun semptomların giderilmesi, gelecekte oluşabilecek şikayetlerin engellenmesi ve hayatı tehdit eden durumların ortadan kaldırılması için yapıldığı belirtilmektedir (5). Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz veriler

literatür bilgileri ve Bayram'ın çalışması ile benzer özellikte olup, kadınları en fazla rahatsız eden sorunun aşırı/düzensiz kanama ve ağrı olduğu görülmüştür.

Kişilerin kendi verdikleri cevabın doğruluğunu kontrol etmek amacıyla aynı soru ameliyat sonrası tekrar sorulmuş, cevapların genelde aynı olduğu sadece ameliyat öncesi' ağrı şikayetiyle başvurduğum' diyenlerin oranı ameliyat öncesi %15,4 iken, ameliyat sonrası %12,8 olmuştur. Buradan da ağrının soyut bir kavram olduğu ve zaman geçtikçe etkisinin unutulduğu kanısı çıkarılmaktadır.

Ameliyat öncesi dönemde ağrı şikayeti ile hastaneye başvuran vakaların %25,6 sı ağrıyı cinsel ilişki sırasında deneyimlerken, %20,5'inin günlük işlerini yaparken deneyimledikleri görülmüştür. Uzun ve ark.nın makalesinde (93) myoma uterusunun sıklıkla pelvik basınç ve ağrı, menoraji, dismenore, infertilite ve tekrarlayan gebelik kayıplarına neden olduğu belirtilmektedir. Bizim çalışmamızda da kadınların ameliyat endikasyonlarında en fazla oran myoma uteri olduğu için ağrının nedeninin de myoma uteri olduğu düşünülmektedir.

Literatürde benign nedenlerle histerektomi olan hastaların endikasyonlarına bakıldığında ise, ilk sırada myomlar gelmekte, sonra sırası ile anormal uterus kanama, endometriozis ve prolapsuslar gelmektedir (5). Yine aynı şekilde Bayram'ın çalışmasında (2) myoma uteri %64,5 ile ilk sıradadır. Güler ve Taşkın'ın 2001'de yayınladıkları (96), tanısı jinekolojik kanser olmayan tüm histerektomi gruplarında ameliyat sonrası ortaya çıkan sorunları inceledikleri çalışmasında da ilk sırayı %76,6 ile myoma uteri almıştır. Aziz ve ark.nın (98) İsveç'te 323 kadın üzerinde histerektomi ve profilaktik ooferektominin ameliyat sonrası 1. yılda psikolojik iyilik hali ve seksüaliteyi nasıl etkilediğini inceledikleri ve 2005'te yayınladıkları çalışmalarında ise kontrol ve deney grubunun her ikisinde de birincil endikasyonun kanama bozuklukları olduğunu bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda Bayram (2), Güler ve Taşkın'ın (96) sonuçlarına benzer olarak ilk sırayı %53,8 ile myoma uteri almıştır. Daha sonra sırası ile %25,6 endometrial hiperplazi, %15,4 disfonksiyonel uterus kanama, %2,6 endometriozis ve %2,6 desensus/prolapsus olarak belirlenmiştir.

Saylam'ın (8) çalışmasında deney grubu hastalarının %40'ının, kontrol grubu hastalarının %53,3'ünün hipertansiyon ve kalp hastalığı başta olmak üzere sistemik bir hastalığının bulunduğu tespit edilmiştir. Bayram'ın çalışmasında da (2) benzer şekilde olguların %55,9'unun kronik bir hastalığının olmadığı, %34,4'ünde başta anemi olmak üzere hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık bulunduğu, olguların

%11,8'i hipertansiyon, diabet, troid ve psikiyatrik rahatsızlık için ilaç kullanırken, %76,3'ünün herhangi bir ilaç kullanmadığı belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda olguların %48,7'sinde kronik bir hastalık var iken, %51,3'ünde herhangi bir kronik hastalık yoktu. Yine çalışmaya katılanlardan kronik hastalığı olanların 7'si hipertansiyon, 2'si DM, 1'i MS, 1'i astım, 1'i guatr, 1'i KBY, 1'i depresyon için ilaç kullanırken, %51,3'ü ilaç kullanmıyordu. Bizim çalışma bulgularımızda kronik hastalık öyküsü olma oranı Bayram ve Saylam'ın deney grubundan daha yüksek bulunmuştur.

TUİK'in çalışmasına göre (7) sigara kullanımında kadınlarda artış, erkeklerde ise yıllar geçtikçe azalma görülmektedir. 1993'te sigara kullanan kadınların oranı %13,5 iken, 2006'da %16,6'ya yükselmiştir. Sigara kullanım oranı batı illerinde ve eğitim durumu yüksek kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızdaki verilerde ise kadınların %76,9'u sigara kullanmazken, %23,1'inin kullandıkları görülmüştür. TUİK 2006 verileri bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

Kişisel Özelliklerin Cinsel Fonksiyonlara Göre Dağılımı

Kadınlar uteruslarını çocuk doğurmak için gerekli organ, cinsel organ, enerji ve canlılık kaynağı, gençliğin ve cazibenin koruyucusu gözüyle görmektedirler (10). Benzer olarak, Eti'nin (76) yaptığı tez çalışmasında, 'En önemli organınız sizce hangisidir?' sorusuna yanıtlayan 42 kadından %61,9'u uterus cevabını vermişlerdir. Reis ve ark.nın (99) jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesini etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmalarında kişinin kadınlık kimliğinde, doğurganlık, annelik ve eş rolünün önemli yer tuttuğundan, üreme organlarının ise doğurganlıkla birlikte kişiye kadınlık rolü kazandırdığından bahsetmektedirler. Kadınların çoğu kadın olmayı, uterusu sahip olmak ve çocuk doğurmakla eşdeğer olarak tanımlar.

Biz de bu verilerden yola çıkarak çalışmamızda kadınların rahimi nasıl algıladıklarına baktık ve araştırmaya katılan kadınların %59,0'u rahimi sağlıklı olmak için gerekli bir organ olarak belirtirken, %23,1'i çocuk doğurmak için, %12,8'i adet görmek için, %5,1'i cinsel ilişki için gerekli bir organ olarak belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda kadınlar için ameliyat öncesi dönemde sağlıklarını kaybetmenin daha önemli olduğu ve dolayısı ile kadınların çoğunun cinsellik ve çocuk doğurmaktan önce sağlıklarını düşündükleri kanısına varılmaktadır. Bir diğer sebep de çalıştığımız popülasyonun çoğunun çocuk sahibi oldukları ve çocuk doğurma işlevlerini

tamamladıklarından dolayı rahimlerinin işlevini tamamladığını düşünmüş olabilecekleri söylenebilir.

Araştırmaya katılan kadınların ameliyat öncesi dönemde %89,7'si kendilerine konulan tıbbi tanıyı biliyorken, %10,3'ü bilmiyordu. Bu oran ameliyat sonrası %100'e yükselmiştir. Çalışmaya katılan kişilerin ameliyat öncesi %2,6'sı vaginal histerektomi geçireceğini, %5,1'i hangi ameliyatı geçireceğini bilmediğini ve %92,3'ü TAH+BSO geçireceğini söylerken, aynı kişilerin tümü ameliyat sonrası TAH+BSO geçirdiklerini belirtmişlerdir. Esen ve Çam'ın araştırmasında (94) kadınların %96,3'ünün ameliyat öncesi kendilerine konulan tanı ve geçirecekleri ameliyat hakkında bilgi aldığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızdaki bulgular Esen ve Çam'ın bulgularından daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda olgulara 'Ameliyatın hayatınızı nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?' diye sorulduğunda, ameliyat öncesi %41'i hayatımda bir değişiklik olmayacağını düşünüyorum derken, %25,6'sı ameliyattan sonra cinsel hayatımın düzeleceğini düşünüyorum, gebe kalma riskim ortadan kalktığı için kendimi daha rahat hissediyorum, %20,5'i eşim tarafından çekici bulunmaktan, ameliyattan sonra cinsel hayatımın kötü olacağından endişe ediyorum, %7,7'si yarım bir insan olacağım, %5,1'i artık çocuk doğuramayacak olmak beni üzüyor dedikleri görüldü.

Aynı soruya ameliyat sonrası verilen cevaplara baktığımızda ise; %74,4'ü hayatımda bir değişiklik olmadı, %20,5'i ameliyattan sonra cinsel ilişkiye girmekten soğudum, %2,6'sı ameliyattan sonra cinsel hayatım düzeldiği ve gebe kalma riskim ortadan kalktığı için kendimi mutlu hissediyorum, %2,6'sı yarım bir insan oldum dedikleri görüldü. Ayoubi ve ark.nın (100) benign nedenlerle abdominal, vaginal, laparoskopik histerektomi geçiren 170 kadında ameliyat öncesi ve sonrası seksüaliteyi araştırdıkları çalışmalarında, ameliyat sonrası cinsel hayatlarında değişiklik olmadığını bildiren kadın oranı %60,4 olarak belirtilmiştir. Bizim çalışma bulgumuzun Ayoubi ve ark.nın bulgularından sevindirici şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Esen ve Çam'ın çalışmasında (94) kadınların %80,5'inin çocuk doğurma, %24,4'ünün cinsel istekte azalma, %12,2'sinin vücut bütünlüğünde bozulma, %9,8'inin eşlerinin ilgi kaybı yaşayacaklarını ve %8,5'inin de hiçbir işlevini kaybetmeyeceklerini düşündüğü belirlenmiştir. Yine aynı araştırmada kadınların %62,3'ü ameliyat sonrası cinsel hayatlarında bir değişiklik olmadığını belirtmişlerdir.

Genel olarak Esen ve Çam'ın çalışmasında (94) ameliyat öncesi negatif beklentiler bizim çalışmamızdan daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ameliyat öncesi hayatında herhangi bir değişiklik beklemeyen ve pozitif beklentileri olan kadın oranının Esen ve Çam'ın çalışmasından (94) daha yüksek bulunması sevindiricidir (değişiklik beklemeyenler %41, pozitif beklentileri olanlar %25,6). Ayrıca herhangi bir değişiklik olmadığını belirten kadın oranı ameliyat sonrası %74,4'e yükselmiştir. Ameliyat sonrası kadınların beklentilerine paralel olarak histerektomi ameliyatının kadınların yaşamlarında herhangi bir değişikliğe yol açmadığı görülmüştür. Ayrıca ilginç bir konu da ameliyat öncesi cinsel ilişkisinin kötüleşeceği ve eşi tarafından çekici bulunmama korkusu taşıyanların oranı %20,5'tir. Ameliyat sonrası cinsel ilişkiye girmekten soğuyanların oranı da %20,5'tir. Yani negatif beklentisi olan kişilerin oranı ile negatif bir durumla karşılaşanların oranı aynı olmuştur.

Yaşam tanımlarına bakıldığında; ameliyat öncesi %61,5'i (n=24) kendimi bazen mutlu, bazen mutsuz hissediyorum, %35,9'u (n=14) genel olarak mutluyum, %2,6'sı (n=1) genel olarak mutsuzum derken, ameliyat sonrası %48,7'si (n=19) genel olarak mutluyum, %43,6'sı (n=17) bazen mutlu bazen mutsuzum, %7,7'sinin (n=3) genel olarak mutsuzum dedikleri görüldü. Ameliyat sonrası beklentilere paralel olarak genel memnuniyet düzeyinde de anlamlı bir artışın olduğu gözlenmektedir. Buna göre ameliyat öncesi ruhsal probleminin olup olmama durumuna bakıldığında %92,3'ü (n=36) hayır, %7,7'si (n=3) evet demişler, aynı soruya ameliyat sonrası hayır diyenler %76,9 (n=30), evet diyenler %23,1 (n=9) olmuştur. Ameliyat sonrası psikolojik sorun yaşadıklarını belirtenlerin oranı da genel olarak mutsuzum diyenlerin oranına paralel olarak artmıştır. Evet diyenlere ek olarak 'Psikiyatrik tedavi gördünüz mü?' sorusu yöneltilmiş, ameliyat öncesi 1 kişi (%2,6) evet derken, ameliyat sonrası 3 kişi (%7,7) evet demiştir.

Varma ve ark.nın makalesinde (69) belirtildiği üzere menopoz sonrası yaşanan depresyonun yeti kaybı, önceden var olan ruhsal hastalık öyküsü, kronik hastalık, erken menopoza girme ve danışmanlık almama ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Ayrıca orta yaş kadınının aile sorunları, ekonomik durum, işsizlik, zorlu yaşam olayları gibi psikososyal stres kaynaklarından da etkilendiğinden bahsedilmektedir. Ayrıca Ayoubi ve ark.nın çalışmasında (100) histerektominin sebep olduğu anatomik değişimlerden başka, psikolojik faktörlerin de dolaylı olarak seksüel fonksiyonları

etkileme gücüne sahip olduğundan bahsedilmiş ve histerektomiye bağlı bir genital organın kaybı için çoğu kadına psikolojik destek gerektiği belirtilmiştir. Bir organın yokluğuna bağlı, histerektomi sonrası psikoseksüel problemler sık sık evlilik ilişkisinin kötüleşmesiyle ya da kadın kimliği ve vücut imajı problemleriyle ilişkilendirilmekte, bunu histerektominin açığa çıkardığı ya da var olan problemi kötüleştirdiğinin düşünüldüğünden bahsedilmektedir. Bizim çalışmamızda da ameliyat sonrası psikolojik problem yaşama oranında bir artış olduğu görülmüş ancak yardım alma oranının çok düşük olduğu gözlenmiştir. Artışın nedeni olarak kadının orta yaş grubu olmasından dolayı aynı zamanda aile sorunları, ekonomik durum gibi çevresel nedenlerden de etkilenilmiş olabileceği düşünüldü. Ancak yine de histerektomi sonrası taburculuk eğitimi verilirken hemşire tarafından bu konuya da değinilmeli ve gerekirse psikolojik destek almalarının önemi vurgulanmalıdır.

Ameliyat Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi

Cinselliği önemli bulanların oranı ameliyat öncesi %53,8 iken, ameliyat sonrası %66,7'ye yükselmiş, önemsiz bulanların oranı ise ameliyat öncesi %46,2 iken, ameliyat sonrası %33,3'e gerilemiştir. Bayram'ın çalışmasında (2) cinselliği önemli bulma oranı %39,8 iken, hiç önemli bulmama %36,6 şeklinde belirtilmiştir. Yine bizim çalışmamızda ameliyat öncesi cinselliği önemli bulan hastaların (n=21), %95,2'si (n=20) ameliyat sonrası da önemli bulmaktadır. Ameliyat öncesi cinselliği önemli bulan hastaların %4,8'i (n=1) ameliyat sonrası önemli bulmamaktadır. Ameliyat öncesi cinselliği önemli bulmayan (n=18) hastaların %33,3'ü (n=6) ameliyat sonrası önemli bulmakta, %66,7'si (n=12) ameliyat sonrası cinselliği yine önemsiz bulmaktadır.

Bizim çalışmamızda cinselliğin daha önemli bulunmasının nedeni olarak toplumumuzun genelinin aksine Trakya bölgesinde cinselliğin daha rahat konuşulabilmesi, kişilerin eğitim seviyesinin daha yüksek olması ve bilgi almak için çeşitli kaynaklara daha kolay ulaşılabilmesi düşünülebilir. Ayrıca ameliyat öncesi cinselliğe önem verenlerin eğilimi ameliyat sonrası yine aynı yönde olmakta, cinselliğe önem vermeyenlerin de çoğunun ameliyat sonrası düşüncelerinin yine negatif olduğu görülmektedir.

CETAD'ın cinsel yaşam ve sorunları bilgilendirme dosyasında (1) belirtildiği üzere son yıllarda cinsel sorunların artmasından ziyade toplumun cinselliğe karşı

bakış açısı değişmiştir. Aynı araştırmada medya araçlarında sık sık kaliteli bir ilişki için cinselliğin de olması gerektiğinin vurgulandığından bahsedilmekte ve kadınların cinselliğin tadını çıkarma, orgazm olma ve uyarılma haklarının olduğu mesajı verildiğinden bahsedilmektedir. Dolayısı ile bizim çalışmamız CETAD'ın çalışmasında belirttiği noktaları destekler niteliktedir.

Bizim çalışmamızda eşi ile ameliyat öncesi cinsel problemlerinin olmadığını belirtenlerin oranı %35,9 iken, ameliyat sonrası %43,6'ya yükselmiştir. Ameliyat öncesi cinsel ilişki sırasında ağrı, kuruluk ve isteksizlik belirtenlerin oranı %48,7'den %33,3'e gerilemiştir. Rhodes ve ark.nın 1101 kişinin ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 6, 12, 18 ve 24. aylarda cinsel fonksiyonlarını karşılaştırdıkları çalışmalarında (59) bizim çalışmamızı destekler nitelikte dispareniye azalma %18,6'dan, %3,6'ya, cinsel ilgide azalma %10,4'ten, %6,2'ye gerilediğini belirtmişlerdir. Dragisic ve Milad'ın histerektomi geçiren 75 hasta üzerinde ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 6. ayda seksüel fonksiyonları değerlendirdikleri çalışmasında (48), dispareniyenin %43'ten %8,1'e gerilediğini belirtmişlerdir. Uzun ve ark.nın (93) myoma uteri nedeni ile histerektomi geçiren kadınlarda yaşam kalitesini inceledikleri çalışmasında, histerektominin cinsel fonksiyonlar da dahil olmak üzere tüm yaşam kalitesini iyileştirdiğini bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda elde edilen bulgular literatür çalışmalarını destekler niteliktedir.

Ameliyat sonrası cinsel ilişki sırasında eski problemlerinizin haricinde yeni gelişen bir probleminiz oldu mu?' sorusuna %53,8'i (n=21) hayır olmadı derken, %46,2'si (n=18) evet oldu demişlerdir. 'Ameliyat öncesi var olan cinsel problemlerinizde ameliyat sonrası bir değişiklik oldu mu?' sorusuna %41'i (n=16) azaldı, bitti derken, %30,8'i (n=12) değişiklik olmadı, %25,6'sı (n=10) ameliyat öncesi şikayetimin yoktu, %2,6'sı (n=1) arttı demişlerdir.

Rhodes ve ark.nın çalışmasında (59) ameliyat sonrası seksüel fonksiyonlardaki dramatik değişikliklerin sadece histerektominin yapıldığı ilk 6 aylık periyotta görüldüğünden ve ileriki dönemlerde bu şikayetlerin azaldığından bahsetmişlerdir. Biz çalışmamızı ameliyat sonrası 3. ayda yaptığımızdan dolayı erken dönem cerrahi menopozun etkileri daha yoğun olmakta ki buna rağmen hastaların %41'i ameliyat öncesi şikayetlerinin azaldığından bahsetmektedirler.

'Ameliyata neden olan şikayetleriniz yok iken cinsel ilişki sıklığınız nasıldı?' diye sorulduğunda %74,4'ü haftada 1-2 derken, %20,5'i haftada 3-4, %5,1'i ayda 1-2

veya daha az demişlerdir. 'Bu problemlerinizi ortaya çıkıp doktora gelmeden önceki cinsel ilişki sıklığınız nasıldı?' sorusuna %51,3'ü ayda 1-2 veya daha az, %48,7'si haftada 1-2 demişlerdir. 'Ameliyat sonrası cinsel ilişki sıklığınız nasıl?' sorusuna ise, %69,2'si haftada 1-2 derken, %23,1'i ayda 1-2 veya daha az, % 7,7'si haftada 3-4 demişlerdir.

Yermez ve ark. (43) serviks ve overler alınmadan yapılan histerektominin seksüel fonksiyonlar üzerine etkilerini araştırdıkları çalışmalarında, 30 TAH+BSO geçirmiş hastanın ameliyat öncesi cinsel ilişki sıklığına bakmışlar ve cinsel ilişki sıklığını ayda 1-3 diyenlerin %13,3, 4-6 diyenlerin %33,3, 7-9 diyenlerin %40, 10'dan fazla diyenlerin %13,3 olduklarını bulmuşlardır. Aynı kişilerin ameliyat sonrası 16-17. ayda cinsel ilişki sıklığı sorgulandığında daha iyi/aynı olduğunu belirtenlerin oranı %53,3, daha kötü olduğunu belirtenlerin oranı ise %46,6 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde cinsel ilişki sıklığı problem yok iken ortalama haftada 1-2'dir. Ancak jinekolojik problemler eklenince bu oran gerilemiş ve ameliyat sonrası erken dönemde tekrar yükselişe geçmiştir. Eğer çalışma Rhodes ve ark.nın (59) yaptığı gibi daha geniş bir süreye yayılsa idi, belki de cinsel ilişki sıklığının eski halini yakaladığı görülebilecekti. Bizim çalışmamız postop. 3. ayda yapılmış ve yine de Yermez'in sonuçlarına yakın hatta daha yüksek bulunmuştur.

Menopoz belirtileri Özdemir ve ark.nın çalışmasında (101) adet düzeninde bozukluklar, sıcak basmaları gibi vazomotor bozukluklar, östrojen eksikliğinin uzun dönem sorunları ve ruhsal yakınmalar şeklinde sınıflandırılmaktadır. Aynı makalede cerrahi menopozda belirtilerin doğal menopozdan daha şiddetli olabileceği de ileri sürülmektedir. Ancak cerrahi menopozun doğal menopoza göre daha rahat kabul edilebildiği de tanımlanmaktadır (102). Bizim çalışmamızda 'Ameliyat sonrası cinsel problemlerinizin haricinde jinekolojik probleminiz (sıcak basması, terleme, uykusuzluk) oldu mu?' sorusuna kişilerin %56,4'si hayır derken, %43,6'sı evet demişlerdir. Ameliyat öncesi kadınların %43,6'sının menopoz dönemine girdikleri görülmüştür. Menopozal belirti sıklığına bakıldığında ilk sıraları ruhsal ve vazomotor belirtilerin aldığı saptanmıştır (103). Dolayısı ile bu semptomların yüksek olarak bulunmasının normal olduğu düşünülebilir.

Operasyon sonrası cinsel ilişkiyi ne zaman deneyimlediklerine bakıldığında %71,8'i ameliyattan yaklaşık 2 ay sonra diye belirtmişlerdir. Bayram'ın çalışmasında (2), hastaların %49,5'inin cinsel ilişkiyi ameliyat sonrası 3. ayda deneyimledikleri

bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bu oranın %28,2 olarak bulunması cinsel ilişkiye başlama oranının bizim popülasyonumuzda daha erken olduğunu göstermektedir.

'Ameliyat sonrası evlilik hayatınızda bir değişiklik oldu mu?' sorusuna %79,5'i hayır olmadı, %17,9'u evet olumlu yönde, %2,6'sı evet olumsuz yönde demişlerdir. Esen ve Çam'ın (94) çalışmasında histerektomi sonrası eşle ilişkilerde değişiklik olup olmadığına bakıldığında ise %75,3'ü hayır derken %24,6'sı evet demişlerdir. Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular da Esen ve Çam'ın çalışmasında (94) olduğu gibi histerektominin eşle olan ilişkileri değiştirmedeği yönünde olmuştur.

Arizona Cinsel Yaşam Ölçeği'nin alt grupları olan cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, orgazma ulaşma kapasitesi ve orgazm sonucu doyum duygusu skorları ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası karşılaştırılmış; ameliyat öncesi cinsel dürtü skoru $3,53 \pm 1,31$, psikolojik uyarılma skoru $3,25 \pm 1,27$, fizyolojik uyarılma skoru $2,84 \pm 1,28$, orgazma ulaşma kapasitesi skoru $3,05 \pm 1,25$, orgazm sonucu doyum duygusu skoru $2,41 \pm 1,31$, toplam skor ise $15,10 \pm 4,40$ olarak bulunmuştur. Aynı ölçeğin ameliyat sonrası skorlarına bakıldığında ise anlamlı bir artış olduğu görülmüş ve aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır. Cinsel dürtü skoru $3,66 \pm 1,34$, psikolojik uyarılma skoru $4,10 \pm 1,48$, fizyolojik uyarılma skoru $3,33 \pm 1,28$, orgazma ulaşma kapasitesi skoru $3,61 \pm 1,28$, orgazm sonucu doyum duygusu skoru $3,20 \pm 1,48$, toplam skor ise $17,92 \pm 4,87$ olarak bulunmuştur. Buradan da anlaşılacağı üzere ameliyat sonrası Arizona Cinsel Yaşam Ölçeği skorlarında artış olmuştur. Ameliyat öncesi ve sonrası tüm alt grup skorları karşılaştırıldığında, cinsel dürtü alt boyutu hariç tüm alt boyut skorları ve toplam skorların arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu da ameliyat sonrası erken dönemde cinsel yaşamın negatif etkilendiğini göstermektedir.

Sukan'ın 2005 yılında yaptığı (104) "Vitiligo hastalarının psikiyatrik değerlendirmesi ve kronik ürtiker hastaları ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması" başlıklı tez çalışmasında kontrol grubu olarak aldığı, yaş ortalaması $35,98 \pm 12,9$ yıl olan 25 sağlıklı kadına Arizona Cinsel Yaşam Ölçeğini uyguladığında cinsel dürtü skoru için $2,32 \pm 0,95$, psikolojik uyarılma skoru için $2,64 \pm 0,91$, fizyolojik uyarılma skoru için $2,72 \pm 0,84$, orgazma ulaşma kapasitesi skoru için $2,80 \pm 0,76$, orgazm sonucu doyum duygusu skoru için $1,80 \pm 0,96$, ACYÖ toplam değeri için de $12,28 \pm 4,03$ sonuçlarını elde etmiştir. Kızıltepe ise 2006 yılında 'Total histerektomili kadınların benzer yaş grubundaki histerektomi olmayan kadınlarla cinsel işlevler

açısından karşılaştırılması' başlıklı tez çalışmasında (67), 30'u kontrol ve 38'i histerektomi geçirmiş toplam 68 kadına aynı ölçeği uygulamış ve histerektomi grubunda cinsel dürtü skorunu $3,71\pm 1,49$, psikolojik uyarılma skorunu $3,84\pm 1,28$ fizyolojik uyarılma skorunu $3,42\pm 1,39$, orgazma ulaşma kapasitesi skorunu $3,79\pm 1,47$, orgazm sonucu doyum duygusu skorunu $3,11\pm 1,86$, toplam skoru ise $17,87\pm 6,05$ olarak bulmuştur. Bizim ameliyat sonrası bulgularımız Sukan ve Kızıltepe'nin bulgularından daha yüksek çıkmıştır. Bu da bizim çalışma grubumuzun genel olarak ve her alt boyutta cinsel işlevlerde problem yaşadığını göstermektedir. Bu durum Tablo 21 incelendiğinde de açıkça görülmektedir.

'Ameliyat sonrası cinsel yaşantınız ve olabilecek sorunlar hakkında bilgi aldınız mı?' sorusuna ameliyat öncesi %87,2'si (n=34) hayır derken , %12,8'i (n=5) evet demiştir. Evet diyenlere kimden bilgi aldınız diye sorulduğunda ise %100'ü bu ameliyatı daha önce geçirenlerden diye belirtmişlerdir. Aynı sorular ameliyat sonrasında sorulduğunda ise %100'ü (n=39) evet bilgi aldım derken, kimden bilgi aldınıza %82,1'i (32) hemşire/ebe, %10,3'ü (n=4) doktor, %5,1'i (n=2) bu ameliyatı daha önce geçirenlerden, %2,6'sı (n=1) televizyon, gazete ve dergilerden demişlerdir.

'Edindiğiniz bilgi sizin için yeterli miydi?' sorusuna ise ameliyat öncesi %89,7'si (n=35) hayır derken, %10,3'ü (n=4) evet demişlerdir. Ameliyat sonrası aynı soruya ise %71,8'i (n=28) evet yeterli derken, %28,2'si (11) hayır demişlerdir.

Bilgilenmeyi yeterli bulanların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası arizona cinsel yaşam ölçeğinin skorları karşılaştırıldığında, bilgilendirilmenin aralarında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

'Sizce bu ameliyatı geçirecek kişilere cinsel yaşantı ile ilgili bilgi verilmeli mi?' sorusuna ameliyat öncesi %87,2'si (n=34) evet derken, %12,8'i (n=5) hayır demiştir. Aynı soruya ameliyat sonrası ise %94,9'u (n=37) evet derken, %5,1'i (n=2) hayır demişlerdir.

Aygin ve Eti'nin (80) makalelerinde de, sağlık profesyonelleri genellikle cinsel yaşam konusundaki bilgi eksiklikleri nedeniyle, hastalara öneride bulunmak ve danışmanlık hizmeti vermekte isteksiz davranabildiğinden bahsedilmiştir. Ayrıca sağlık profesyonellerinin hastalara ilk görüşmede verdikleri genel bilgiler, yazılı materyallerin, yargılayıcı bir tutum içinde olmamanın ve konuyu özümsemeden gelişmiş güzel yorumlarda bulunmamanın hastaların kendilerini daha rahat ve güvenli

hissetmelerini sağladığından, daha belirgin ve özel sorunlarını açıklamalarını, yaşadıkları güçlüklerle başetmelerini kolaylaştırabildiğinden söz edilmiştir. Nitekim bizim çalışmamız da bu görüşü destekler niteliktedir.

Sigara kullanma durumu ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nin ameliyat öncesi ve sonrası karşılaştırılması sonucu aralarında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Dolayısı ile bizim çalışmamızda sigara ve cinsel işlev bozukluğu arasında herhangi bir ilişkinin olmadığı sonucu çıkmaktadır. Yine aynı şekilde aile planlaması kullanma ile cinsel işlev bozukluğu arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Benign nedenlerle total histerektomi ameliyatı olmuş kadınlarda histerektomi ameliyatının cinsel fonksiyonlar üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanan çalışmamız prospektif, ön test–son test karşılaştırmalı ve tanımlayıcı özelliktedir. Araştırmacı tarafından literatür bilgileri incelenerek hazırlanan Histerektomi Öncesi Anket Formu, Histerektomi Sonrası Anket Formu ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın Formu ameliyattan 1-2 gün önce ve ameliyattan 3 ay sonra yüzyüze görüşme tekniği ile 39 histerektomi ameliyatı geçirmiş kadına uygulanmıştır.

Araştırmanın sonucunda;

- TAH+BSO uygulanan kadınların yaşları 35 ile 55 arasında olup, ortalama 45.4 ± 4.2 yıl, evlilik süresi ortalamasının ise 24.9 ± 5.1 yıl olduğu,
- Araştırmaya dahil edilen kadınların %71,8'i ilköğretim mezunu, %7,7'sinin okur yazar olmadığı,
- Olguların %66,7'sinin eşi ilköğretim mezunu iken, %33,3'ünün lise ve üstü okul mezunu olduğu,
- Olguların %87,2'sinin ev hanımı olduğu, %59'unun şehir ya da büyük şehirde yaşamakta olduğu, %23,1'inin sigara kullandığı,
- Araştırmaya dahil edilen kadınların %66,7'sinin 2 çocuğu olduğu, %74,4'ü hiç düşük yapmamış iken, %59'unun kürtaj yaptırdığı,
- Olguların %56,4'ü operasyon öncesi adet görüyor iken, %43,6'sının menopozda olduğu, %71,8'inin herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığı, %64,1'inin daha önceden herhangi bir jinekolojik operasyon geçirmediği,

- Olguların %51,3'ünün şikayetinde aşırı kanama, %46,2'sinde ağrı, %12,8'inin şikayetinde adet düzensizliğinin olduğu, %20,5'inin herhangi bir şikayeti olmadan hastaneye başvurduğu,
- Olguların şikayetinde ağrı olanların %25,6'sı ağrıyı cinsel ilişki sırasında deneyimlerken, %20,5'inin günlük işlerini yaparken deneyimledikleri,
- Olguların %53,8'inin myoma uteri nedeni ile ameliyat olduğu,
- Araştırmaya katılan kadınların %48,7'sinde kronik bir hastalık var iken, %51,3'ünde herhangi bir hastalık olmadığı ve ilaç kullanmadıkları,
- Araştırmaya katılan kadınların %59'u rahimi sağlıklı olmak için gerekli bir organ olarak görürken, %23,1'i çocuk doğurmak için, %12,8'i adet görmek için, %5,1'inin cinsel ilişki için gerekli olduğunu düşündükleri,
- Araştırmaya katılan kadınların ameliyat öncesi %41'i ameliyat sonrası hayatında bir değişiklik beklemezken, %25,6'sı ameliyattan sonra cinsel hayatlarının düzeleceğini bekledikleri,
- Ameliyat öncesi %61,5'i kendini bazen mutlu, bazen mutsuz olarak tanımlarken, %35,9'u mutlu olarak tanımladığı, ameliyat sonrası ise kendini mutlu olarak tanımlayanların oranının %48,7'e yükseldiği, bazen mutlu bazen mutsuz olanların oranının ise %43,6'ya gerilediği,
- Araştırmaya katılan kadınların ameliyat sonrası psikolojik problem yaşama oranında artış olduğu (%7,7'den %23,1'e), ancak yardım alma oranının çok düşük olduğu (%7,7),
- Araştırmaya katılan kadınların cinselliği önemli bulma oranının ameliyat öncesi %53,8 iken, ameliyat sonrası %66,7'ye yükseldiği, önemsiz bulanların oranı ise ameliyat öncesi %46,2'den, ameliyat sonrası %33,3'e gerilediği,
- Olguların ameliyat öncesi cinselliği önemli bulanlarının (n=21), %95,2'sinin (n=20) ameliyat sonrası da önemli bulduğu, ameliyat öncesi cinselliği önemsiz bulan hastaların %66,7'sinin (n=12) ameliyat sonrası önemsiz bulduğu,
- Olguların ameliyat öncesi cinsel probleminin olmadığını belirtenlerin oranı %35,9'dan, ameliyat sonrası %43,6'ya yükseldiği, ameliyat öncesi cinsel ilişki sırasında ağrı, kuruluk ve isteksizlik belirtenlerin oranının da %48,7'den %33,3'e gerilediği,
- Olguların ameliyat sonrası %53,8'inin yeni gelişen bir cinsel probleminin olmadığı, %46,2'sinin ise yeni gelişen bir cinsel probleminin olduğu,

- Olguların ameliyat öncesi var olan problemlerinin %41'inin azaldığı ya da bittiği, %30,8'inde değişme olmadığı, %2,6'sında arttığı,
- Olguların ameliyat öncesi şikayetlerinin bulunmadığı dönemde cinsel ilişki sıklığının %74,4'ünde haftada 1-2, %20,5'inde haftada 3-4, %5,1'inde ayda 1-2 veya daha az olduğu, ameliyat öncesi şikayetlerinin olduğu dönemde ise %51,3'ünün ayda 1-2 veya daha az, %48,7'sinin haftada 1-2 olduğu,
- Olguların ameliyat sonrası cinsel ilişki sıklığının ise, %69,2'sinin haftada 1-2, %23,1'inin ayda 1-2 veya daha az, %7,7'sinin haftada 3-4 olduğu,
- Olguların %43,6'sında ameliyat sonrası sıcak basması, terleme, uykusuzluk şikayetlerinin olduğu,
- Araştırmaya katılan kadınların operasyon sonrası cinsel ilişkiye %71,8'inin 2 ay sonra başladığı,
- Olguların çoğunluğunda histerektomi ameliyatının eşle olan ilişkilerini değiştirmedeği,
- Olguların ameliyat öncesi Arizona Cinsel Yaşam Ölçeği skorlarının sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu ancak ameliyat sonrası, ameliyat öncesi dönemden daha yüksek bulunduğu,
- Kadınların ameliyat sonrası cinsel yaşantı hakkında bilgilenme durumlarına bakıldığında, %87,2'sinin bilgilenmediği, ameliyat sonrasında ise %100'ünün bilgi aldığını belirttiği, kimden bilgi aldığını bakıldığında %82,1'inin hemşire/ebeden aldığı,
- Olguların 'Ameliyat öncesi histerektomi geçirecek kadınlara cinsel yaşantı hakkında bilgi verilmeli mi?' diye sorulduğunda ameliyat öncesi %87,2'sinin evet dediği görülürken, ameliyat sonrası %94,9'unun evet dediğinin görüldüğü,
- Sigara kullanma durumu ile cinsel işlev bozukluğu arasında herhangi bir ilişkinin olmadığı,
- Yine aynı şekilde aile planlaması kullanma durumu ile cinsel işlev bozukluğu arasında da anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz

- Kadın sağlığı ile uğraşan hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık personelinin cinsel işlev ve cinsel işlev bozuklukları hakkında bilgi sahibi olabilmeleri

ve bu konu hakkında konuşabilmeleri için hizmet içi eğitimlerde bu konuya ağırlık verilmesi,

- Cinsel organlar ve cinsel işlevler hakkında yerel kurumlar ve medya kuruluşlarının da desteği alınarak geniş tabanlı çalışmalar yapılması ve çalışma sonuçlarının topluma duyurulması,

- Sağlık profesyonellerinin özellikle cinsel organ ameliyatı geçirecek kadınlar başta olmak üzere tüm hastalar ve ailelerine holistik bakımın bir parçası olarak cinsellik konusunda konuşmak için uygun zaman yaratması ve hastaların cinsellikle ilgili merak ettiklerinin cevaplanması,

- Cinsel organ kaybı ile sonuçlanacak ameliyat geçirecek kadınlar ve eşleri başta olmak üzere cinsellik, üreme organları ve görevleri, ameliyatın cinsel işlevleri etkileyip etkilemeyeceği ve ortaya çıkan sorunlarla baş etme tekniklerinin anlatılması, bakım modellerinin geliştirilmesi,

- Bizim çalışmamız 39 kişi üzerinde çalışıldığından dolayı sadece kendi grubuna genellenebilir. Histerektomi ameliyatının cinsel işlevlere etkisinin olup olmadığını belirlemek için toplumumuzda daha geniş gruplarla çalışılması ve sonuçlarının medya yolu ile duyurulması önerilebilir.

35-55 YAŞ ARASI BENİGN NEDENLERLE TOTAL HİSTEREKTOMİ AMELİYATI OLMUŞ KADINLARDA HİSTEREKTOMİ AMELİYATININ CİNSEL FONKSİYONLAR ÜZERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

ÖZET

Yurdağül GÜRKAŞ

Bu araştırma, ülkemiz koşullarında 35-55 yaş arasında benign nedenlerle histerektomi ameliyatı geçirmiş kadınlarda, histerektomi ameliyatının cinsel fonksiyonlara etkisini belirlemek amacıyla ön test- son test karşılaştırmalı, prospektif, tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır.

Araştırmanın örneklemini Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Jinekoloji Kliniği'nde Ocak 2008-Temmuz 2008 tarihleri arasında benign nedenlerle histerektomi ameliyatı geçirmiş 35-55 yaş arası araştırmayı kabul eden 39 kadın oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilmiş histerektomi öncesi anket formu, histerektomi sonrası anket formu ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın Formu kullanılarak toplanmıştır. Hastalara ameliyattan 1-2 gün önce histerektomi öncesi anket formu ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmış, ardından literatür bilgilerinden derlenerek hazırlanan 10 dakikalık histerektomi sonrası cinsel işlevlerin nasıl olabileceği hakkında bilgi verilmiştir. Aynı hastalara ameliyat sonrası 3. ayda

telefonla, histerektomi sonrası anket formu ve Arizona Cinsel Yaşantılar Kadın Formu uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS for Windows 11.5 programında ortalama, standart sapma, Mc Nemar (ki kare) ve Wilcoxon testleri kullanılarak analiz edilmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre histerektomiden 3 ay sonra cinsel fonksiyonların ameliyat öncesi döneme göre daha kötüleştiği ancak histerektomi endikasyonuna neden olan belirtilerin başlayıp ameliyat oluncaya kadar geçen sürede de hastaların cinsel fonksiyonlarının kötüleşmiş olduğu belirlendi.

Araştırmaya katılan kadınlar cinsel işlevlerini ameliyat öncesi döneme göre daha iyi olarak algıladıklarını ve histerektominin eşle olan ilişkilerinde de herhangi bir değişikliğe yol açmadığını belirtmişlerdir.

Ameliyat sonrası cinsel fonksiyon değişiklikleri ile bilgilendirilme, sigara kullanımı ve aile planlaması yöntemi kullanma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Bu araştırmanın sonucunda sağlık personelinin cinsel organ kaybı ile sonuçlanacak ameliyat geçirecek hastalara cinsel işlevler hakkında bilgi vermesi ve araştırmanın daha geniş kitlelere genellenebilmesi için daha büyük ölçekli çalışmaların yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Histerektomi, cinsellik, cinsel fonksiyonlar, ACYÖ.

**DETERMINING THE EFFECT OF HYSTERECTOMY
OPERATION ON SEXUAL FUNCTIONS OF WOMEN BETWEEN THE
AGES OF 35 - 55 WHO HAD TOTAL HYSTERECTOMY OPEARATION
DUE TO BENIGN REASONS**

SUMMARY

Yurdagul GURKAS

The present study was planned as preliminary test and proof test comparative, prospective and descriptive research to determine the effect of hysterectomy operation on sexual functions of the women between the ages of 35-55 and who had hysterectomy operation due to benign reasons in our country.

The sample of the present study consists of 39 women between the ages of 35-55 who accepted the study and had hysterectomy operation due to benign reasons between 2008, January and July, 2008 in Gynaecology Clinic in Thrace University Health Research and Application Centre.

The data of the present study were collected using a pre-hysterectomy questionnaire form, a post-hysterectomy questionnaire form which were developed in accordance with the literature knowledge by the researcher and an Arizona Sexual Experiences Scale Form for Women. The patients were given the pre-hysterectomy questionnaire form 1-2 days before the operation and the Arizona Sexual Experiences Scale was applied with a face to face interview technique, then the patients were given information compiled from the literature about how their sexual functions might be after hysterectomy, which lasted 10 minutes. In the third month

after the operation, the post-hysterectomy questionnaire form and the Arizona Sexual Experiences Scale Form for Women were applied to the same patients by phone. The data obtained were analyzed using percentage, frequency, Mc Nemar chi square and Wilcoxon tests in the SPSS for Windows 11.5 software.

According to the results of the research, it was seen that the sexual functions of the patients deteriorated after 3 months following the hysterectomy when compared to the pre-operation period, however it was also determined that the sexual functions of the patients deteriorated during the period which started with the first symptoms of hysterectomy and lasted until the operation.

The patients who underwent the operation stated that they perceive their sexual functions as improved when compared to the pre-operation period and that hysterectomy did not affect their relationship with their partners.

No meaningful relationship was found between being informed about the sexual function changes after the operation, smoking and using a family planning method.

At the end of the present study, it can be recommended that the health professional's may give information about the sexual functions to the patients who are going to have an operation which is going to end up with the loss of a sexual organ and that the studies of bigger scales may be performed in order for the present study to be generalized to a larger mass.

Keywords: Hysterectomy, sexuality, sexual functions, ASEX.

KAYNAKLAR

1. CETAD, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi Cinsel Yaşam ve Sorunları Kitabı, 2006.
2. Bayram GO. Histerektominin Cinsel Yaşam Üzerine Etkilerinin Belirlenmesi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğ. Ve Kadın Hast. Hem. ABD; 2005.
3. Çayan F (ve ark.). Stres üriner inkontinanstaki cerrahi sonrası seksüel fonksiyon: vaginal slinge karşı burch kolposüspanسیونu. Arch. Gynecol Obstet. 2008;277: 31-6.
4. Karazeybek EA, Özbayır T. Histerektomi ameliyatı olan hastalara verilen eğitimin etkinliğinin saptanması. E Ü Hemşirelik Yüksek Okulu Derg. 2005;21(2):1-11.
5. Rock AJ, Jones HW. Te Linde's Operative Gynecology. Tavmergen E (çev. Edt). 9. Basım. İzmir: Güven Kitabevi, 2005:731-56.
6. Sağlık Bakanlığı İstatistik Birimine yazılan 26.08.2009 tarih ve 5408 başvuru numaralı dilekçenin 28.08.2009 tarihli cevabı
7. <http://www.tuik.gov.tr>
8. Saylam M. Histerektomi Ameliyatı Olan Kadınlarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Verilen Danışmanlık Hizmetlerinin Yaşam Kalitesi ve Cinsel Sorunlara Etkisi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
9. Yıldırım G, Oskay ÜY. Histerektomi Sonrası Kadının Cinsel Yaşama Uyumu. İÜFNHYO Hemşirelik Dergisi 2003;13(50):115-23.

10. Roovers JWR, Vd Bom JG, Vd Vaart CH. Hysterectomy and sexual well being: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy and total abdominal hysterectomy. BJM 2003;327:774-8.
11. Can Ö, Kömürcü N. Histerektomi Ameliyatı Sonrası Kadın ve Eşlerine Uygulanan Eğitimin Etkinliği 1. Uluslar arası & VIII Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı
12. Pınar G. Kanser Hastalarında Cinsel Sorunlar. Sağlıkla Dergisi 2009;14:13-9.
13. Çavdar İ. Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar. Meme Sağlığı Dergisi. 2006; 2(2):64-6.
14. Aydın H. Cinsellik ve cinsel işlev bozuklukları. In: Köroğlu E, Güleç C (edt). Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 2. Hekimler Yayın Birliği, Ankara,1997;605-15.
15. http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ruhsagligi/dersnot/cinsel_islev_ve_bozukluklari. Aydın H. 2002.
16. Gölbaşı Z. Sağlıklı gençlik ve toplum için bir adım: Cinsel sağlık eğitimi. Aile ve Toplum Dergisi. 2003;6(2):33-40.
17. Karakoyunlu B, Öncel S. Kadınlarda görülen cinsel fonksiyon bozuklukları. Hemşirelik Forumu Derg. Eylül-Ekim 2006, Kasım-Aralık 2006 (Birleştirilmiş iki sayı):57-63.
18. http://www.psikiyatri.org.tr/cinsel_haklar
19. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10. Bas. Feryal matbaası, Ankara, 2004: p. 443-61.
20. Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuliano F, Khoury S, Montorsi F. Seksüel Tıp Kadıoğlu A ve ark. (bas. edt). 1.Basım. İstanbul: Medikal Yayıncılık, 2006:742-85.
21. Soylu A. Kadın cinsel fonksiyon bozukluğunda tanı. Androloji Bülteni; 2003;13: 21-3.
22. Raina R(et al). Female sexual dysfunction: Classification, pathophysiology, and management. Fertility and Sterility. 2007; 88(5); 1273-84.
23. Berman JR, Goldstein I. Urol Clin North Am. 2001;28:405-416.
24. Yeni E. Kadında genital anatomi ve seksüel fizyoloji.<http://www.androloji.org.tr>
25. İncesu C. Cinsel işlevin fizyolojisi. Türk Psikiyatri Dizini, Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi. 1998;1:3-11.
26. Masters WH, Virginia EJ. İnsanda Cinsel Davranış. Bilimsel ve Teknik Çeviri Vakfı, İstanbul,1994.

27. Bayram GO, Şahin NH. Jinekolojik operasyonlarda unutulmuş bir yön: Cinsellik. Hemşirelik Forumu Derg. Eylül–Ekim 2006, Kasım–Aralık 2006 (Birleştirilmiş iki sayı):64–8.
28. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 2.ed. Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara,2001:560–71.
29. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. J Urol 2000;163:888–93.
30. World Health Organization. ICD–10; International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: World Health Organization, 1992.
31. Laumann E, Paik A, Rosen R. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. JAMA 1999;281:537-44.
32. Çayan S, Akbay E, Bozlu M. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. Urol int 2004;72(1);52-7.
33. İncesu C. Kadınlarda azalmış (hipoaktif) cinsel istek ve cinsel tiksinti bozuklukları. Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi; 1999;(3):14–8.
34. Yetkin N, İncesu C. Kadınlarda uyarılma ve orgazm bozuklukları. Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi; 1999;(3):19–25.
35. CETAD, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması,2006.
36. Boyacıoğlu GS. Kadın cinsel işlev bozuklukları. Psikiyatri Dünyası 1999;2:54–9.
37. Çoşkun A, Ekizler H. ve ark. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Vehbi Koç Yayınları, İstanbul, 2000: 170–4.
38. Taşkın L. Doğum ve Kadın sağlığı Hemşireliği. 5. Baskı. Ankara: Sistem Ofset; 2002: p. 559-69.
39. Thakar R, Manyonda I, Stanton S, Clarkson P, Robinson G. Bladder, bowel and sexual function after hysterectomy for benign conditions. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1997;104:983–7.
40. Tıraş MB, Taşkiran Ç, Onan A, Dilek TU, Biri A, Bozkurt N, Güner H. Total laparoskopik histerektomi ile eş zamanlı yapılan laparoskopik burch operasyonunun sonuçlarının değerlendirilmesi. TJOD Dergisi 2005;2(2):111–5.
41. [http:// www.medicinenet.com/hysterectomy/page4.html](http://www.medicinenet.com/hysterectomy/page4.html)
42. Gangar EA. Gynaecological Nursing A Practical Guide. Harcourt Publishers Limited, London, 2001.

43. Yermez E, Gür EB, Sekü İ, Kurtulmuş S, Boyacıoğlu H. Serviks ve Overleri Koruyarak Yapılan Histerektominin Seksüel Fonksiyonlar Üzerindeki Etkisi. Ege Tıp Derg. 2004;43(1):33-9.
44. Berek JS, Adashi EY, Hillard PA. Novak Jinekoloji. 12.ed. Çeviri Ed: A Erk, Williams & Wilkins, Maryland, USA,1998.
45. Yılmaz E, Taşkıran Ç, Tıraş B, Güner H, Karabacak O. Kliniğimizin 6 yıllık histerektomi tecrübesi. TJOD Dergisi 2008; 5(3): 195–201.
46. <http://www.jinekolojivegebelik.com/2008/02/laparoskopik-histerektomi-ve.htm>.
47. Manyonda IT, Hadoura E. Total Abdominal Hysterectomy. O'Donovan PJ, Miller CE (Edt). Modern Management of Abnormal Uterine Bleeding. U.K: Informa Healthcare; 2008:279-67.
48. Dragisic KG, Milad MP. Sexual functioning and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy. AJOG. 2004;190:1416-8.
49. <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/.../Hysterectomy.htm>. (erişim tarihi: 30.08.2009)
50. <http://www.nytimes.com/1997/02/18/science/c-correction-hysterectomy-rates-682357.html>. (erişim tarihi: 30.08.2009)
51. McPherson K.et al. Psychosexual Health 5 Years After Hysterectomy: Population-Based Comparison With Endometrial Ablation For Dysfunctional Uterine Bleeding. Blackwell Publishing Ltd 2005; Health Expectations 8: 234-243.
52. Reis N, Engin R, İncec M, Bag B. A qualitative study: Beliefs and attitudes of woman undergoing abdominal hysterectomy in Turkey. Int J gynecol Cancer 2008; 18(5): 921–8.
53. Meston CM, Bradford A. Leading Comment: A brief review of the factors influencing sexuality after hysterectomy. Sexual and Relationship Therapy 2004; 19(1):1468-79.
54. Helstrom L, Backstrom T, Sorbom D, Lundberg P. Sacral nervous function, hormonal levels and sexuality in premenopausal women before and after hysterectomy. ActaObstetrica et Gynecologica Scandinavica. 1994;73:570–4.
55. Naughton M, McBee W. Health-related quality of lifeafter hysterectomy. Clinical Obstetrics and Gynecology 40,947–57.
56. Jewett JG. Vaginal length and incidence of dyspareunia following total abdominal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol. 1952; 63(2):400-7.
57. Anderson DC, McKoy-Smith Y. Understanding hysterectomies: sexual satisfaction and quality of life. Journal of Sex Research 1993;30:324–35.

58. Utian WH. Effect of Hysterectomy, Oophorectomy and Estrogen Terapyon Libido. *Int J Gynaecol Obstet.* 1975;13:97.
59. Rhodes JG, Kjerilff KH. Hysterectomy and sexual functions. *JAMA*1999;282:1934-41.
60. Nathorst- Böös J, Schoultz BV. Consumer's Attitude To Hysterectomy With And Without Oophorectomy. *Gynecol Obstet Invest.* 1992; 34: 97-101.
61. Craig GA, Jackson P. Sexual Life After Vaginal Hysterectomy. *BMJ.* 1975;3:97.
62. Virtanen H, Makinen J, Tenho T, Kiilholma P, Hirvonen T. Effects of abdominal hysterectomy on urinary and sexual symptoms. *British Journal of Urology* 1993; 72:868–72.
63. Lambden M, Bellamy G, Ogburn-Russell L, Kasberg Preese C, Moore S, Pepin T, Croop J, Culbert G. Women's sense of well-being before and after hysterectomy. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing* 1997;26:540–8.
64. Rodoplu G. Mastektomi ve Histerektomi Ameliyatı Sonrası Beden Bütünlüğü Bozulmuş Hastaların Beden İmajları Konusunda Hissettiklerinin İncelenmesinde Hemşirenin Rolü (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği ABD;1992.
65. Ekizler H. Jinekolojik Ameliyatlı Hastalarda Ön Planda Karşılaşılan Bakım Gereksinimleri. Uluslar arası Cerrahi Kongresi 87. Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Konuşmaları ve Bildirileri Kitabı. İstanbul: Hilal Matbaacılık; 1988:130-7.
66. Coşkun A. Jinekolojik Ameliyat Geçiren Hastaları Ve Kendilerine Uygulanacak Girişimle İlgili Bilgi Gereksinimlerinin Saptanması. Uluslar arası Cerrahi Kongresi 87. Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Konuşmaları ve Bildirileri Kitabı. İstanbul: Hilal Matbaacılık; 988:149-60.
67. Kızıltepe A. Total Histerektomili Kadınların Benzer Yaş Grubundaki Histerektomi Olmayan Kadınlarla Cinsel İşlevler Açısından Karşılaştırılması (tez). İstanbul: Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Birimi; 2006.
68. Armağan A, Hoşcan MB. Vaginal cerrahi sonrası kadın cinsel fonksiyon bozukluğu. *Androloji Bülteni* 2006;27:357-60.
69. Varma GS, Oğuzhanoğlu NK, Karadağ F, Özdel O, Amuk T. Doğal ve cerrahi menopozda anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri* 2005;8:109–15.
70. Rannestad T. Hysterectomy: Effect of quality of life and psychological aspects. *Best Practice & Research Clinical Obstetric and Gynaecology.* 2005;19(3):419–30.
71. Williamson ML. Seksual adjustment after hysterectomy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1992;21:42–7.

72. E. Vomvolaki, K. Kalmantis, E. Kioses and A. Antsaklis. The effect of hysterectomy on sexuality and psychological changes. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2006;11(1): 23–7.
73. Tot Ş. Menopozun psikiyatrik yönleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004;5:114–9.
74. Youngkin EQ, Davis MS. *Women’s health a primary care clinical guide*. 3.ed. Pearson Education Limited, New Jersey, 2004.
75. Lalos A, Lalos O. The partner’s view about hysterectomy. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1996;17:119–24.
76. Eti F. Histerektomi Ameliyatının Kadında Yaratacağı Depresyonun İncelenmesi Ve Bunun Giderilmesinde Hemşirenin Etkinliği (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;1988.
77. Adana F. Cerrahi hemşirelik bakımının manevi boyutu. *Hemşirelik Forumu Derg.* Eylül–Ekim 2006, Kasım–Aralık 2006 (Birleştirilmiş iki sayı):1-4.
78. Aykanat S. Preoperatif ve postoperatif hemşirelik bakımı. www.anh.gov.tr
79. Taşkın L, Eroğlu K, Terzioğlu F, Vural G, Kutlu Ö (Editörler). *Hemşire ve Ebeler İçin Doğum ve Kadın sağlığı Uygulama Rehberi*. Ankara: Sistem Ofset; 2008: s.113-43.
80. Aygin D, Eti Aslan F. Cinsel işlev bozukluklarında ne yapıyoruz? Ne yapmalıyız? *Androloji Bülteni* 2005;22:264-7.
81. Yiğit F. Cinsel öykü alınmasında bariyerlerin önemi. *Androloji Bülteni* 2007;30: 264-7.
82. Albaugh JA, Kellogg-Spadt S. Sexuality and sexual health: the nurse’s role and initial approach to patient. *Urologic Nursing* 2003; 23(3): 227-8.
83. Guthrie C. Nurses perceptions of sexuality relating to patient care. *Journal of Clinical Nursing* 1999; 8: 313-32.
84. Ohl LE. Essentials of female sexual dysfunction from a sex therapy perspective. *Urologic Nursing* 2007; 27(1): 57-63.
85. Kaplan S, Arslan H. Cinsel sağlık bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesinde genişletilmiş plissit modelinin uygulanması. *Androloji Bülteni* 2008; 32:92.
86. Katz A. Sexuality after hysterectomy: a review of the literature and discussion of nurses’ role. *Journal of Advanced Nursing*, 2003;42(3):297–303.
87. Gül R, Yakut Y, Örs S, Tüzer TT. *Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi* 1. Cilt. 4. Baskı. Ankara: Damla Matbaacılık, 2005:191-201.

88. Mc Gahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): Reliability and validity. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2000; 26:25-40.
89. Soykan A. The reliability and validity of Arizona Sexual Experiences Scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *Int. J. Impot. Res.* 2004 Dec; 16(6):531-4.
90. Mc Gahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Manber R, McKnight Km, Moreno FA; Delgado PL. The Arizona Sexual Experience Scale: Validity and reliability, in *New Research Program and Abstracts, 150th Annual Meeting of the American Psychiatric Association. Washington, DC, APA, 1997:116.*
91. Çiftçi B, Erdem A, Erdem M, Himmetoğlu Ö, Yıldırım M. Raloksifene kullanımının cinsel fonksiyon üzerine etkisi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 2005;2(2): 103-6.
92. Weber AM, Walters MD, Schover LR, Church JM, Piedmonte MR. Functional outcomes and satisfaction after abdominal hysterectomy. *Prim. Care Update Obs. Gyns.*1998;5(4):203.
93. Uzun R, Savaş A, Ertunç D, Tok E, Dilek S. Myoma uteri nedeni ile yapılan abdominal histerektomilerin yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2009;19(1):1-6.
94. Esen E, Çam O. Histerektomi olmuş kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi. *EÜHYO Dergisi* 2006;22(1):107-17.
95. www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.html. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2003) Özet Bulgular Kitabı.
96. Güler H, Taşkın L. Histerektomi ameliyatı sonrasında ortaya çıkan sorunlarla baş etmede planlı öğretimin etkisi. *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2001;5(2):9-18.
97. TC Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, 2006 Aile Yapısı Araştırması. www.aile.gov.tr
98. Aziz A, Bergquist C, Nordholm L, Möller A, Silfverstolpe G. Prophylactic oophorectomy at elective hysterectomy effects on psychological well-being at 1-year follow-up and its correlations to sexuality. *Maturitas* 2005;51:349–57.
99. Reis N, Çoşkun A; Kızılkaya BN. Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *AÜHYO Dergisi* 2006;9(2):25-35.

- 100.** Ayoubi JM, Fanchin R, Monrozier X, (et al.). Respective consequences of abdominal, vaginal and laparoscopic hysterectomies on women's sexuality. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2003; 111:179-82.
- 101.** Özdemir S, Çelik C, Görkemli H, Kıyıcı A, Kaya B. Compared effects of surgical and natural menopause on climacteric symptoms, osteoporosis, and metabolic syndrome. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009;106(1):57-61.
- 102.** Özkan S. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi.* İstanbul: Roche Müstahzarları;1993:201-20.
- 103.** Karlıdere T, Özşahin A. Menopozda semptom örüntüsünün anksiyete, depresyon düzeyleri ve sosyal destek ile ilişkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri* 2008;11:159-66.
- 104.** Sukan MY. *Vitiligo Hastalarının Psikiyatrik Değerlendirilmesi ve Kronik Ürtiker Hastaları ve Sağlıklı Kontrol Grubu ile Karşılaştırılması.* Uzmanlık Tezi. İstanbul; 2005.

RESİMLEMELER LİSTESİ

ŞEKİLLER	Sayfa no
Şekil 1. Dış Genital Organlar (Vulva)	8
Şekil 2. Klitoris	9
Şekil 3. Pelvik taban kasları	12
Şekil 4. Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü	15

TABLolar

Tablo 1. Androjenlerin kadın seksüalitesindeki rolü	13
Tablo 2. Kadın seksüel yanıtındaki faktörler	14
Tablo 3. Araştırmaya katılan kadınların demografik verilerinin dağılımı	45
Tablo 4. Araştırmaya katılan kadınların yaş ve evlilik yılı ortalamalarına ilişkin bulguları	46
Tablo 5. Araştırmaya katılan kadınların obstetrik ve jinekolojik hikayesine ilişkin bulgularının dağılımı	46
Tablo 6. Araştırmaya katılan kadınların ameliyat öncesi jinekolojik hikayesine ilişkin bulgularının dağılımı	47
Tablo 7. Kadınların kronik hastalık varlığı, ilaç ve sigara kullanma durumlarına ilişkin bulgularının dağılımı	48
Tablo 8. Araştırmaya katılan kadınların rahime yükledikleri anlama ilişkin bulgularının dağılımı	48

Tablo 9. Araştırmaya katılan kadınların tanılarını ve hangi ameliyatı geçireceklerini bilme durumlarının ameliyat öncesi ve sonrası dağılımı	49
Tablo 10. Kadınların doktora gelme şikâyetlerinin ve ağrı durumlarının ameliyat öncesi ve sonrası dağılımı	49
Tablo 11. Kadınların kendilerini ve yaşamı nasıl tanımladıklarına dair verdikleri cevapların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dağılımı	50
Tablo 12. Kadınların psikiyatrik durumlarına ilişkin bulguların ameliyat öncesi ve sonrası karşılaştırılması	51
Tablo 13. Araştırmaya katılan kadınların cinselliği önemli bulup bulmama durumlarının ameliyat öncesi ve sonrası dağılımı	51
Tablo 14. Araştırmaya katılan kadınların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası cinselliği önemli bulup bulmama durumlarının karşılaştırılması	52
Tablo 15. Araştırmaya katılan kadınların cinsel hayatlarındaki problem durumlarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dağılımı	52
Tablo 16. Araştırmaya katılan kadınların ameliyat sonrası ek bir cinsel problem gelişme, bu problemler için doktora danışma durumu ve jinekolojik bir problemin gelişip gelişmediğine ilişkin bulgularının dağılımı	53
Tablo 17. Araştırmaya katılan kadınların ameliyat öncesi ve sonrası cinsel ilişki sıklığının karşılaştırılması ve ameliyat sonrası ilk cinsel ilişkiye başlama zamanına ilişkin bulgularının dağılımı	54
Tablo 18. Araştırmaya katılan kadınların ameliyat sonrası evlilik hayatında değişme olup olmadığına ilişkin bulgularının dağılımı	54
Tablo 19. Ameliyat öncesi mevcut cinsel problemlerde ameliyat sonrası değişiklik olup olmadığına ilişkin bulgularının dağılımı	55
Tablo 20. Arizona cinsel yaşantılar ölçeği skorlarının ameliyat öncesi ve sonrası dağılımı	57
Tablo 21. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nin ortalama puanlarının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası karşılaştırılması	58
Tablo 22. Araştırmaya katılan kadınların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bilgi durumlarının karşılaştırılması	59

ÖZGEÇMİŞ

1975 yılında Balıkesir ili Balya ilçesi Orhanlar Köyü'nde doğdu. İlk ve orta öğrenimini Orhanlar Köyü'nde tamamladıktan sonra 1994 yılında Balıkesir Sağlık Meslek Lisesi Ebelik Bölümünden mezun oldu. 2006 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümünü bitirdi. Aynı yıl Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans eğitimine başladı. Halen Edirne Devlet Hastanesi Kadın Psikiyatri Servisi'nde servis hemşiresi olarak görev yapmaktadır.

EKLER

Ek 1: Etik Kurul Onayı

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI


TOPLANTI TARİHİ : 17/12/2007
TOPLANTI SAYISI : 23

KARAR : 6

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığının 17/12/2007 tarih ve B.30.2.TRK.0.77.01.00/1058 sayılı yazısı ve ekleri görüşüldü.

Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi **Yurdağül GÜRKAS** için önerilen "**Benign Koşullarda Histerektomi Yapılmış 35-50 Yaş Arasındaki Kadınlarda Cinsel Yaşantıların Değerlendirilmesinde Hemşirelik Yaklaşımı**" konulu tez ile tez planının kabulüne ve tez danışmanlığına da **Prof.Dr.Füsün VAROL**'un atanmasına mevcudun oy birliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIYIDIR


Talat TAŞKAN
Enstitü Sekreteri

Ek2

HİSTEREKTOMİ AMELİYATI GEÇİRECEK OLAN KADINI TANIMAYA YÖNELİK ANKET FORMU

FORM NO:

Adı Soyadı:

Görüşme Tarihi :/.../...

Adresi:

Tel :/...

BÖLÜM 1 (DEMOGRAFİK BİLGİLER)

1) Kaç yaşındasınız?...

2) Öğrenim durumunuz nedir?

a) Okuryazar değil
d) Lise ve üstü

b) Okuryazar

c) İlköğretim

3) Çalışıyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

4) Çalışıyorsanız ne işle uğraşıyorsunuz? Belirtiniz...

5) Yaşamınızın büyük bir bölümünü nerede geçirdiniz?

a) Köy - Kasaba

b) Şehir - Büyük Şehir

6) Medeni durumunuz nedir?

a) Evli

b) Bekâr c)Dul

7) Kaç yıllık evlisiniz?...

8) Bekâr ya da dul iseniz birlikte yaşadığınız partneriniz (erkek arkadaşınız) var mı?

a) Evet

b) Hayır

9) Eşinizin (Partnerinizin) öğrenim durumu nedir?

a) Okuryazar değil

b) Okuryazar

c) İlköğretim

d) Lise ve üstü

10) Kaç çocuğunuz var?

a) Çocuğum yok

b) 1

c) 2

d) 3 ve üzeri

11) Hiç düşük yaptınız mı?

a) Evet

b) Hayır

12) Hiç kürtaj yaptırdınız mı?

a) Evet

b) Hayır

13) Aileniz hangi tipte?

- a) Çekirdek b) Geniş

14) Ailenizin gelir durumunu nasıl değerlendirirsiniz?,

- a) Gelir giderden az b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla

BÖLÜM 2 (YAPILAN AMELİYAT İLE İLGİLİ BİLGİLER)

15) Sizi doktora getiren ameliyat öncesi şikâyetiniz ne idi?

- a) Aşırı kanama b) Adet düzensizliği c) Ağrı
d) Şikâyetim yoktu e) Aşırı kanama + Ağrı f) Adet Düzensizliği + Ağrı

16) Şikâyetiniz ağrı ise;

- a) Cinsel ilişki sırasında b) Günlük işlerinizi yaparken

17) Ameliyat öncesi tıbbi tanınızı biliyor musunuz?

- a) Evet biliyorum** b) Hayır bilmiyorum

- a1) Myoma Uteri**
a2) Disfonksiyonel uterin kanama
a3) Endometrial hiperplazi
a4) Endometriozis
a5) Desensus / Prolapsus

18) Ne tür ameliyat geçireceğinizi biliyor musunuz?

- a) TAH (Sadece rahimim alındı)
b) TAH + BSO (Rahim, yumurtalıklarım ve tüplerim alındı)
c) Vaginal histerektomi
d) Bilmiyorum

19) En son ne zaman adet gördünüz?

- a) Ameliyat öncesi adet görüyordum
b) Ameliyattan önce 6 ay -1 yıl içinde
c) Ameliyattan önce 2–5 yıl içinde

20) Ameliyat sonrası (rahiminiz çıkarıldıktan sonra) kendinizi nasıl tanımlarsınız?

- a) Yarım bir insan olacağım
b) Eşim tarafından çekici bulunmaktan, ameliyattan sonra cinsel hayatımın kötü olacağı endişesinden korkuyorum
c) Artık çocuk doğuramayacak olmak beni üzüyor
d) Ameliyattan sonra cinsel hayatımın düzeleceğini düşünüyorum, gebe kalma riskim ortadan kalkacağı için kendimi daha rahat hissediyorum
e) Hayatımda bir değişiklik olmayacağını düşünüyorum

21) Daha önceden başka bir nedenle hiç jinekolojik operasyon geçirdiniz mi?

- a) Evet b) Hayır

22) Üstteki soruya cevabınız evet ise, geçirdiğiniz operasyon nedir ?

23) Bütün yaşamınızı nasıl tanımlarsınız

- a) Genel olarak mutlu b) Genel olarak mutsuz
c) Bazen mutlu, bazen mutsuz

24) Düzenli ilaç kullanmanızı gerektirecek herhangi bir hastalığınız var mı?

- a) Evet b) Hayır

25) Üst soruya cevabınız evet ise, hastalığınızın adı nedir?...

26) Sizin için rahim ne anlam ifade ediyor?

- a) Çocuk doğurabilmek için gerekli bir organ
b) Cinsel ilişki için gerekli bir organ
c) Adet görmek için gerekli bir organ
d) Sağlıklı olmak için gerekli bir organ

27) Ameliyat öncesi psikiyatriste gitmenizi gerektirecek bir ruhsal probleminiz var mıydı?

- a) Evet b) Hayır

28) Cevabınız evet ise, bu rahatsızlık için psikoterapi gördünüz mü? / İlaç kullandınız mı?

- a) Evet b) Hayır

BÖLÜM 3 (AMELİYAT ÖNCESİ CİNSEL YAŞANTI İLE İLGİLİ BİLGİLER)

29) Ameliyat öncesi eşinizle cinsel problemleriniz var mıydı?

- a) Cinsel ilişki sırasında ağrı, kuruluk (vagina ya da döl yolunda ıslanmanın olmaması), isteksizlik (düşük libido)
b) Cinsel ilişki sırasında kanama
c) Cinsel ilişkiyi istiyordum ama orgazm olamıyordum (Orgazm, cinsel uyarım ve zevkin en yüksek noktası olarak tanımlanabilir. Orgazm sırasında nefes alıp verme sıklığı, kalp hızı ve kan basıncı artar)
d) Eşimin cinsel ilişkiye karşı isteksizliği vardı, orgazm olamıyordum
e) Hayır ameliyat öncesi hiçbir problemimiz yoktu

30) Ameliyat öncesi cinsel probleminiz varsa; bunun için doktora gidip tedavi gördünüz mü?

- a) Evet b) Hayır

31) Bu problemleriniz (ameliyat olmayı gerektiren) olmadan önce cinsel ilişki sıklığınız nasıldı?

- a) Haftada 3-4den daha fazla b) Haftada 3-4
c) Haftada 1-2 d) Ayda 1-2 veya daha az

32) Bu problemleriniz ortaya çıkıp doktora gelmeden önceki cinsel ilişki sıklığınız nasıldı ?

- a) Haftada 3-4den daha fazla
c) Haftada 1-2

- b) Haftada 3-4
d) Ayda 1-2 veya daha az

33) Cinsel ilişki sizin için önemli mi?

- a) Evet b) Hayır

34) Ameliyat sonrası cinsel yaşantınız ve olabilecek sorunlar hakkında bilgi aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

35) Cevabınız evet ise; kimden bilgi aldınız?

- a) Doktor b) Hemşire / Ebe
c) Bu ameliyatı daha önce geçirenlerden
d) Televizyon, gazete ve dergilerden

36) Bu bilgiyi yeterli buldunuz mu?

- a) Evet b) Hayır

37) Sizce bu ameliyatı geçirenlere sağlık personeli tarafından cinsel yaşantı ve olabilecek sorunlarla ilgili eğitim verilmeli mi?

- a) Evet b) Hayır

38) Sigara kullanıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

39) Ameliyat öncesi etkili herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor muydunuz?

- a) Evet b) Hayır

Ek 3
HİSTEREKTOMİ AMELİYATI SONRASI ANKET FORMU

FORM NO:

Adı Soyadı:

Görüşme Tarihi :/.../...

Adresi:

Tel :...

BÖLÜM 1 (YAPILAN AMELİYAT İLE İLGİLİ BİLGİLER)

1) Sizi doktora getiren ameliyat öncesi şikâyetiniz ne idi?

- a) Aşırı kanama b) Adet düzensizliği c) Ağrı
d) şikâyetim yoktu e) Aşırı kanama + Ağrı f) Adet düzensizliği + Ağrı

2) Şikâyetiniz ağrı ise;

- a) Cinsel ilişki sırasında b) Günlük işlerinizi yaparken

3) Tıbbi tanınızı biliyor musunuz?

- a) Evet biliyorum** b) Hayır bilmiyorum

- a1) Myoma Uteri**
a2) Disfonksiyonel uterin kanama
a3) Endometrial hiperplazi
a4) Endometriozis
a5) Desensus / Prolapsus

4) Ne tür ameliyat geçirdiğinizi biliyor musunuz?

- a) TAH (Sadece rahimim alındı)
b)TAH + BSO (Rahim, yumurtalıklarım ve tüplerim alındı)
c) Vaginal histerektomi
d) Bilmiyorum

5) Ameliyat sonrası kendinizi nasıl tanımlarsınız?

- a) Yarım bir insan oldum
b) Eşim tarafından çekici bulunmuyorum
c) Ameliyattan sonra cinsel ilişkiye girmekten soğudum
d) Ameliyattan sonra cinsel hayatım düzeldiği ve gebe kalma riskim ortadan kalktığı için kendimi mutlu hissediyorum
e) Hiçbir problemim olmadı, kendimi mutlu hissediyorum

6) Geçtiğimiz son üç ay içinde yaşamınızı nasıl tanımlarsınız?

- a) Genel olarak mutlu b) Genel olarak mutsuz
c) Bazen mutlu, bazen mutsuz

7) Ameliyat sonrası psikiyatriste gitmenizi gerektirecek bir ruhsal probleminiz oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

8) Cevabınız evet ise, bu rahatsızlık için psikoterapi gördünüz mü? / İlaç kullandınız mı?

- a) Evet b) Hayır

BÖLÜM 2 (AMELİYAT SONRASI CİNSEL YAŞANTI İLE İLGİLİ BİLGİLER)

9) Ameliyat öncesi -varsa- cinsel ilişki ile ilgili problemlerinizde değişiklik oldu mu?

- a) Değişiklik yok
b) Azaldı, bitti
c) Arttı
d) Ameliyat öncesi şikâyetim yoktu

10) Ameliyat sonrası cinsel ilişki sırasında eski problemlerinizin haricinde yeni gelişen problemlerinizi var mı?

- a) Evet var b) Hayır yok

11) Üst soruya cevabınız evet ise, hangi problemi yaşıyorsunuz?

- a) Cinsel ilişki sırasında ağrı, kuruluk (vagina ya da döl yolunda ıslanmanın olmaması) ve isteksizliğim (düşük libido) var
b) Cinsel ilişki sırasında kanama
c) Cinsel ilişkiyi istiyorum ama orgazm (bel gelmesi) olamıyorum (Orgazm, cinsel uyarım ve zevkin en yüksek noktası olarak tanımlanabilir. Orgazm sırasında nefes alıp verme sıklığı, kalp hızı ve kan basıncı artar)
d) Eşimin cinsel ilişkiye karşı isteksizliği var, orgazm olamıyor
e) Hayır ameliyat sonrası hiçbir problemimiz olmadı

12) Ameliyat sonrası cinsel problemlerinizi varsa; bunun için doktora gidip tedavi gördünüz mü?

- a) Evet b) Hayır

13) Cinsel ilişki sizin için önemli mi?

- a) Evet b) Hayır

14) Ameliyat olduktan sonra ilk cinsel ilişkiye ne zaman başladınız?

- a) Ameliyattan yaklaşık 1 ay sonra b) Ameliyattan yaklaşık 2 ay sonra
c) Ameliyattan yaklaşık 3 ay sonra d) Ameliyattan sonra cinsel ilişki yaşamadım

15) Ameliyat olup cinsel ilişkiye başladıktan sonra cinsel ilişki sıklığınız nasıl?

- a) Haftada 3-4den daha fazla b) Haftada 3-4
c) Haftada 1-2 d) Ayda 1-2 ve daha az

16) Ameliyat sonrası cinsel yaşantı dışında ameliyatınızla ilgili başka problemlerinizi oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

17) Cevabınız evet ise belirtiniz

18) Ameliyat sonrası evliliğinizde herhangi bir değişiklik oldu mu?

- a) Evet, olumlu yönde b) Evet olumsuz yönde c) Hayır olmadı

19) Ameliyat sonrası cinsel yaşantınız ve olabilecek sorunlar hakkında benim verdiğimin dışında herhangi birinden bilgi aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

20) Cevabınız evet ise; kimden bilgi aldınız?

- a) Doktor b) Hemşire / Ebe
c) Bu ameliyatı daha önce geçirenlerden
d) Televizyon, gazete ve dergilerden

21) Bu bilgiyi yeterli buldunuz mu?

- a) Evet b) Hayır

22) Sizce bu ameliyatı geçirenlere sağlık personeli tarafından cinsel yaşantı ve olabilecek sorunlarla ilgili eğitim verilmeli mi?

- a) Evet b) Hayır

**Ek 4: ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)
KADIN FORMU**

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil olmak üzere GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyiniz.

1. Cinsel açıdan ne kadar isteklisiniz ?

1	2	3	4	5	6
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

3. Cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir ?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

4. Ne kadar kolay orgazm olursunuz ?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

5. Orgazmınız tatmin edici midir ?

1	2	3	4	5	6
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Çok tatmin etmiyor	Pek tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

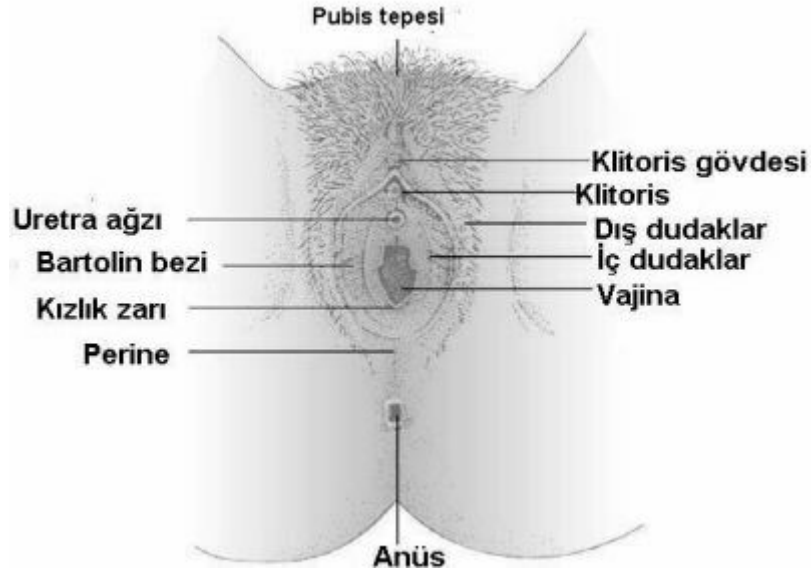
Ek 5: ÖNTEST UYGULAMASINDAN SONRA HASTALARA VERİLEN EĞİTİMDE KULLANILAN KİTAPÇIK

Kadın Üreme Organları

Kadın üreme organları dış üreme organları ve iç üreme organları olarak ikiye ayrılır.

Dış Üreme Organları

Dış üreme organları vulva olarak da adlandırılır ve perine de yerleşmiştir.



Şekil 1: Dış Üreme Organları

Mons pubis (Pubis Tepesi): Göbeğin altında, büyük dudakların üst kısmında kıllarla kaplı, üçgen biçiminde deri altı yağ dokusu birikimi sonucu oluşan kabarıklıktır. Kılınması ergenlik döneminde başlar. Görevi içerideki kalça kemiğini korumaktır.

Büyük Dudaklar (Dış Dudaklar): Yukarıda pubis tepesi, aşağıda anüs (makat) arasında uzanan dışı kıllarla kaplı kalın deri kıvrımlarıdır. Damar ve sinir yönünden zengindir ve küçük dudakları, üretral açıklığı (idrara deliğini) ve vajinayı (döl yolu) korumakla görevlidir.

Küçük Dudaklar (İç Dudaklar): Büyük dudakların altında, yukarıda klitoris, aşağıda vaginal açıklığın altında birleşen ince, kılsız, yağsız deri kıvrımlarıdır. Elastik kas lifleri, damar ve sinir yönünden zengindir.

Bartolin Bezleri: Bartolin bezleri dışarıdan bakıldığında görülmezler çünkü cilt altındadırlar. Vajina girişinin her iki yanında bulunan bir çift bezdir ve kanallarla vajenin her iki yanına açılır. Penisin vajene girişini kolaylaştırmak için kaygan bir sıvı salgılar. Bu bezler tıkanırsa salgıladığı sıvı içerisinde birikerek kist oluşturur.

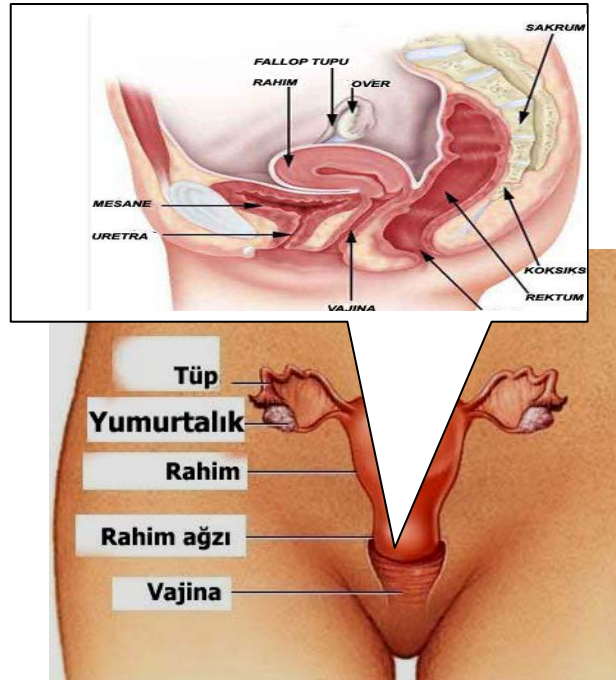
Klitoris (Bızır): İç dudakların birleştiği açıklık kısmının üst tarafında bulunan yumru biçiminde küçük bir yapıdır. Klitoris seks ilişkilerinde zevk almakta önemli bir rolü olmakta ve

karı koca seks ilişkilerinde mühim bir yeri bulunmaktadır. Üzerinde ortalama 80.000 sinir sonlanması vardır. Bu rakam penisteki sinir sonlanmalarının iki katıdır ve tüm organlardaki sinir hücresi sonlanmasından fazladır.

Klitoris de penis gibi sertleşmektedir. Kadınların en çok haz ettikleri bölgeleridir.

Hymen (Kızlık Zarı): Bakirelerde bulunan, vajinal açıklığı kısmen örten, şekli kişiden kişiye değişiklik gösteren, ince, damardan zengin elastik bir yapıdır. Üzerinde adet kanının dışarıya akmasını sağlayacak yapılar bulunmaktadır. Sosyal yönü, kültürlere göre farklılık göstermesine rağmen, tıp ve biyolojik açıdan önemsizdir ve ilk cinsel ilişkide yırtılır.

İç Üreme Organları



Şekil 3: İç Üreme Organları

Vajina (Dölyolu, Hazne): Vajinal açıklıktan rahim ağzına kadar uzanan, genişleme özelliğine sahip 8–10 cm. uzunluğunda bir kanaldır. İçeriğinde enine doğru katlantılar vardır ve bu yüzden de genişler. Ortamı asittir ve bu da vajinayı enfeksiyonlardan korur. Adet kanını dışarıya akıtmak, cinsel ilişki organı olmak, doğumu gerçekleştirmek görevleri vardır.

Uterus (Rahim, Dölyatağı): Kalın barsağın son bölümü (rektum) ile idrar torbası arasında yer alan içi boş armut şeklinde bir organdır. Karşıdan bakıldığında ters dönmüş armut şeklindedir. Yandan bakıldığında ise boyun kısmından öne doğru yattığı görülür. Bu şeklini koruyabilmesi için pelvis duvarına bağlarla bağlanmıştır. Bu bağların gevşemesi sonucu rahim sarkmaları oluşur. Rahim duvarı üç tabakadan oluşur ve en içteki tabaka her ay kanayıp (adet kanaması) dökülerek yenilenir ve eğer yumurta erkek üreme hücresi (sperm) ile birleşirse, oluşan fetüsün burada yerleşip büyüebilmesi için kendini daima hazır

tutar. Rahimin alt boynuna serviks denir. Bu bölüm normalde parmak ucu kadar bir açıklıkla vajene açılır. Ancak doğum anında kısıp açılarak bebeğin rahatça doğmasını sağlar. Normalde alt ucu hazneye doğru çıkıntı yaparak ön arka ve yan cepleri oluşturur. Özellikle arka cep cinsel ilişki sırasında önemlidir. Çünkü erkek üreme organından atılan spermeler burada birikerek, rahatça uterusu ve tüplere doğru ilerlerler. Ayrıca rahim boynunun alt ucu servikal mukus adında bir salgı salgılar. Bu salgının yoğunluğu ve akıcılığı adet döngüsü boyunca farklı özellik gösterir.

Tüpler (Yumurtalık Kanalları): Rahimin üst köşesinden yumurtalıklara doğru uzanan 10-12 cm uzunluğunda içi boş bir çift ince kanaldır. İç kısmında hareketli, ince tüycükler bulunur ve her ay atılan yumurtayı rahime doğru taşırlar. Yumurtanın erkek üreme hücresi ile birleşmesi burada olur ve döllenmiş yumurta da yine bu tüycükler sayesinde rahime taşınır.

Yumurtalıklar (Overler): Rahimin her iki yanında tüplerin uçlarına yakın olarak yerleşmişlerdir. Bademe benzetilen bir çift organdır. İçinde olgunlaşmamış yumurta hücrelerini bulundurlar. Ergenlikten sonra her ay dönüşümlü olarak bir yumurtayı olgunlaştırıp tüplere doğru fırlatırlar. Bazen iki yumurta da atılabilir ve çift yumurta ikizi bu her iki yumurtanın da döllenmesiyle oluşur.

Yumurtalıkların bir diğer görevi de kadınlık hormonları olan östrojen ve progesteronu üretmektir. Az miktarda da erkeklik hormonu üretirler.

Östrojen hormonu kadın şeklinin oluşmasından sorumludur. Yani adet döngüsünün devamı, memelerin gelişmesi, kalçaların yuvarlaklaşması, koltuk altı ve genital bölge kılınması ve saçların korunmasından sorumludur.

Progesteron hormonu ise yumurtlama sonrası yumurtanın rahimde yerleşebilmesi için uygun ortamı sağlamakla görevlidir.

Erkeklik hormonu (androjen) ise cinsel faaliyetler için gereklidir.

HİSTEREKTOMİ

Histerektomi; rahimin ameliyatla çıkarılması işlemidir. Bu çıkarma işlemi karından, vajinal yoldan yapılabilir. Rahimin hangi yoldan çıkarılacağı kararını kadının yaşı, ameliyata neden olan hastalığın ne olduğu, kişinin obez olma durumu, rahimle birlikte başka organın da alınıp alınmayacağı, ameliyat sırasında diğer organların da gözlenme isteği, cerrahın tercihi etkileyebilir.

Genellikle karından açılan kesi yönteminde (abdominal) daha fazla ameliyat sonu ağrı ve daha uzun hastanede kalma görülür. Genellikle zor vakalar bu yöntemle yapılır.

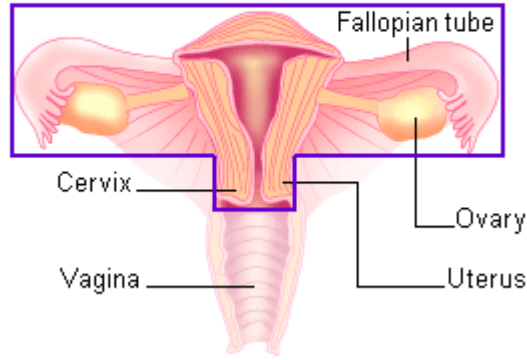
Son yıllarda laparoskopi yöntemi ile de histerektomi yapılabilmektedir. Tek dezavantajı operasyonların daha uzun sürmesi ve pahalı aletlerin kullanılmasına ihtiyaç

olması nedeni ile pahalıya mal olmaktadır. Avantajları hastanede kısa süreli kalınması (1-2 gün) ve ameliyat sonu ağrının daha az olmasıdır.

Rahim alınma ameliyatının çeşitli tipleri vardır. Ancak biz burada sizin geçireceğiniz ameliyat şekli olan TAH+BSO'yu anlatacağız.

TAH+BSO: Rahim, tüpler, yumurtalıkların karından çıkarılması işlemine total abdominal histerektomi+bilateral salpingooferektomi adı verilir.

TOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY and BILATERAL SALPINGO OOPHORECTOMY (TAH-BSO)



Şekil 7: TAH+BSO ameliyatında alınan organlar

Bu ameliyat şekli histerektomi ameliyatı içinde en fazla yapılanıdır. Histerektomilerin yaklaşık %70'i bu yolla yapılır.

Kadın bu ameliyattan sonra bir daha adet göremez, çocuk doğuramaz ve yumurtalıklar da alınacağı için cerrahi olarak menopoza girer. Ani ve şiddetli menopoz şikâyetleri (sıcak basmaları, vaginal kuruluk hissi, baş dönmesi, gece terlemeleri, kabızlık, depresyon gibi) ameliyattan hemen sonra başlayabilir. Ancak yumurtalıklar yerinde kalırsa hastanın bu tür şikâyetleri olmaz. Çünkü yumurtalıklar faaliyet göstermeye ve estrogen salgılamaya devam ederler.

Yumurtalıkların da çıkarıldığı hastalarda eksilen hormonun takviyesi ile şikâyetler azaltılabilir. Özellikle genç yaşta yumurtalıkların çıkarıldığı hastalarda hormon tedavisi yapılmalıdır. Çünkü kadınlık hormonunun eksikliği seneler sonra kemik erimesi, kalp hastalığı riskinin artması gibi hayati sorunlara yol açabilir.

Histerektomi Ameliyatı Neden Yapılır

- Rahimdeki myomlar (iyi huylu tümörler)
- Rahim ve yumurtalıklardaki ciddi bir enfeksiyon
- Düzensiz, tedaviye cevap vermeyen, inatçı kanamalar
- Şiddetli menstrüal kanamalar

- Kasık ağrıları
- Rahim, idrar torbası, rektum gibi organlarda sarkma olması
- Kanser belirtilerinin olması
- Rahim iç zarının rahim dışı yerlerde bulunması (endometriozis)
- Doğum sonrası bebeğin eşinin (plesanta) ayrılmaması
- Herhangi bir nedenle rahimde gelişen yırtıklar (uterus rüptürü)
- Rahimde herhangi bir nedenle gelişen kanamanın durdurulamaması

Histerektomi sırasındaki riskler nelerdir?

İstatistiklere göre %25–50 hasta ameliyata bağlı bir problem yaşar. Bunlar ateş yükselmesi, enfeksiyon, idrar enfeksiyonları, ani menopoz bulguları (sıcak basmaları, vaginal kuruluk hissi, baş dönmesi, gece terlemeleri, kabızlık, depresyon gibi) olabilir.

CERRAHİ SONRASI İLK 3 GÜN

Genellikle cerrahi işlemin tekniğine göre ve ameliyat nedenine göre değişmekle birlikte, gebelik ve kansere bağlı olmayan bir histerektomi sonrası hastanede kalma süresi 2-4 gün kadardır. Normal aktivitelere tam olarak dönmeniz ise 4-6 hafta sürebilir. Ancak kendinizi birinci haftanın sonunda çok daha iyi hissedeceksiniz. Yorgunluk hissi ise ameliyattan sonra bazen uzun sürebilir.

Birinci gün:

En şiddetli ağrıyı ameliyattan hemen sonra duyarsınız. Bu dönemi tolere edebilmeniz için size genellikle yoğun ağrı kesici tedavi uygulanır. Ancak belden yapılan bir iğne ile uyuşturulma yöntemi olan epidural anestezi yöntemi ile yapılan ameliyatlarda ameliyat sonu bu ağrı duyulmaz. Ameliyattan 4-6 saat sonra hareket etmeye başlayabilirsiniz.

İkinci gün:

Ameliyat yerinin ağrısı (kesiye bağlı) artık azalmıştır. Ancak bu dönemde barsak gazları nedeni ile hem ameliyat yerinde, hem de tüm karında ağrılar olabilir. Bu ağrıları azaltmanın yolu size hastanede verilen diyetin dışına taşmamak ve hareketli olmaktır. Herkes de aynı derecede gaz ve gaza bağlı ağrı olmaz. Kesi yeriniz iyi kapanmış ise kesi yerinin üstüne ıslanmayı önleyici pet kapatarak banyo yapabilirsiniz. Ancak banyodan önce doktorunuzdan izin almanız uygun olacaktır. Kesi cildi üzerinde oluşabilecek enfeksiyon, aslında ameliyat sırasında bulaşmış mikropların 3-4 gün içinde üremesi ile oluşur. Bu yüzden yara yerini ve vücudu temiz tutmak önemlidir.

Üçüncü gün:

Gaz problemi bazen 3. güne uzayabilir. Ancak genellikle hasta rahattır. Çoğunlukla da hasta bugün taburcu edilir. Cilt enfeksiyonları genellikle 3–5 günler arasında çıkar. Bu durumda ciltteki kesi yerinin bir kısmı açılır ve düzenli pansumanlara başlanır.

Karın katları ayrı ayrı kapatıldığı için enfeksiyon/kanama gibi nedenlerle cilt dikişinin açılması ile barsaklar vücut dışına çıkmaz.

TABURCULUK EĞİTİMİ

Eğer size TAH+BSO yapılacaksa ve siz menopoz döneminde değilseniz bu ameliyat sonucunda cerrahi menopoza gireceksiniz. Bu durumda bir daha adet görmeyeceksiniz ve yumurtlamayacaksınız. Eğer size ameliyat sonrası hormon destek ilaçları verilirse bunları düzenli olarak kullanın. Bu ilaçlar ileriki dönemlerde osteoporoz ve kalp hastalıkları görülme riskinizi azaltacaktır.

Ameliyat sonrası 6. haftada kontrole gelmeyi sakın unutmayın. Ayrıca bu dönemden sonra menopoz kliniğinde de düzenli olarak kontrollerinizi yaptırmanız ileride gelişebilecek problemlerin erken belirlenmesi açısından önemlidir.

Günde en az 6-8 bardak su içmelisiniz. Bu hem yaranızın iyileşmesini hızlandıracak, hem de kabız olmanızı önleyecektir. Ayrıca yeterli ve dengeli beslenmeli, diyetinizde muhakkak kalsiyum içeren besinler bulundurmalısınız. Bunlara süt, yoğurt, peynir, asma yaprağı, kayısı, balık, yeşil lahana örnek verilebilir. Günlük almanız gereken kalsiyum miktarı 1000–1500 mgdır.

Osteoporoz riskine karşılık alınan kalsiyumun kemik hücrelerine nüfuz edebilmesi için güneşlenmek de şart. Bu ihtiyacınız olan D vitamininin vücudunuz tarafından emilimini sağlar. Her gün A ve D vitaminleri kadar çinko ve magnezyum içeren vitaminler alın. Bu kalsiyumun tam olarak emilimini ve kullanılması için gereklidir. Oksalat içeren ıspanak gibi gıdalar yiyin, fasulye, nohut mercimek gibi gıdalar tüketin. Bu yiyecekler sizin için iyidir, bunları sıkça tüketmeye çalışın. Yüksek kalsiyum içeren yiyecekler ve vitaminleri ayrı tüketmeye özen gösterin.

Sigara östrojen oranını daha da düşürebilir. Bu da kadınlarda osteoporoz görülme riskini artırır. Dolayısıyla sigara kullanıyorsanız mutlaka bırakın. Aşırı tuz tüketmek kalsiyumun daha fazla atılmasına neden olur. Aşırı fosfor içeren gıdaları tüketmeyin. Aşırı fosfor, kemik gelişimi için gerekli olan D vitamininin kalsiyum tarafından emilimini azaltır. Aşırı stresten uzak durun. Aliminyum içeren antasid yiyeceklerden uzak durun. Çok aşırı alkol almayın. Alkol kemik erimesini hızlandırır.

Pelviste kan göllenmesini ve tromboemboliyi önlemek için uzun süre oturur pozisyonda kalmayın.

İlk hafta kendinizi yorgun, güçsüz hissedebilirsiniz. Bu normaldir. Hatta iyileşme sürecinde depresyon, ağlama isteği, sinirlilik gibi ruhsal dalgalanmalar da olabilir. Ancak bunlar iki aydan daha uzun sürüyorsa bir psikiyatriste görünmeniz iyi olacaktır.

İlk ay hafif ev işleri yapabilirsiniz. Ancak ağır kaldırmak, çamaşır asmak, elektrikli süpürge kullanmak gibi karın kaslarının kullanılmasını gerektiren işlerden kaçınmalısınız.

Vajinal duş, tampon kullanımı ve cinsel ilişkiden ilk 6 hafta kaçınmalısınız. Banyoyu da duş şeklinde almalısınız.

Eğer 38,5 °C'nin üzerine çıkan ateş, fazla vajinal kanama, kötü kokulu akıntı olursa vakit kaybetmeden en yakın sağlık kuruluşuna başvurunuz.

Ameliyat sonrası egzersiz yapmak önemlidir. 6 haftadan sonra kegel egzersizlerini yapabilirsiniz. Bu sayede karın içindeki organların yapılarını kuvvetlendirirsiniz. Ayrıca eski sağlığınıza kavuşmanızı hızlandırır. Kabızlık probleminin çözümünde yardımcıdır ve vajinal kaslarınızı kullanmayı öğreneceğinizden cinsel ilişki sırasında doyuma ulaşmanıza yardımcı olacaktır. Ayrıca ileriki dönemlerde idrar, dışkı kaçırmayı önler.

Kegel egzersizlerinin yapımı ise şöyledir.

Tuvalette idrar yaparken birden idrarınızı durdurun. Bunu yaparken hangi kaslarınızı kullandığınıza dikkat edin.

İşaret parmağınızı vajinanıza sokun ve vajinanızla parmağınızı sıkmaya çalışın. Hangi kaslarınızı kullandığınıza dikkat edin.

Ayrıca gaz kaçırmamak için makatta sıkıtiğiniz kaslarınıza da dikkat edin. Şimdi sırayla idrar yaparken sıkıtiğiniz kaslarınızı, vajinal kaslarınızı ve makat kaslarınızı sıkıp bırakın. Sonra hepsini birden sıkıp bırakmaya çalışın (Doğru kaslarınızı sıkıtiğinizden emin olmak için rahat bir ortamda elinizi üreme organlarınızın üzerine koyun ve bu kaslarınızı sıkın. Elinizin altında haznenin olduğu yerde hareket ettiğini ve kalçalarınızın yukarı doğru hareket ettiğini hissedeceksiniz).

Bu egzersizleri yaparken 1'den 3'e kadar sayarak kaslarınızı sıkın, sonra gevşetin. Bu sıkma ve gevşetmeyi bir defada 50-100 kez yapın.

Bu hareketleri yapmak dışarıdan kesinlikle fark edilmeyeceği için istediğiniz her yerde bu egzersizleri yapabilirsiniz. Önceleri pek etkili yapamayabilirsiniz ancak yaptıkça nasıl yapıldığını öğrenecek ve daha etkili yapabileceksiniz.

AMELİYAT SONRASI CİNSEL YAŞAM İLE İLGİLİ ÖNERİLER

Ameliyat sonrası cinsel yaşamınızda ise; İlk 6 hafta cinsel ilişkiye girmemelisiniz. Çünkü yara yeriniz henüz tam olarak iyileşmediği için, cinsel ilişki esnasında kullandığınız kaslarınız dikişlerinizin kanamasına ve enfeksiyon kapmanıza neden olabilir. Ancak eşinizle öpme, dokunma, okşama, sarılma gibi hareketlerde bulunabilirsiniz. Uyarılmaya başlarsanız üzülme bu dikişlerinize zarar vermez, hatta iyileşmenizi hızlandıracaktır.

Bu ameliyatı geçirmiş olmanın cinsel yaşamınıza fazla bir etkisi yoktur. Çünkü cinsel ilişki sırasında kullanılan organınız hala yerinde durmaktadır. Ancak ameliyat ile rahim boynu alındığından dolayı ve cinsel ilişki sırasında rahim boynu ıslaklığı artırıcı sıvı salgıladığından dolayı, cinsel ilişki sırasında ilk zamanlarda kuruluk şikâyetiniz olabilir. Ancak zamanla bartolin ve skene bezleri daha fazla sıvı salgılayacağı için bu şikâyetleriniz geçecektir. Bu sürede su bazlı kayganlaştırıcı jel (eczanelerde bulunmaktadır) kullanabilirsiniz. Bu ıslanmaya yardımcı olacaktır. Ya da cinsel ilişki sırasında eğer eşiniz karşı değilse kondom kullanabilirsiniz. Bu da kaygan bir madde ile kaplı olduğundan cinsel ilişkinizi daha rahat yapmanızı sağlayacaktır. Vajinal ıslaklığı sağlamanın bir yolu da ilişki öncesi klitoral uyarının yapılmasıdır.

Ameliyat sonrası ilk aylarda kuruluğu ve vaginal kaslarınızı etkili kullanamamaya bağlı olarak cinsel ilişki sırasında ağrı şikâyetiniz de olabilir. Ancak myom nedeniyle ameliyat oldunuz ve daha önce cinsel birleşme sırasında ağrı hissettiniz ise hissetmeyebilirsiniz. Eğer hissederseniz önceleri derin ilişkiyi denemeyin. Daha sonraları ise eşinizle yan yana pozisyonunu ya da sizin üstte olacağınız pozisyonları deneyin. Bu sayede ilişkinin derinlik miktarını ve ilişki hızını siz kontrol edebilirsiniz. Bu da daha az ağrı çekmenizi sağlar.

Bu ameliyatı geçirmiş olan bazı kadınların eşleri cinsel ilişki sırasında daha az doyum yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bunun sebebi de kadının ilişki sırasında vaginal kaslarını kullanmaması ve cinsel ilişki sırasında ritmik hareketler yapan rahimin alınmış olması olabilir. Bu duyguyu daha az yaşamak için kegel egzersizlerini öğrenmeniz ve cinsel ilişki sırasında da tıpkı parmağınızı sıkıştırdığınız gibi eşinizin cinsel organını sıkmaya çalışmanız bu ilişkiden her ikinizin de zevk almanızı sağlayacaktır.

Yapılan araştırmalar kegel egzersizlerinin vaginal duvarı kalınlaştırdığı, bu bölgeye kan akımını arttırdığı ve klitoris duyarlılığını arttırdığı yönindedir. Dolayısıyla vajinal kaslarınızı daha iyi kullanmayı öğreneceğiniz için ilişki sırasındaki kontrolü de sağlayabileceksiniz.

Bundan sonra gebe kalma riskiniz ortadan kalktığı için artık eşinizle herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmadan ve gebe kalma korkusu olmadan rahatça cinsel ilişkiye girebilirsiniz. Unutmayın! Menopoza girmeniz ya da bu ameliyatı geçirmiş olmanız sizin cinsel kimliğiniz ile ilgili hiçbir kayba neden olmayacaktır.

Menopoz ile ilgili şikâyetleriniz vücudunuzun menopoz sürecine uyum sağlamasıyla birlikte son bulacaktır. Bu şikâyetler kadından kadına farklılık göstermesiyle birlikte birkaç yıl ile 10 yıl arasında sürebilir ya da hiç yaşamayabilirsiniz.

Bu dönemdeki sıkıntıları azaltmanın bir yolu da stresi azaltmaktır. Çünkü stresin hormon düzeylerini azalttığı bilinmektedir. Bu da daha ağırlı cinsel ilişki yaşamanıza neden olacaktır. Dolayısıyla bu dönemde var olan problemleri eşinizle konuşmalı ve birlikte çözüm aramaya çalışmalısınız.

Tüm bu önlemler rağmen cinsel yaşantınızdaki problemler hala devam ediyorsa cinsel terapisteye ya da doktorunuza danışmanız gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Çoşkun A, Ekizler H. ve ark. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Vehbi Koç Yayınları, İstanbul, 2000: 170–174.
2. Katz A. Seksuality After Hysterectomy. JOGNN 2001; 31(3): 256-262.
3. Katz A. Sexuality After Hysterectomy: A Review Of The Literature And Discussion Of Nurses' Role. Journal Of Advanced Nursing. 2003; 42(3): 297-303.
4. Kömürcü N, Yıldız KN. Menopozda Cinsel Yaşam. Androloji Bülteni. Haziran 2006; 25: 173–176.
5. http://www.beslenme.gen.tr/Kadin_sagligi/Kadinlarin_organlari.html
6. http://bebekgebelik.blogcu.com/kadin-anatomisi_3786449.html
7. <http://jinekolojivegebelikresimleri.blogspot.com/2007/09/kadin-reme-organlari-2.html>
8. <http://yaren76.blogcu.com/KADIN+HASTALIKLARI+/page6>
9. <http://www.femalehealthmadesimple.com/HYSTERECTOMY.html>
10. http://www.cancerfacts.com/GeneralContent/Ovarian/Gen_Treatments.asp?CB=9
11. <http://www.saglikbilgisi.gen.tr/klitoris-nedir-ve-fonksiyonu-nelerdir.html>
12. <http://www.estrogel.com/hysterectomy.html>

Ek 6: ARAŞTIRMAYA KATILAN HASTA LİSTESİ

Sıra no	Yaşı	Yatış tarihi
1. hasta	45	27.12.07
2. hasta	45	09.01.08
3. hasta	43	13.01.08
4. hasta	44	18.01.08
5. hasta	41	21.01.08
6. hasta	45	21.01.08
7. hasta	46	24.01.08
8. hasta	50	25.01.08
9. hasta	35	29.01.08
10. hasta	46	28.01.08
11. hasta	44	02.12.07
12. hasta	44	04.02.08
13. hasta	51	05.02.08
14. hasta	48	31.01.08
15. hasta	48	03.02.08
16. hasta	46	04.02.08
17. hasta	40	08.02.08
18. hasta	45	09.02.08
19. hasta	50	17.02.08
20. hasta	53	19.02.08
21. hasta	50	21.02.08
22. hasta	43	02.03.08
23. hasta	48	05.03.08
24. hasta	37	27.02.08
25. hasta	43	10.03.08
26. hasta	50	19.03.08
27. hasta	46	23.03.08
28. hasta	52	01.04.08
29. hasta	47	31.03.08
30. hasta	40	08.04.08
31. hasta	44	05.04.08
32. hasta	39	16.04.08
33. hasta	55	15.04.08
34. hasta	44	15.04.08
35. hasta	46	20.04.08
36. hasta	43	21.04.08
37. hasta	42	22.04.08
38. hasta	47	27.04.08
39. hasta	46	27.04.08