



T.C
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HİSTEREKTOMİ ÖNCESİ VE SONRASI KADINLARA VERİLEN
EĞİTİMİN PSİKOSEKSÜEL SORUNLAR ÜZERİNE ETKİSİ**

ÖZLEM PAK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. ÖZLEM İŞİL

İSTANBUL-2009

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Özlem PAK tarafından hazırlanan **“Histerektomi Öncesi ve Sonrası Kadınlara Verilen Eğitimin Psikoseksüel Sorunlar Üzerine Etkisi”** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :09.10.2009

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

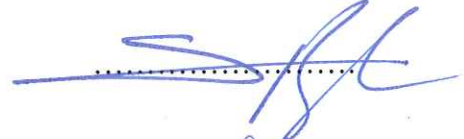
Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr. Özlem IŞIL
:Maltepe Üniversitesi /HYO
(Danışmanı)



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Birsen YÜRÜGEN
: Haliç Üniversitesi / Sağ. Bil. YO.



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Sevim BUZLU
: İstanbul Üni./ Florence Nigh. HYO




Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Makbule BATMAZ
: Haliç Üniversitesi/ HYO.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Hatice YORULMAZ
: Haliç Üniversitesi/ HYO.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.


Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

1)TEŞEKKÜR

Çalışmamın gerçekleştirilmesindeki katkılarından dolayı tez danışmanım Sayın **Yrd. Doç. Dr. Özlem Işıl'a** verdiği destek ve yönlendirmeler için,

Tez uygulamamı yaptığım 2. Kadın Doğum Klinik Şefi Sayın **Dr. İnci DAVAS ve asistan arkadaşlarıma,**

Araştırmanın yapıldığı süre boyunca, gösterdikleri destek ve katkıları için tüm **ekip arkadaşlarıma** teşekkürlerimi sunarım.

II) İÇİNDEKİLER

SAYFA

| | |
|---|--------|
| I) TEŞEKKÜR | I |
| II) İÇİNDEKİLER..... | II-III |
| III) KISALTMALAR VE SİMGELER..... | IV |
| IV) TABLOLARIN LİSTESİ..... | V |
| 1. ÖZET..... | 1 |
| 2. SUMMARY..... | 2 |
| 3. GİRİŞ VE AMAÇ..... | 3 |
| 4. GENEL BİLGİLER..... | 6 |
| 4.1. Histerektomi ve Tarihçesi..... | 6 |
| 4.2. Histerektomi Sıklığı Ve Endikasyonları | 6 |
| 4.3. Histerektomi Tipleri..... | 7 |
| 4.4. Histerektomi Sonrası Görülebilen Fiziksel Sorunlar..... | 9 |
| 4.5. Histerektomi Ameliyatı Sonrası Görülen Psikolojik Problemler..... | 12 |
| 4.6. Histerektomi Ameliyatı Sonrası Cerrahi Menopoz..... | 14 |
| 4.7. Histerektomi Ameliyatının Cinsellik Üzerine Etkisi | 15 |
| 4.8. Histerektomi Sonrası Bilgi Gereksinimi..... | 18 |
| 4.9. Histerektomide Danışmanlık Hizmetlerinin Önemi ve Hemşirenin Rolü...19 | |
| 5. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 22 |
| 5.1. Araştırmanın Türü..... | 22 |
| 5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman..... | 22 |
| 5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi..... | 22 |
| 5.4. Veri Toplama Araçları..... | 22 |
| 5.4.1. Bilgi Formu..... | 22 |
| 5.4.2. Cinsel Öykü Formu..... | 22 |
| 5.4.3. FSFI (Cinsel Doyum Ölçeği)..... | 23 |
| 5.5. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi..... | 23 |
| 5.6. Verilerin Analizi | 26 |
| 5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları..... | 26 |
| 5.8. Araştırmanın Etik Yönü..... | 26 |

| | |
|---|-----------|
| 6. BULGULAR..... | 28 |
| 6.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular | 28 |
| 6.2. Hastaların jinekolojik,Obstetrik Öyküsüne İlişkin Bulgular | 29 |
| 6.3. Hastaların Cinsel Fonksiyonlarına Yönelik Bulgular..... | 32 |
| 6.4. Hastaların Ameliyat Sonrası Durumlarına İlişkin Bulgular..... | 33 |
| 7. TARTIŞMA..... | 35 |
| 7.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması..... | 36 |
| 7.2. Hastaların Jinekolojik,Obstetrik Öyküsüne İlişkin Bulguların Tartışılması..... | 38 |
| 7.3. Hastaların Cinsel Fonksiyonlarına Yönelik Bulguların Tartışılması..... | 39 |
| 7.4. Hastaların Ameliyat Sonrası Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması..... | 40 |
| 8. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 41 |
| 9. EKLER..... | 44 |
| 10. KAYNAKLAR..... | 49 |
| 11. ÖZGEÇMİŞ..... | 55 |
| 12. ETİK KURUL ONAYI..... | 56 |

III) KISALTMALAR

| | |
|---------|---|
| TAH-BSO | : Total Abdominal Histerektomi Bilateral Salfingooferektomi |
| TAH | : Total Abdominal Histerektomi |
| VAH | : Vaginal Histerektomi |
| IFSF | : Female Sexual Function Index/Kadının Cinsel Fonksiyon İndeksi |
| TNSA | : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması |
| DSÖ | :Dünya Sağlık Örgütü |
| DG | : Deney Grubu |
| KG | : Kontrol Grubu |
| CY | : Cinsel Yaşam |

IV) ŐEKİL VE TABLOLAR

i. Tabloların Listesi

SAYFA

| | |
|--|----|
| Tablo 1: Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı..... | 28 |
| Tablo 2: Hastaların Ameliyat Tipleri ve Endikasyonlarına Göre Dağılımları | 29 |
| Tablo 3: Deney ve Kontrol Grubunda Cinsel İlişkide Bulunan Hastaların Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Cinsel Problemlere Göre Dağılımları | 31 |
| Tablo 4: Hastaların Cinselliğe Yönelik Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular..... | 32 |
| Tablo 5: Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonlarına Yönelik Bulgular | 33 |
| Tablo 6: Deney Grubu Hastaların Ameliyat Tiplerine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası FSFI Puanlarının Karşılaştırılması | 34 |
| Tablo 7: Kontrol Grubu Hastaların Ameliyat Tiplerine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası FSFI Puanlarının Karşılaştırılması | 35 |
| Tablo 8: Deney Grubu Hastaların Ameliyat Öncesi Cinsel Yaşantısından Memnuniyet Düzeyleri İle Ameliyat Öncesi ve Sonrası FSFI Puanlarının Karşılaştırılması | 35 |
| Tablo 9: Kontrol Grubu Hastaların Ameliyat Öncesi Cinsel Yaşantısından Memnuniyet Düzeyleri İle Ameliyat Öncesi ve Sonrası FSFI Puanlarının Karşılaştırılması..... | 36 |

1.ÖZET

Histerektomi Öncesi ve Sonrası Kadınlara Verilen Eğitimin Psikoseksüel Sorunlar Üzerine Etkisi

Araştırma, histerektomi ameliyatı yapılan hastalara ameliyat öncesi ve sonrası verilen hemşirelik eğitiminin psikoseksüel sorunlar üzerindeki etkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı, ön test-son test karşılaştırmalı ve iki aşamada gerçekleştirildi.

Araştırma, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul'dan yazılı izin alınarak 2. Kadın Doğum Kliniği'nde yapıldı. Araştırmanın evrenini 01.09.2008-01.03.2009 tarihleri arasında histerektomi uygulanmış 60 kadın oluşturdu.

Veriler "Bilgi Formu", "Cinsel Öykü Formu" ve "IFSF(Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği) kullanılarak toplandı. Verilerin istatistiksel analizinde NCSS 2007 paket programı, eşlendirilmiş t testi, bağımsız t testi, ki-kare testi, Mc Menar's testi kullanıldı. Sonuçlar anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde, %95'lik güven aralığında değerlendirildi.

Total Abdominal Histerektomi Bilateral Salfingooferektomi, Total Abdominal Histerektomi ve Vaginal Histerektomi grubu hastalarda ameliyat sonrası cinsel ilişkide rahatsızlık oranının arttığı, Total Abdominal Histerektomi grubu hastaların cinsel ilişki sıklığının diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu, Vaginal Histerektomi yapılan kontrol grubundaki hastaların cinsel ilişkiden daha az doyum aldıkları belirlendi.

Anahtar sözcükler: histerektomi, cinsellik, psikoseksüel sorunlar, FSFI

2. SUMMARY

The Effect Of Preoperative and Postoperative on Psychosexual Problems Patients Undergoing Hysterectomy .

The aim of study is determine the effect of “The Effect Of Preoperative and Postoperative Nursing Counselling on Psychosexual Problems Patients Undergoing Hysterectomy”. The research was performed on a descriptive a comparative pre-post test.

This research was performed on a descriptive, a two stages and a comparative pre-post test determine the effect of preoperative and postoperative counselling for patients undergoing hysterectomy sexual problems.

The research consist of 60 women who had hysterectomy between 01.09.2008-01.03.2009 at Şişli Etfal Education and Research Hospital.

The data were obtained by using preoperative data form, sexual history form and IFSF(Index Female Sexual Function). The results were evaluated at the %95 confidential interval and significance level $p < 0,05$.

Mc Menar’s, NCSS 2007, matched sample test and chi square tests were used fort the analysis of the data.

Problems in sexual intercourse increase in patients who had TAH,TAH-BSO, VAH, sexual intercourse frequency is more than the others in TAH group in VAH group,patients have less satisfaction in sexual intercourse

Key wolds: Hysterectomy, Sexuality, IFSF, Sexual Functions

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre kadınların sağlık sorunları da farklılık göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde, etkin ve yaygın sağlık hizmetleri nedeniyle kadınlarda görülen üreme sağlığı sorunları azalmış ya da boyutu değişmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde ise üreme çağı sorunları en önemli kadın sağlığı sorunu durumundadır (4).

Kadın sağlığı, kadının intrauterin dönemden ölümüne kadar geçen süredeki sağlık durumu ve bunu etkileyen faktörleri kapsamaktadır. Kadınların üreme çağı boyunca yaşadıkları sorunlar mevcut ve gelecekteki sağlık durumunun belirleyicisi olmaktadır. Kadınlar sıklıkla medikal tedavi ve cerrahi operasyonlara maruz kalmaktadır. Bu cerrahi operasyonlar içerisinde ise histerektomi dünyada ve ülkemizde çok yaygın olarak yapılan bir operasyondur (55).

Histerektomi; fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutu olan, pozitif ve negatif unsurları içinde barındıran kompleks bir deneyim olarak tanımlanmaktadır(55). Kadının yaşamını tehdit eden ağır kanamalar, endometriozis, uterus rüptürü, leiomyomlar, ciddi pelvik enfeksiyonlar, pelvik relaksasyon ile birlikte görülen uterus prolapsusu, uterus, serviks ve adnekslerdeki malign büyüme gibi jinekolojik problemlerden dolayı yapılmaktadır (3,19,61). Uterusa bağlı problem yaşayan hastalarda, fiziksel ve menstrual semptomlar, ağrı, emosyonel ve seksüel fonksiyon bozuklukları ve genel sağlık algılamasında azalma gibi birçok sorun dile getirilmektedir. Genellikle bu sorunların düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmekte ve ciddi semptomlar kadını cerrahi tedavi aramaya yöneltmektedir (55). ABD’de, sezaryen doğumdan sonra, ikinci en sık uygulanan majör cerrahi operasyondur. Histerektomilerin sadece %10’u üreme organı kanserlerinden dolayı olmaktadır. Histerektomilerin yaklaşık %75 ‘i abdominal olmak üzere vajinal duvardan da yapılabilir (61).

Gelişmiş ülkelerde tüm yaş grubundaki kadınlarda histerektomi hızının binde 6.1-8.6 arasında ve bütün histerektomilerin %75’inin 20-49 yaş grubundaki kadınlara uygulandığı belirlenmiştir. Ülkemizde 20–49 yaş grubunda histerektomi ameliyatının ne sıklıkta yapıldığını gösteren güvenilir istatistiksel veriler bulunmamaktadır (4).

Histerektomi sonrası; anormal uterus kanamalarının kesilmesi, menstrual semptomların ve pelvik ağrıların ortadan kalkması, depresyon ve anksiyetenin azalması

gibi olumlu sonuçların yanı sıra (8), histerektomi yapılan kadınların %40-50'sinde ameliyat sonrası erken dönemde hemoraji, üriner sistem yaralanmaları, barsak perforasyonu ve enfeksiyon gibi komplikasyonlar görülebilmektedir. Ayrıca histerektomi ve ooferektomi sonrası kadınların ameliyat sonrası yorgunluk, kilo değişimi, sinirlilik, uykusuzluk, konsantrasyon ya da hatırlama güçlüğü, ağlama krizleri, iştah kaybı, diyare ya da konstipasyon, keder, seksüel davranışta değişim gibi fiziksel, psikososyal ve cinsel problemler yaşadıkları vurgulanmaktadır(38,63,69). Carlson ve arkadaşlarının çalışmasında histerektomiden sonra kadınların % 7'sinin şikâyetleri olduğunu, %5-7'sinin üriner sistem disfonksiyonu, pelvik ağrı ve yorgunluk gibi uzun süren semptomlar deneyimledikleri belirlenmiştir. Aynı grup %8 depresyon, % 6 anksiyete, % 7 cinsel ilgi eksikliğini kapsayan histerektominin psikolojik sonuçlarını bildirmişlerdir (55).

Histerektomi ayrıca vücut bütünlüğünün bozulması, doğurganlık yeteneğinin kaybı gibi fiziksel ve biyolojik etkilere neden olurken; diğer yandan insanların sevgisini kaybetme, kadınlık özelliklerinin kaybı gibi psikoseksüel ve sosyal sorunlara da neden olabilmektedir (67). Bazıları vajinanın vulvaya dikileceğine, bazıları da uterusun orgazm için gerekli bir şey olduğu gibi yanlış inanışlara sahiptir. Birçok kadın uterusun alınmasından sonra vücutlarında ne gibi değişikliklerin olacağını anlayamaz, bazıları ise uterusun alınmasını, vajenin alınması ile karıştırabilir ve cinsel fonksiyonlarını tamamen yitireceklerini düşünürler(55). Kadınların çoğu uterusu bebek taşımak için bir kuluçka makinesi gibi görmekte ve üremelerinin bir sembolü olduğunu düşünmektedirler. Pek çok kadın histerektomi nedeniyle hayatlarının en güzel günlerinin sona ereceğine inanmakta; ameliyatı gençliğin, kadınlığın ve sağlığın kaybıyla eşdeğer olarak algılamaktadır. Görüldüğü gibi histerektomi bireyin hem yaşam kalitesini hem de cinsel fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir(67). Birçok araştırmada histerektomi sonrası gelişen psikolojik tepkiler ile kadının bu organı ve müdahaleyi algılayışı arasında ilişki bulunduğu bildirilmiştir(55).

Bazı bilim adamları, histerektominin yol açtığı bütün psikolojik ve psikosomatik değişimlerin bu ameliyatla ilgili belirsizlikten kaynaklandığını ve birçok kadının histerektomiyi kadınlıklarının sonu olarak gördüklerini belirtmiştir. Rhodes 1992'de histerektomi olmuş kadınların %77,6 'sının ameliyat sonrasında cinsel fonksiyonlarında kayıp olacağını düşündüklerini saptamıştır(52).

Cinsellik ile ilgili konular çok önemli olmasına rağmen, birçok kadın cinsel sorunlarını sağlık personeline açmakta güçlük çekmekte ve sağlık personelinin çoğu da cinsel konuları hastalarla tartışmaktan rahatsızlık duymaktadır. Bununla beraber yapılan çalışmalar, hastaların, ekip üyelerinin cinsel konularda kendilerine yardımcı olmasını beklediklerini ve cinsellikle ilgili soruların jinekolojik öyküye rutin olarak dahil edilmesinin gerektiğine inandıklarını göstermektedir. Sağlık ekibinin bir üyesi olup hasta ile en yakın ilişki kurabilen sağlık çalışanı olan hemşirenin bu konularda danışmanlık hizmeti vermesi önerilmektedir. Histerektomi olan kadınlarla yapılan çalışmalarda da ameliyata ve taburcu olduktan sonra karşılaşılabilecekleri durumlara yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti verilen kadınların, bu hizmeti almayanlara oranla kendilerini daha iyi hissettikleri ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (67).

Terapötik iletişim ve emosyonel destek, durumu kadın için daha az travmatik hale getirmeye yardımcı olacaktır. Bu konuda terapötik iletişim becerilerini hemşirenin etkin bir şekilde bilmesi hastanın uyumunu kolaylaştıracaktır. Operasyon öncesi dönemde, hasta için özellikle durumuna ilişkin bilgi edinme ve güven içinde olma gereksinimi öncelik taşımaktadır. Hastanın operasyon öncesi bilgisi ve ruhsal olarak operasyona kendini hazır hissetmesi, operasyon sonrası uyumunu ve iyileşmesini önemli ölçüde etkilemektedir (55).

Hemşirenin; histerektomi endikasyonu konulmasından, operasyon sonrası döneme kadar olan süreçte, kadınların biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden genel durumları ve bu duruma bakış açılarını değerlendirmesi gerekmektedir. Hastaya kendi bireysel gereksinimlerini kendisinin karşılaması yönünde vereceği destek, hastanın öz güvenini yeniden kazanmasına yardımcı olarak kadının kendine verdiği değer artmasını, rol ve statü kaybını engelleyerek dengenin yeniden kurulmasını sağlayabilir. Danışmanlık hizmeti sonrası cinsel kimliğine yönelik korku ve kaygıları en aza indirerek daha az sorun yaşaması, iyileşme sürecinde karşılaşılabileceği sorunlara önceden hazırlıklı olması ve ortaya çıkan sorunlarla baş etmesi ya da çözümlenmesini kolaylaştırabilir. Bu açıdan hemşirenin histerektomili hastaya vereceği danışmanlık hizmeti son derece önemlidir (67).

4.GENEL BİLGİLER

4.1. Histerektomi Tanımı ve Tarihçesi

Histerektominin tarihsel gelişimi incelendiğinde ilk olguların ve kayıtların vajinal histerektomi için olduğu görülmektedir. Abdominal histerektomi ise vajinal histerektomiden daha sonra başarılabilmıştır. Endoskopik olarak yapılan histerektominin tarihi ise oldukça yenidir (9).

Uterus prolapsusunun jinekolojik bir patoloji olarak tarif edilmesi milattan yaklaşık 20 yüzyıl öncesine kadar uzanmaktadır. Ancak kadın ruhunun bu organda yer aldığına inanılması, bu organın hayati bir özelliğe sahip olduğunu düşündürmüş ve genital prolapsus olgularında organın cerrahi olarak çıkarılması fikrinin benimsenmesini uzun süre ertelenmiştir (9).

Ephraim McDowell 1809 yılında abdominal yolla ilk ooferektomi vakasını, 1813 yılında Conrad Langenbeck ilk planlı vajinal histerektomi vakasını, 1853 yılında ise Walter Burnham ilk başarılı supraservikal histerektomi olgusunu yapabildi. Modern histerektomik çalışmalar ise 1877’de Nitze’nin çalışmaları ile başladı (8).

4.2. Histerektomi Sıklığı ve Endikasyonları

Histerektomi ilk uygulandığı yıllardan beri devam eden yüzyıllarca süren süreçten günümüze artık en çok uygulanan cerrahi işlemlerden biri olup 19. ve 20. yüzyılda yaşanan gelişmeler sonucunda günümüzde artık çok güvenli bir operasyon haline gelebildi. Bu gelişimde cerrahi tekniğin yanı sıra anesteziadaki gelişmeler, antibiyotiklerin kullanımı, kan transfüzyonu imkânlarının artması ve tıbbi bakımdaki iyileşme etkili oldu. Cerrahinin daha güvenli olması yanı sıra endikasyonlardaki liberal yaklaşım histerektomiye günümüzün en sık uygulanan operasyonlarından biri haline getirdi. Her yaştan her 1000 kadın için histerektomi hızı 6,1 ile 8,6 arasında değişmektedir; bu uygulamaya giden kadınlar arasında en geniş bölümü ise 20 ile 49 yaşları arasındaki kadınlar oluşturmaktadır (26). Amerika Birleşik Devletleri’nde 60 yaşa kadar varan kadınların %37 kadarında histerektomi operasyonunun uygulandığı hesaplanmaktadır. Sezaryen operasyonu 966.000 prosedürle birinci sırada yer alırken histerektomi ise 578.000 prosedürle ikinci sıradadır. Histerektomilerin 133.000’i vajinal, 445.000’i ise abdominal olarak uygulanmıştır. En yüksek histerektomi sıklığı 40- 44 yaş grubundadır ve ortalama 42,7’dir (9,26). 1990’lı yıllardan itibaren Amerika Birleşik

Devletleri'nde histerektomi sayılarında bir azalma meydana geldi. Bu eğilimde cerrahi görüşün alınması, medikal ve konservatif ve kalite kontrol programlarına daha fazla ağırlık verilmesi etkili olmuştur (72).

Histerektomi operasyonunun nedenleri aşağıda verilen 5 başlık altında incelenmektedir.

A. Acil Durumlar:

1. Gebelik komplikasyonları
2. Ciddi Enfeksiyonlar
3. Operatif Komplikasyonlar

B. Anatomik

- 1) Pelvik Relaksasyon

*Desensus uteri, Sistoüretrosel, Rektosel, Enterosel, Rektal prolaps

- 2) Anormal Anatomi

*Gelişimsel anomaliler, Uterointestinal fistüller, Pelvik arteriovenöz fistül veya Malformasyon

C. Neoplastik

- 1) Bening

*Myomalar, Endometriyozis, Adenomyozis, Ovarian tümör

- 2) Malign

*Endometrial kanser, Ovarian kanser, Servikal kanser, Vajinal kanser, Uterin sarkoma tüp kanseri, Mesane kanseri, Kolorektal kanser

D. Fonksiyonel

*Üriner inkontinans, Disfonksiyonel uterin kanama, Disparoni, Sekonder dismenore, Kronik pelvik ağrı

E. İnfeksiyöz

*Kronik pelvik inflamatuvar hastalık, Piyometra, Pelvik tuberküloz

4.3.Histerektomi Tipleri

Histerektomi ameliyatı hastanın patolojisine ve yaşına göre 3 şekilde yapılmaktadır.

1.Abdominal Histerektomi: Uterusun abdominal yoldan cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Total veya subtotal olarak yapılabilir. Serviksin alındığı durumlarda total, serviksin bırakıldığı durumlarda ise subtotal histerektomi terimi kullanılır. Adneksiyal organlarında uterusla birlikte çıkarıldığı durumlarda unilateral veya bilateral salpinjektomi (Fallop tüplerin çıkarılması), ooferektomi (overlerin çıkarılması) veya salpingo-ooferektomi (tüp ve overlerin birlikte çıkarılması) terimleri kullanılır (9).

2.Vajinal Histerektomi: Uterusun (korpus ve serviksin) transvajinal olarak çıkarılmasıdır. Pelvik relaksasyon olgularında rekonstrüktif cerrahinin bir parçası yapılabildiği gibi myoma uteri, disfonksiyonel uterin kanama gibi histerektomi gerektiren pek çok durumda bir histerektomi yöntemi olarak uygulanabilir(9).

3. Laparoskopik Histerektomi:

Uterusun laparoskopik yoldan çıkarılmasıdır.

4.4.Histerektomi Sonrası Görülebilen Fiziksel Sorunlar

Günümüzde histerektomi güvenli bir cerrahi prosedür olmasına rağmen genel olarak komplikasyon hızı %25–50 arasında bildirilmektedir (9). Pelvik bölgede barsak, mesane ve üreterlerin insizyon, klemp ve sütür yapılan bölgelere çok yakın olması ise komplikasyon hızını artıran diğer bir faktördür. Pelvik cerrahi ayrıca tromboembolizme yatkınlık sağlamaktadır. Komplikasyon hızı hastanın yaşı, genel sağlık durumu, histerektomi indikasyonu, işlemin acil veya elektif olması, cerrahın tecrübesi, profilaktik antibiyotik kullanımı ve cerrahi yaklaşımın yolu (vajinal veya abdominal) gibi birçok parametreden etkilenmektedir.

Vajinal ve abdominal histerektomilerin komplikasyonları konusunda en kapsamlı araştırma 1978 ve 1981 yılları arasında yapılan CREST(Collaborative ve Review of Sterilizaion) çalışmasıdır.

4.4.1. Barsak Yaralanması

Jinekolojik cerrahide ince barsak yaralanması sık görülen komplikasyonlardandır. Defekt 5 cm den büyük veya kolon muhteviyatı dışarı sızmışsa, onarım alanını fekal kontaminasyondan korumak amacıyla kolostomi gerekebilir.(3,9) . Ağrı kesici ve narkotiklerin fazlaca kullanılması sonucu gastrointestinal motilite azalır ve bu tablonun oluşumunda etkilidir.

İleus oluşumunu önlemede sıvı ve besin alımı peristaltizm dönene kadar yasaklanmalıdır. Ağrı kesici ve narkotik kullanımı değerlendirilmelidir. Hasta mümkün olduğunca erken ayağa kaldırılmalı ve sık sık hareket ettirilmelidir (2,71) .Barsak seslerinin ve hareketlerinin yokluğu görülür. Oldukça ciddi bir tablodur.

4.4.2. Üreter Yaralanması

Pelvik üretere olan hasar, histerektominin en dehşet verici komplikasyonlarından biridir. Ardından oluşacak renal hasar riski nedeniyle üreter yaralanması mesaneye veya bağırsaklara olandan çok daha ciddidir. İdrar akımının varlığı ya da yokluğu sonda yardımı ile sağlanabilir .

4.4.3.Mesane Yaralanması

Uterus, mesane ve üst vajinanın yakın anatomik komşulukları sebebiyle mesane alt idrar traktüsünün yaralanmaya çok elverişli bir bölümüdür. Mesane hasarı peritonun açılması sırasında veya daha sıklıkla serviks ve üst vajinanın mesanenin diseksiyonu sırasında oluşabilir. Mesanenin sinirlerinin ameliyat sırasında etkilenmesi sonucu olabileceği gibi, ağrı kontrolünde fazla ilaç kullanımı, meatusta anestezinin etkileri ve cerrahi ile ilişkili doku hasarı sonucu görülebilir .

4.4.4.Üriner Yol Enfeksiyonu

Üriner retansiyon, idrar sondası kullanımı, sıvı alımındaki azalma ve hareketsizlik üriner yol enfeksiyonu riskini artırır. Ayrıca uygun olmayan tuvalet hijyeni üriner yolun kontaminasyonunu sağlar. Uygun yıkama önden arkaya doğru yapılmalıdır.(9)

4.4.5.Kanama

Kadın pelvisindeki kan damarlarının aniden desteklenmesi histerektomi sonrası kanama riskini artırır. Bunun yanında 4, 9, 14, 21. günlerde dikişler eriyebileceği için kanama riski artar. Hipovolemi riskinden dolayı şok tablosu erken dönemde tanılanarak oluşumu engellenir. Ameliyat sonrası hasta insizyonel kanama ve vajinal kanama yönünden dikkat ile gözlenmelidir (9,68) .

4.4.6. Trombüs-Trombo Flebits-Emboli

Bacak ya da baldırda ağrı, etkilenen bölgede ödem, kırmızılık ve ateş, venöz dolaşımda bozulma, ateşte sistemik yükselme ve normal fonksiyonların kaybı trombüs ve tromboflebits belirtisidir. 40 yaş üzerindeki, fazla östrojen kullananlar, şişmanlar ve büyük pelvik organ ameliyatı geçirenlerde daha fazla görülür. Erken ambulasyon tromboflebit riskini azaltır (8,68).

4.4.7. Ağrı

Ameliyat sonrası insizyonel ağrı ilk 24–48 saatlerde fazladır. 48 saat sonra rahatsızlık veren gaz ağrısı başlar. Ağrı ortadan kaldırıldığında hastanın rahatı artar, iyileşme hızlanır. Distansiyonu oluşumunu engelleyici önlemler alınır, erken ayağa kaldırılır, solunum egzersizi, pozisyon değişikliği gibi nonfarmakolojik yöntemler

alınır. Hastanın erken ayağa kaldırılması ve sık sık mobilize edilmesi ağrı ile baş etmede önemlidir. Hastanın sık mobilizasyonu dolaşım ve boşaltım sistemine ait oluşabilecek komplikasyonları da azaltır. Ameliyat sonrası fazla miktarda ağrı kesici kullanımı bağırsak hareketlerini azaltarak rahatsızlığı artırır (9,68).

1.4.8. Yara Enfeksiyonu

Abdominal histerektomilerin %4–6 sından sonra yara enfeksiyonları görülür. Yara enfeksiyonunu azalttığı düşünülen önlemler, ameliyat öncesi duş alma, kıl traş etmeme, eğer gerekiyorsa kılların ameliyathanede cımbızla alınması, yapışan sargıların ve profilaktik antibiyotik kullanılması ve geciktirilmiş primer kapamadır (68).

1.4.9.Fallop Tüpünün Prolapsusu

Fallop tüpünün histerektomi sonrası sarması nadir bir olaydır ve çoğunlukla vagen tepesindeki granülasyon dokusuyla karıştırılır. Fallop tüpünün prolapsusunu hazırlayıcı faktörler arasında hematoma gelişimi ve vajinal apekte apse oluşumu vardır(26)

Sonuç olarak abdominal histerektomide 1.7 kat daha fazla komplikasyon görülmektedir. Genel olarak mortalite 1–2/1000 civarındadır. Abdominal histerektomideki morbidite yüksekliği sadece işlemde değil abdominal histerektominin daha kompleks olgularda tercih edilmesinden de kaynaklanmaktadır .

1.5. Histerektomi Ameliyatı Sonrası Görülen Psikolojik Problemler

Histerektomi kadınlarda emosyonel rahatsızlığa yol açan bir cerrahi prosedürdür. Birçok hasta için histerektomiye gidiş kararı çok ani olabilir. Hastalar anestezinin cerrahinin potansiyel riskleriyle karşılaşır ve eğer kadın menopoz öncesi dönemde ise menstruasyonun ve üreme yetisinin kaybıyla da buna adapte olmak zorunda kalır (62).

Genel olarak beklenenden erken menopoz, sağlıklı bir organın çıkarılması düşünceleri olumsuz bakış açısını ortaya çıkarmaktadır(37). Ameliyat ve komplikasyonlarından korkmak, ağrı, beden imgesi değişikliği, yaşlanma, doğum yapamama ve kadınsılığın azalması düşünceleri histerektominin olumsuz algılanmasına yol açar. Ameliyattan önce uzun gecikmeler ve ameliyattan önce çok az zaman verilmesi gibi her iki durum da hastanın anksiyetesini artırmaktadır. Bu problemin aşılması için hastaların ameliyatları birkaç hafta önceden planlanmalıdır.

Çalışma isteğinde azalma, dikkat dağılması, unutkanlık, entelektüel başarıda azalma, yaşlanma korkusu, hırçınlık, uykusuzluk gibi değişimler görülebilir .

Zayıf cinsel kimlik, daha önce depresyon geçirme, ailede mental hastalık veya depresyon, 35 yaştan küçük olma, çocuk isteme, seksüel çekiciliği kaybetme korkusu, eşinin negatif tutumu ve mesleğinin olmamasının yanında(23,61). Kimlik yapısının, kültürün, inanışların ve çevresel şartların histerektomi sonrası psikolojik problemlerin görülmesinde rolü vardır (2,60) .

Histerektomi sonrası cerrahi menopozda östrojen eksikliğine bağlı ateş basmaları, terlemeler, uykusuzluk, disparoni gibi problemler psikolojik problemlere zemin hazırlar. Hastanın daha önceki kayıplara (bir aile üyesinin ölmesi) tepkisi hastanın histerektomi sonrası tepkisini de belirlemektedir(68).

Cerrahi menopozun anksiyete, depresyon gibi psikolojik belirtiler ve cinsel yaşam üzerinde daha fazla yan etkiye yol açtığı ve belirtilerinin daha fazla yaşandığı bildirilmiştir (68).

Birçok kadının ilgilendiği nokta ameliyatın hastanın dişiliğini kaybetmesine, cinsel doyumu azaltmasına ve kocası ile arasındaki kişisel problemlerin artmasına neden olup olmayacağıdır. Kadın kendisi için önemli olan uterusunu kaybettiğinde matem tutmaya gereksinim duyar. Ameliyata hazırlık uygun bir biçimde yapılmamışsa bu daha yoğun yaşanır (54).

Depresyonun en önemli nedenlerinden biri histerektomi sonrası östrojen eksikliğidir.(18,27) Östrojen eksikliğinde, serotonin ön planda olmak üzere, dopamin, norepinefrin, GABA, B-endorfin seviyelerinde azalma olur. Serotoninerjik sistem depresyonun oluşmasında, mood değişikliğinde, uykusuzlukta, sexual faaliyet bozukluğunda önemli rol oynar (9).

Östrojenler kadınların verbal yeteneklerini, algı hızını ve ince motor becerilerini etkileyen dentrit gelişimi ve sinaptik bağlantı üzerinde pozitif etki göstermektedir. Östrojen eksikliği ile oluşan asetil kolin bellek disfonksiyonuna ve hafıza kaybına neden olmaktadır. Sherwin total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo ooferektomi yapılan hastalarda 3 ay önce ve sonra inceleme yapmıştır. Östrojen alanların yeni öğrenilmiş verbal materyali hatırlamayı artırdığı, verbal hafıza üzerine pozitif etkileri olduğunu göstermişlerdir (36).

Psikişik bozuklukların temelinde de yine östrojen eksikliği yatmaktadır. Östrojenler yaptıkları vazodilatasyon ile beyine giden kan akımını artırarak, hem nöronların gelişim ve onarımına büyük katkılar sağlamakta, hem de nöro psikolojik bulguların ortaya çıkmasını engellemektedir (36). Fiziksel durum veya jinekolojik ameliyatlarda hastalığın yarattığı endişe ve genel olarak ameliyata ilişkin yaşanan korku ve kaygılar da yoğun bir şekilde yaşanmaktadır.

Eti'nin çalışmasında ameliyat öncesi ve sonrası hastalarının depresyonları incelenmiş, deney grubunda depresyon puan ortalamaları arasındaki farkın ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır (23).

Antonelli ve arkadaşları 1990 yılında İstanbul'da sundukları bildiride, histerektomi uygulanmış 40 denegın durumu incelenmiş ve histerektomi sonrası ruhsal bozuklukların sınıflandırılmasında 23 denekte anksiyete, 13 denekte depresyon görülmüştür. Histerektomili hastalarda Turpin ve Heath tarafından yapılan çalışmalarda depresyon insidansı % 30 görülürken, hastaların % 7'sinin psikiyatriste gönderildiği belirtilmiştir (54).

Bu sonuçlardan da anlaşıldığı gibi histerektomi sonrası en sık karşılaşılan problem anksiyete ve depresyondur .

4.6. Histerektomi Ameliyatı Sonrası Cerrahi Menopoz

Menopoz, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) ilgili komitesinin önerdiği ve yaygın biçimde kabul görerek kullanılan tanıma göre; ovaryum aktivitesinin, yani yumurtalıklarla ilgili işlevselliğinin yitirilmesi sonucunda menstruasyonun kalıcı olarak sonlanmasıdır (5) .

Düzenli adet görmenin birçok kültürde doğurganlık ve dişiliğin göstergesi olması, bu toplumlardaki kadınların, menopozu kadınsılığın kaybı olarak değerlendirmesine yol açabilmektedir. Uterus üremenin sembolü olarak görülebilmekte ve gücü temsil etmektedir (4,21).

Menopoz deyimi fizyolojik bir dönemi belirlemekle birlikte, cerrahi girişim sonucunda histerektomi ve ooferektomi gibi radyoterapi ve kemoterapi etkisiyle iyatrojenik olarak da oluşan reproduktif fonksiyon kaybı için de kullanılmaktadır (4).

Menopoz öncesi dönemde, östrojen ve progesteron yapımının azalması sonucu menstruasyonlar düzensizleşir, siklus süresi kısalmaya başlar ve fertilité azalır, zaman içinde menopoz gerçekleşir(17,35). Ancak histerektomi ve bilateral ooferektomi(BSO) yapılan kadınlarda overlerinde alınmasıyla bu menopoz öncesi dönem yaşanmaz ve bu fonksiyonlar aniden kesilerek cerrahi menopoz gelişir (60,62). Bu fonksiyonların kesilmesi ile kadında ilk 24–72 saat içinde menopozun belirtileri görülmeye başlanır(71).

Menopoz, döneme özgü değişimlere uyum sağlanabildiğinde sorunsuz olarak atlatılabilmeye karşın, hormonal değişikliklerden kaynaklanan kardiovasküler hastalık, osteoporoz, ateroskleroz, psikiyatrik belirtiler, sıcak basmaları, gece terlemeleri, cinsel organlarda atrofik değişiklikler için yatkınlık oluşturmaktadır. Psikiyatrik belirtiler olarak anksiyete, depresyon, duygulanım bozukluğu, uykusuzluk, irritabilite gibi belirtilerin ortaya çıkması menopozal belirtilerin daha fazla hissedilmesine yol açabilmektedir. Menopoz döneminde görülen psikolojik değişiklikler fizyolojik nedenler yanında bireysel, kültürel, sosyal ve yaşa özgü etkenlerle de ilişkilidir (6,31).

Ülkemizde ve dünyada beklenen yaşam ümidinin yıllar içinde giderek artması (70 yaş üzeri) ve farklı ırk ve coğrafi değişiklik gösterse bile 40–50 yaş civarında menopoz görüleceği göz önünde bulundurulacak olursa günümüz kadının yaşam süresinin en az

1/3'ü menopo2 sonrası döneme denk gelecek demektir. Menopo2 sonrası dönem pek çok endokrinolojik nörobio2olojik ve psikolojik değişimlere gebedir (6,31).

Menopo2 döneminde yaşanan değişiklikler konusunda kadınlarımızın duygu ve düşüncelerini soruşturmak amacıyla yapılan bir çalışmada büyük çoğunluğun, menopo2 sonucunda erkeklerin kadınlardaki çekiciliği ya da önemi kaybedeceği düşüncesini aksettirmesi, büyük olasılıkla kadınların kendi korkusu olup, psikolojik projeksiyon mekanizması ile kendi düşünce ya da korkularını, erkeklerin böyle düşüneneği şeklinde ifade etmiş olmasından kaynaklanmaktadır (46).

Kadının menopo2 sonrası statüsünün yükseldiği kabul edilen Basuto, Heso, Ibo, Homa ve Fas yerlilerinde belirtiler ve davranışlar çok farklıdır. Batılı ülkelerde ise İtalya, Almanya ve Amerika'da kadınlar bu dönemi yaşlılıkta dönüm noktası ve daha negatif bir süreç olarak algılar. Kuzey Tayland Meo'lan gibi az sayıdaki kültürlerde ise bu dönem kutlamalarla karşılanır ve kadına ayrıcalıklar getirir (24).

4.7.Histerektomi Ameliyatının Cinsellik Üzerine Etkisi

Cinsellik, deneyime bağlı olarak bazen hoş, keyifli, romantik, sıcak bir yakınlaşma, bazen bir zorunluluk dolayısıyla da çekince ve tikslenme kaynağı olarak yaşanır. İnsan davranışı ve cinselliği bedensel, psikolojik ve sosyal koşullardan etkilenir. Cinsellik denilince ilk akla gelen iki kişinin sevişmesidir, oysa cinsellik çok boyutludur (15).

Yaklaşık bir asır önce Freud kadın cinselliğini "ruhun karanlık kıtası" olarak adlandırmıştır. Şimdi 100 yıl sonra kadın cinselliği hala karmaşık ve az anlaşılmış bir konudur (15).

Bireyi biyolojik, ruhsal ve sosyal yönden etkileyebilen bütün fiziksel hastalıklar ve ameliyatlar bireylerin yaşamlarını olumsuz yönde etkileyerek, bireyin beden bütünlüğünü ve beden imgesini bozarak yaşamının cinsel boyutunu da etkileyebilmektedir (44).

Histerektomiden sonra meydana gelen anatomik ve hormonal değişimler bazı kadınlarda cinsel istek azlığı, konversiyon reaksiyonu ve psikotik reaksiyonlara neden olabilmektedir .

Pek çok kadın histerektomi ameliyatını doğrudan cinsel kimliğine tehdit olarak algılamaktadır. Histerektomi sonrası gelişen infertilite, suçluluk, çaresizlik, kızgınlık, inkâr, yetersizlik duygularının yaşanmasına ve depresyona neden olabilmektedir. Ayrıca

birçok kadın ve eşi, uterus ile cinsellik ve hormon üretimini birbiriyle doğrudan ilişkili olarak düşünmektedir (35,74).

Ameliyata atfedilen olumsuz anlamlar ve ameliyattan sonraki olumsuz beklentiler kadınların ruhsal tepkilerini olumsuz etkilemektedir (73). Uterusa atfedilen anlamlar nedeniyle, uterusun alınması durumunda kadının bu olayı algılayışı ve ameliyattan beklentileri de sonucu etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Çünkü histerektomi bazı kadınlar tarafından habis hastalık gelişimine karşı koruyucu, istenmeyen gebeliği engelleyici, cinsel serbestliği artırıcı, ağrılı menstruasyon dönemlerinden kurtarıcı bir uygulama olarak görülürken, bazıları için kadınlığın, üretkenliğin ve cinselliğin kaybı olarak görülebilmektedir (23,28,52).

Kadınların cinsellikle ilgili yaşadıkları korkuların temelinde; kadınlık algılarının değişeceği, kiloda artma olacağı, ruhsal çöküntü yaşayacağı, cinsel isteğin azalacağı, daha hızlı yaşlanacağı, cinsel çekiciliğini kaybedeceği gibi endişelerin yanında, eşlerinin kendilerinden hastalık kapabileceği gibi yanlış duyular ve düşünceler de yatabilmektedir. Hatta bazı kadınlar ameliyatla yanlışlıkla vajenin kaldırılacağına ve dikileceğine inanmakta ve böylece cinsel fonksiyonlarını tamamen yitireceklerini düşünebilmektedirler. Çoğu kadın menstrual periyoda ilişkin birçok sorun yaşamasına rağmen sağlıklı olmak için menstruasyonun sürdürülmesi gerektiğine inanmaktadır (41,52,74). Histerektomi sonrası kadının ihtiyacı olan desteğin sağlanamaması durumunda histerektominin, seksüel sorunlar yanında, bazı psikiyatrik bozukluklara sebep olabileceği de belirtilmektedir (53,73).

Histerektomi ameliyatlarında, özellikle yumurtalıkların da alındığı durumlarda, kadınlarda hormonal kayıp nedeniyle libidoda azalma oluşmakta ve kadınlar eşleri tarafından kabul edilmeme kaygısını yoğun yaşamaktadırlar (10).

Kadında seksüel arzuyu ve seksüel uyarıya cevabı artıran cinsel arzunun en önemli uyarıcı faktörü androjendir. Kadında androjenlerin temel kaynağı overlerdir (42).

Gençliğin sembolü olarak görülen overlerin çıkarılması androjen üretiminin aniden azalmasına yol açarak cinsel istek, uyarılma, cinsel ilişki sıklığı, cinsel doyum ve orgazmın azalmasına neden olabilmektedir (38).

Düşük östrojen seviyesinin en sık nedeni doğal ve cerrahi menopozdur. Östrojen seviyesinin azalması cinsel fonksiyona ait yakınmalarla yüksek oranda korelasyon

gösterir. Azalmış cinsel istek, azalmış cinsel cevap, azalmış genital duyarlılık, azalmış orgazm ve artmış dispareunia eşlik eder (73).

Östrojenin azalması ter bezlerinin fonksiyon kaybına ve dolayısıyla “kadın kokusu” adı verilen duyunun azalmasına neden olur. Ayrıca mukozal yapının karakterinide zayıflatarak dudakların kurummasına sebep olur ve seksüel açıdan öpüşmeye bağlı haz alma duyusu azalır. Aynı zamanda vazomotor semptomlar uyku düzensizlikleri gibi semptomlar da östrojen azalmasına bağlı olup seksüel yaşamı dolaylı yoldan etkileyen nedenler arasındadır (53).

Vajinanın yapısı ve fonksiyonunu düzenleyen östrojenin azalması ile yanma, kuruluk, Ph'nin yükselmesi ve floranın bozulması ile ortaya çıkan akıntı ve infeksiyonlar, dispareuniye ve dolayısıyla kadının seksüel ilişkiden kaçınmasına yol açar (41).

Histerektomi sonrası cinsel cevap siklusunda da bir takım değişiklikler görülmektedir; Cinsel cevap siklusundan biri olan uyarılma fazında, kadında cinsel cevabın ilk belirtisi vajinal lubrikasyondur. Genellikle cinsel uyarıdan 10–30 sn sonra başlar. Vazokonjesyon ile karakterize olan uyarılma döneminde klitoris ereksiyonu, labia minör ve majörlerde dolgunluk, ateş basması, memelerde dolgunluk ve uterusun pelviste yükselmesi gibi durumlar görülür. Genital değişikliklerin yanı sıra kan basıncında, kalp atış hızında ve solunum sayısında artma gözlenir. Histerektomi sonrası ise uyarılma fazında uterus alındığı için uterus yükselmez, serviksin skar dokuları esnemez, vajinal kayganlık östrojen seviyesi ile ilişkili azalır. Normal kadında 10–30 sn de gerçekleşen lubrikasyon, TAH-BSO yapılan kadında 2–5 dakika sürebilir. İtme sırasında klitoris uyarılması azalır. Bu durumu önlemek için hasta ve eşine ön sevişmenin uzatılması önerilir.(13,35,71).

Plato fazında; uyarılma döneminde başlamış olan vazokonjesyon bu dönemde maksimuma ulaşır. Bu aşamada vajinanın 2/3 'lük üst kısmı balonlaşır, üst kısmı yukarıya doğru çekilir. Klitoris dikleşir ve yassılaşır. Histerektomi sonrası ise, plato fazında vajinal basınç azalmıştır(13).

Orgazm fazında; kadında karın ve perine kaslarında istemli ve istem dışı ritmik kontraksiyonlar oluşur. Perine ve vaginayı kapsayan güçlü kontraksiyonların başlamasıyla serviks ve uterus da etkilenir. Yayılan kasılmalar uterusu doğum sırasında oluşan kontraksiyonlara eş değer bir yoğunluğa kadar ulaşabilir. Uterus kontraksiyonlarının şiddeti orgazm şiddeti ile paraleldir. Histerektomide ise kadın daha

az gerilim hisseder, ağrı olabilir. Orgazm sırasında uterusda oluşan ritmik uyarıların olmaması ve vajinanın esnekliğini kaybetmesine bağlı vajina basıncında azalma orgazm yeteneğini etkileyebilir ve orgazm şiddetini azaltabilir. Bu basınç eksikliğini azaltmak için hastaya kegel egzersizleri önerilir(13,71).

Çözülme fazında ise; tüm genital ve ekstragenital değişikliklerin uyarı öncesi durumuna dönüşmesidir. Bu normal düzeye dönüş orgazm sonrasında süratle oluşur. Orgazm olamama durumunda bu değişikliklerin normale dönmesi saatler sürebilir. Histerektomi ameliyatı geçiren kadında orgazm sonrası çözülme çok çok hızlı olur(3,63,73). Eğer iyileşme olmadan önce cinsel ilişki olursa vajinanın üst kısmında kanama görülür.

Hastaların 6-8 hafta sonra cinsel ilişkiye girmeleri mümkündür. Bu zaman dokuların iyileşmesi için uygundur. Ameliyattan iki hafta sonra kadın cinsel ilişki olmaksızın klitoral orgazm tecrübeliyebilir(42).

Histerektomi Sonrası Bilgi Gereksinimi

Histerektomi ameliyatı planlanan kadınlara, değer ve gereksinimlerine uygun bakım verildiği, tedaviye ilişkin doğru ve gerçekçi bilgi verilerek, yeterli destek sağlandığı zaman histerektomi deneyiminin pozitif olduğu ve yaşam kalitesinin artırdığı, bunlar karşılanmadığı zaman histerektomiye olumsuz deneyimledikleri belirten çalışmalar bulunmaktadır.

Cinsellik ülkemizde son derece zorlu bir konudur. Zorluğu, çelişkilerle dolu bir alan olmasından kaynaklanmaktadır. Hem en çok merak edilen hem de en çok yasaklanan, hem en çok konuşulan hem de aslında hiç konuşulmayan, çok bilindiği iddia edilen ama aslında çok az bilinen, bir yanda övülen diğer yanda ise aslında çok utanılan bir konudur. Dahası, iyimser rakamlara göre her dört erişkinden birinin, kötümser rakamlara göre ise toplumun neredeyse yarısından fazlasının sorun yaşadığı bir alandır(15).

Histerektomi ameliyatı olan kadınlar üzerinde yapılan araştırmalarda; histerektomi öncesi ve sonrası kadınların histerektominin fiziksel etkileri, vücut bölümlerinin anatomisi, iyileşme döneminde karşılaşılabileceği sorunlar, kullanılan cerrahi teknikler, cerrahinin etkileri, psikolojik etkileri, seksüel etkileri, kadınlık rolüne etkileri ile ilgili konularda bilgi almak istediklerini belirtilmektedir Neefus ve Taylor(1982).

histerektominin daha çok stres ve depresyona sebep olduğu, ameliyat öncesi yaşadıkları yoğun problemlerden, ameliyat sonrası kurtulmayı beklediklerini ve ne olacağını bilememe kaygısıyla ameliyat öncesi dönemde duyuşsal ve bilişsel bilgiye ve desteğe gereksinimleri olduğunu belirtilmiştir (Kinnick ve Leners (1995) ve Lalinec – Michaud ve Engelsmann'ın (1998), Owen's ve Hutelmeyer(1992)(56). Ayrıca histerektomili hastaların gereksinim duydukları bu bilgileri, hastaneye yatmadan önce almak istedikleri, yattıktan sonra da danışmanlığın sürdürülmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Fakat kadınlar ameliyattan sonra vücutlarında ortaya çıkabilecek değişikliklerin neler olacağını öğrenmek istemelerine karşın; sağlık personelinin hastaya verilecek bilgilere ameliyat öncesi öncelik tanımadığı, net ve açık olmayan mesajlar verdiği, gerekli bilgilerin çoğunlukla verilmediği de saptanmıştır(10,27,48,57).

Histerektomide Danışmanlık Hizmetlerinin Önemi ve Hemşirenin Rolü

Histerektomi majör bir ameliyattır. Hastanın ameliyat öncesi fiziksel hazırlığı ve ameliyat sonrası bakımı hastada gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi açısından son derece önemlidir.

Uterus cinsel bir organ olmasına ve hem uyarılma hem de orgazmda rol oynamasına rağmen, histerektomiye ilişkin hasta eğitimi sıklıkla pre ve post operatif kaygılar üzerine odaklanmakta ancak, operasyonun cinsel sonuçları hakkında çok az bilgi verilmektedir(1).

Histerektomi ameliyatı yapılan kadınlar uterusun alınmasından sonra vücutlarında ne gibi değişikliklerin olacağını anlayamazlar. Bunu cinsel kimliğinin kaybı olarak görebilir, cinsel aktivitesini ve kadınlığını yitireceğinden, eşiyle ilişkilerinin bozulacağından korkar. Bu nedenle hastaya uygulanan hemşirelik yaklaşımının destekleyici olması ve hastayı psikolojik olarak hazırlaması çok önemlidir.

Kadınların en çok merak ettikleri konular arasında, üreme sisteminin anatomisi, histerektomi ile birlikte meydana gelen fiziksel, emosyonel ve seksüel değişimler, hormon replasman tedavisinin çeşitleri, yarar ve riskleri ve bu tedavi ile ilişkili sıcak basması, kilo alma, depresyon gibi semptomlarla başa çıkma yöntemlerini ile ilgili konuları kapsamalıdır (22,70).

Ameliyat öncesi ve sonrası yanlış inanışları ortadan kaldırmak, cinsel problemleri azaltmak ve çiftlerin yaşam kalitesini artırmak için nitelikli bir açıklama yapmak son

derecede önemlidir(13). Bazı kadınlar sağlık bakımını veren ekip ile seksüel konuları tartışıp tartışmamakta tereddüt yaşamaktadır. Ayrıca histerektomiye ilişkin yoğun stres ya da anksiyete yaşayan kadın sadece sınırlı bilgiyi alabilir. Bakım verenler de hastalarla seksüel konuları tartışmaktan utanıp, rahatsız olabilmektedir(11,74). Hemşirenin bu konuda uygulayıcı, destekleyici, danışman ve eğitici rolleri vardır. En önemli görev hastaya doğru ve gerçekçi açıklamalar yapmaktır.

Operasyon öncesi dönemde, hasta için özellikle durumuna ilişkin bilgi edinme ve güven içinde olma gereksinimi öncelik taşımaktadır. Hastanın bilgisi ve ruhsal olarak operasyona kendini hazır hissetmesi, operasyon sonrası uyumunu ve iyileşmesini önemli ölçüde etkilemektedir(16).

Yapılan bir araştırmada, kadınların %38'inin histerektomiye ilişkin yetersiz bilgiye sahip oldukları, doktor ve hemşirelerin bu gereksinimi karşılayamadıkları, bu bilgileri komşu ve arkadaşlarından almaya çalıştıklarını, kitap, makale veya internette bulduklarını ortaya koymuştur(70). Buna karşın yapılan başka bir araştırmada ise, kadınların hemen hemen yarısının histerektominin seksüalite üzerine etkilerine ilişkin konuşmayı ısrarla hemşirenin başlatmasını istedikleri saptanmıştır(56).

Histerektomili kadına bakım verirken, hemşirenin rolü, kadının anksiyete ve korkularının ifade edilmesini sağlamak, histerektomiye ilişkin mitleri ve hatalı yorumları düzeltmek, kesin ve açıklayıcı bilgiler vermektir(62,74). Terapötik dinleme ve emosyonel destek, durumu daha az travmatik hale getirmeye yardımcı olacaktır.

Hemşire,histerektominin sağlık üzerine getireceği yarar ve risklerin yanı sıra kişinin dış görünümü, cinselliği ve duygusal durumu üzerine yapacağı etkileri de tartışmalıdır. Empatik bir dinleme tekniği kadına psikolojik destek sağlar. Bir çok kadın jinekolojik müdahaleler konusunda histerektomi (ooferektomi olmaksızın) ile menopozun başlayacağı, histerektomi ile cinsel yaşantının son bulacağı, üreme organlarının çıkarılmasının "kadınlığın kaybı" anlamına geleceği, tek bir overin alınmasının sterilizeye neden olacağı gibi yanlış bilgi sahibidir. Kadının teşhisine ve tedavisine ilişkin bu gibi yanlış bilgileri varsa düzeltilmelidir(16,62,65).

Bazı kadınlar kendilerince sebeplerden dolayı abdominal ya da vajinal histerektomi olmak isterler fakat bunu doktorlarıyla paylaşmak istemezler. Bu gibi durumlarda hemşire hasta ile doktor arasında iletişim kurmada yardımcı olabilir.

Hastanede veya birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan tüm hemşireler için, hastanın evde yaşayacağı süreç ve hangi bilgilere gereksinim duyacağını bilmesi, bakım planı hazırlarken kişisel farklılıkları göz önünde tutması hayati önem taşır. Yurt dışındaki bazı hastaneler, histerektomi uygulanacak kişileri bir araya getirerek, histerektomiden sonra da buluşmaya olanak sağlayan gruplar organize etmektedir. Aynı zamanda ulusal “Histerektomi destek grubu” bulunmaktadır. Klinisyen hemşireler, hastaların ihtiyaçlarını karşılayabilecek kk destek grupları geliştirebilirler.(62,72).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Araştırma, histerektomi ameliyatı yapılan hastalara ameliyat sonrası cinsel yaşamlarında oluşabilecek sorunlar ve çözüm önerilerine yönelik ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hemşire tarafından verilen danışmanlık hizmetinin cinsel sorunlara etkisini saptamak amacıyla tanımlayıcı ve ön test-son test karşılaştırmalı araştırma tipine göre düzenlendi.

5.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma İstanbul ilinde Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirildi. Araştırmanın yapılacağı yer olarak bu hastanenin seçilmesinde amaç, histerektomi vaka sayısının yeterli sayıda olması, ekip üyeleri ile işbirliğinin sağlanması etken oldu.

5.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, 13.04.2009 tarihleri arasında kadın doğum kliniğine yatan hastalar oluşturdu.

Örneklemini, evrende açıklanan grup içinden araştırmaya alınma kriterlerine uygun olan ve evreni temsil etme yeterliliğine sahip histerektomi yapılan 30'u deney 30'u kontrol grubu olmak üzere toplam 60 hasta oluşturdu.

5.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veri toplamada “Bilgi Formu” (Ek 1), “Cinsel Öykü Formu”(Ek 2) ve FSFI (Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi) (EK3) kullanıldı.

5.4.1. Bilgi Formu: Literatür doğrultusunda hazırlanan ve uzman görüşüne sunulup gerekli düzenlemeler yapılarak oluşturulan bilgi formu 12 sorudan oluşmaktadır. Bu form hastaya ait demografik özellikler (yaş, eğitim düzeyi, medeni durumu), tıbbi tanısı, planlanan operasyon gibi tıbbi bilgileri elde etmek amacı ile uygulandı (**Ek1**)

5.4.2.Cinsel Öykü Formu : Histerektomi yapılan kadınların, ameliyat öncesi yaşadıkları ve ameliyattan sonra görülebilecek cinsel problemlere (cinsel ilişki sırasında ağrı, kanama,zorlanma,vajinal kuruluk) ilişkin sorular bulunmaktadır(**EK2**) .

5.4.3. IFSF (Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi)

Cinsel sorgulama formları; kadın cinsel fonksiyonlarının araştırılması ve değerlendirilmesinde en yaygın kullanılan ve kullanımı kolay olan tanı araçlarıdır. Bunlar arasında en sık kullanılanlardan biri olan Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama indeksi (Index of Female Sexual Function – IFSF) 1999 yılında Kaplan, Reis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. IFSF 9 sorudan oluşmaktadır. Her bir soru ile kadının son 4 haftadaki cinsel fonksiyon durumu sorgulanmaktadır. Bu form ile cinsel ilişkinin; istek, uyarılma, orgazm ve ağrı alanları araştırılmaktadır. Her bir sorunun 1-5/6 maddesi olup, 1’den 5/6’ya kadar puanlandırılmaktadır. Total puan 49’ dur.

IFSF ‘nın geçerlilik-güvenirlilik çalışması, Yılmaz tarafından 2002 yılında İstanbul ili Anadolu yakasında bulunan S.B. Beykoz Devlet Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğinde gerçekleştirilmiştir.

IFSF’nin güvenilirliği için iç tutarlılığı sınanmış, bunun için en yaygın kullanılan Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Geçerliliği için de Varimax Rotation Faktör Analizi kullanılmıştır.

Yapılan faktör analizinde IFSF’ nin 3 alt boyutta toplandığı görülmüştür.

Faktör analizi sonucu oluşan 3 alt boyutta; Faktör 1’deki maddeler ki bunlar IFSF’ nin cinsel doyumla ilgili 6.7.8. sorularıdır ve “cinsel doyum” alt boyutunu oluşturmuştur. Faktör 2’deki maddeler de 3, 4, 5. ve 9. soruları kapsamış ve “cinsel ilişki sıklığı / libido” alt boyutunu, faktör 3’deki maddeler de 1. ve 2. sorulardan oluşmuş ve “cinsel ilişkide rahatsızlık” alt boyutunu oluşturmuştur.

Cinsel ilişkinin istek, uyarılma, orgazm ve ağrı alanlarının araştırılmasına olanak sağladığını belirtilen IFSF’in geçerliliği için yapılan faktör analizi sonucunda, elde edilen 3 alt boyutta, kadın cinsel fonksiyonunun “cinsel doyum”, “cinsel ilişki sıklığı / libido”, “cinsel ilişkide rahatsızlık” alanlarının incelenmesine olanak sağladığı geçerlilik çalışması sonucuyla da belirlenmiştir (**EK3**).

5.5. VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Hastaların, uzun süre devam eden kanamaları, ağrı vb. nedenlerle kliniğe muayene olduktan sonra gerekli rutin tetkikler istenerek (biyokimya, akciğer grafisi, EKG) sabah 08.00 de servise yatışları yapılmaktadır. Bir gün sonra da operasyona

alınmaktadır. Ameliyata gideceği saat ve devamındaki beş gün boyunca antibiyotik tedavisi uygulanır. Histerektomi sonrası ateş, apse, gibi herhangi bir komplikasyon görülmediği sürece hastalar beş altı gün içerisinde taburcu edilir. Altı hafta sonra kontrole gelmeleri istenir.

Hastaların kliniğe ilk yattıkları gün 18:00-19:00 saatleri arasında hemşirelik danışmanlığının içerik ve amacı konusunda kısa bir açıklama yapıp, hasta onayı alındıktan sonra “Bilgi Formu”,”Cinsel Öykü Formu”,”IFSF Ölçeği” uygulandı. Daha sonra kliniğinin seminer salonunda, barkovizyon ile eğitim verildi. Gündüz yoğun temponun olması, öğlen yemek saati ve ziyaretçi saatleri verilerin toplanmasını engelleyeceği düşünülerek veriler akşam yemek saatinden sonra 18.00- 19.00 arasında toplanması uygun görüldü.

DANIŞMANLIK EĞİTİMİNDE YAPILAN GÖRÜŞMELER VE KONULAR

| | |
|---|--|
| Servise yattığı gün | <ul style="list-style-type: none">-Servisi tanıtmaya, servis rutinlerine ilişkin bilgi-Tanısına yönelik bilgi-Bilgi formu (Ek 1) |
| Servise yattığı günün akşamı (ameliyat öncesi akşam) | <ul style="list-style-type: none">*Çalışmanın amacı*Kadın üreme organı ve histerektomi ameliyatına yönelik eğitim*Ameliyat öncesi rutinlere ilişkin eğitim*Ameliyat öncesi iyileştirmeyi hızlandırıcı uygulamalara yönelik eğitim*Ameliyattan sonra yapılacak uygulamalara yönelik eğitim*Cinsel öykü formu(pre-test)*FSFI cinsel doyum ölçeği(pre-test) |
| Ameliyatın 1.2. günü | <ul style="list-style-type: none">*Ameliyat sonrası yapılacak hemşirelik uygulamalarının desteklenmesi |

Ameliyatın 3. ve 4. günü

*Taburcu olduktan sonra günlük yaşam aktivitelerine yönelik eğitim

*Taburcu olduktan sonra karşılaşılabilecek sorunlar ve çözümüne yönelik eğitim

*Yazılı materyal verme

Taburculuğun 3.ayı

*Bilgi formu

*Cinsel öykü formu

*FSFI cinsel doyum ölçeği

AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI UYGULANAN DANIŞMANLIK HİZMET MODELİNİN ÖĞRETİM PLANI

(Servise Yattığı Gün Barkovizyon ve Anlatma Yöntemi İle)

—Kadın Genital Organları

* İç genital organların vücutta bulunduğu yerler

*Dış genital organların vücutta bulunduğu yerler

-Histerektomi

*Histerektomi'nin tanımı

*Histerektomi nin endikasyonları

*Histerektomi tipleri

*Histerektomi yolları

TABURCULUK ÖNCESİ

—Histerektomi Sonrası Görülebilecek Cinsel Sorunlar ve Önlemleri

—Cerrahi Menopoz Sonrası HRT Tedavisi

*HRT' nin cinsellik üzerine etkileri

*HRT yerine kullanılan bitkisel alternatifler

—Kegel Egzersizi

- *Kegel egzersizinin önemi,
- *Kegel egzersizinin uygulanış şekli
- * Kegel egzersizinin cinsellik üzerindeki etkisi

-Taburculuk Sonrası

- *Yapması gereken ve uygun olmayan günlük yaşam aktiviteleri
- *Doktora başvurmasını gerektiren durumlar

Kontrol grubundaki hastalar, kadın doğum kliniğine yatışları yapıldıktan sonra deney grubundaki hastalardan 2 ay önce uygulamaya alındı. Kliniğe yattığı günün akşamı “Bilgi Formu” ,“Cinsel Öykü Formu” ve FSFI ölçeği uygulanarak hastalara araştırmacı tarafından herhangi bir danışmanlık hizmeti verilmedi, hastalar kadın doğum kliniğinin normal işleyişine bırakıldı. Kontrole geldikler gün “Cinsel Öykü Formu” ve FSFI ölçeği tekrarlandı. Etik açıdan uygun görülerek kontrol grubuna da çalışma sonrası eğitim verildi.

Deney grubundaki hastalar ise kadın doğum kliniğine yatışları yapıldıktan sonra 18:00-19:00 saatleri arasında seminer salonuna alınarak önceden hazırlanmış el kitapçığı(Ek 4) dağıtılarak, ameliyat öncesi ve sonrası yapması gereken iyileştirmeyi hızlandırıcı uygulamalara ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmeti verilerek, hastaların soruları yanıtlandı, “Bilgi Formu”,“Cinsel Öykü Formu” ve IFSF ölçeği uygulandı. Cinsel Öykü Formu ve IFSF ölçeği hastaların mahremiyetini sağlamak amacı ile oda da tek iken veya hastayla birlikte hemşire odasına gidilerek yüz yüze uygulandı.

5.6. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada istatistiksel analizler NCSS 2007 paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, sıklık dağılımları) yanı sıra eşlendirilmiş t testi, tek yönlü varyans analizi, bağımsız t testi, ki-kare testi, nitel verilerin tekrarlayan ölçümlerinde Mc Memar’s testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde,%95 lik güven aralığında değerlendirilmiştir.

5.7. ARAŞTIRMA SINIRLILIKLARI

- Hastaların pre-op günlerinin araştırmacının mesai saatine denk geldiği durumlarda servis hemşireliği ile tez çalışmasının birlikte yurütulme gúlüđü,
- Bazı hastalarla dil sorunundan dolayı iletişim gúlükleri
- Hastaların çeşitli nedenlerle operasyon zamanlarının ertelenmesi.

-Hasta Danışmanlıkları Sırasında Rastlanılan Hasta İfadeleri

Hastanın ifadesi;

“İimi bomboş hissediyorum”,“Artık erkek gibiyim”,“Hepsi temizlendi”,“ Cinsel ilişkide eşim hiç birşey hissetmeyecek”

Hasta eşinin ifadeleri;

“Her yeri dikip kapadımız mı”,“Benden farkın yok”,“Erkek ocuk istiyordum”,“Eve geldiğinde başka bir kadın görürsen şaşırma”

5.8.ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın gerçekleştirildiği Eğitim ve Araştırma Hastanesinin etik kurulu tarafından yazılı izin alındı(Ek 4).

6. BULGULAR

Histerektomi ameliyatı yapılan hastalara ameliyat öncesi ve sonrası verilen hemşirelik danışmanlık hizmetinin psikoseksüel sorunlar üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular dört ana başlıkta incelendi

6.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular

6.2. Hastaların jinekolojik,obstetrik öyküsüne ilişkin bulgular

6.3. Hastaların cinsel fonksiyonlarına yönelik bulgular

6.4. Hastaların ameliyat sonrası durumlarına ilişkin bulgular

6.1. HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 1:Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı(N:60)

| | | Deney | | Kontrol | | |
|-----------------|-------------------------|-------|------|---------|------|---------------|
| Yaş Grubu | ≤29 | 1 | 3,3 | 0 | 0,0 | |
| | 30-39 | 1 | 3,3 | 3 | 10,0 | |
| | 40-49 | 18 | 60,0 | 15 | 50,0 | |
| | 50-59 | 7 | 23,3 | 8 | 26,7 | $\chi^2:2,48$ |
| | ≥60 | 3 | 10,0 | 4 | 13,3 | p=0,648 |
| Eğitim Durumu | Okur Yazar Değil | 1 | 3,3 | 0 | 0,0 | |
| | Okur Yazar | 3 | 10,0 | 0 | 0,0 | |
| | İlkokul | 16 | 53,3 | 16 | 53,3 | |
| | Orta Okul/Lise | 6 | 20,0 | 10 | 33,3 | $\chi^2:5$ |
| | Üniversite | 4 | 13,3 | 4 | 13,3 | p=0,287 |
| Çalışma Durumu | Ev Kadını | 22 | 73,3 | 22 | 73,3 | |
| | Çalışıyor | 7 | 23,3 | 6 | 20,0 | $\chi^2:0,41$ |
| | Emekli | 1 | 3,3 | 2 | 6,7 | p=0,815 |
| Aylık Geliriniz | Gelir Gideri Karşılıyor | 21 | 70,0 | 21 | 70,0 | |
| | Gelir Giderden Fazla | 2 | 6,7 | 0 | 0,0 | $\chi^2:2,25$ |
| | Gelir Giderinden Az | 7 | 23,3 | 9 | 30,0 | p=0,325 |
| Medeni Durumu | Evli | 26 | 86,7 | 29 | 96,7 | |
| | Bekar | 1 | 3,3 | 1 | 3,3 | $\chi^2:3,16$ |
| | Dul | 3 | 10,0 | 0 | 0,0 | p=0,206 |
| Yaşayan Çocuk | Çocuğu Yok | 3 | 10,0 | 2 | 6,7 | |
| | Bir | 6 | 20,0 | 6 | 20,0 | |
| | İki | 10 | 33,3 | 11 | 36,7 | $\chi^2:0,25$ |
| | Üç ve Üstü | 11 | 36,7 | 11 | 36,7 | p=0,970 |

Çalışmada deney grubu hastaların % 60'ı 40-49 yaş aralığında % 53,3 'ü ilkököl mezunu, % 73,3'ü ev kadını ,% 70'inin gelir durumu iyi ,%86,7'si evli ve %36,7'si üç ve üzeri çocuk sahibidir.

Deney ve kontrol gruplarının yaş dağılımları, eğitim durumları, meslek dağılımları, aylık gelir, medeni durum,yaşayan çocuk dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

6.2. HASTALARIN JİNEKOLOJİK, OBSTETRİK ÖYKÜSÜNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 2: Hastaların Ameliyat Tipleri ve Endikasyonlarına Göre Dağılımları

| | | Deney Grubu | | Kontrol Grubu | | |
|-----------------------------|----------------------------|-------------|--------|---------------|--------|---------------|
| | | (N=30) | (N=30) | (N=30) | (N=30) | |
| | | n | % | n | % | |
| Yapılan Operasyon | TAHBSO | 19 | 63,3 | 21 | 70,0 | |
| | TAH | 7 | 23,3 | 5 | 16,7 | $\chi^2:0,43$ |
| | VAH | 4 | 13,3 | 4 | 13,3 | p=0,805 |
| Adet | Evet | 19 | 63,3 | 18 | 60,0 | $\chi^2:0,07$ |
| Görme Durumu | Hayır | 11 | 36,7 | 12 | 40,0 | p=0,791 |
| | 0-2 Yıl | 4 | 36,4 | 6 | 50,0 | |
| Menopozda Olma Durumu | 3-5yıl | 2 | 18,2 | 1 | 8,3 | |
| | 5-7yıl | 1 | 9,1 | 1 | 8,3 | $\chi^2:0,69$ |
| | 7yıl Ve Üstü | 4 | 36,4 | 4 | 33,3 | p=0,875 |
| Jinekolojik Ameliyat Durumu | Evet | 10 | 33,3 | 8 | 26,7 | $\chi^2:0,32$ |
| | Hayır | 20 | 66,7 | 22 | 73,3 | p=0,573 |
| Endikasyon | Adneksiyel Kitle | 6 | 20,0 | 4 | 13,3 | |
| | Myoma Uteri | 12 | 40,0 | 11 | 36,7 | |
| | Endometrial Polip | 1 | 3,3 | 7 | 23,3 | |
| | Diğer | 6 | 20,0 | 5 | 16,7 | $\chi^2:5,53$ |
| | Parsiyel Uterin Prolapsusu | 5 | 16,7 | 3 | 10,0 | p=0,237 |

Çalışmada deney grubu hastaların %63,3'ü TAH-BSO, %23,3'ü TAH ve %13,3'ü VAH'dır. % 63,3 'ü adet görmekte,%36,4'ü 0-2 ve 7 yıl ve üzeri menopozda , %66,7'i jinekolojik ameliyat geçirmiş ,% 40'ı myoma uteri endikasyonuna sahiptir.

Deney ve kontrol gruplarının yapılan operasyon,adet görme durumu,menopozda olma süresi,jinekolojik ameliyat durumu ve endikasyon dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Tablo 3: Deney Ve Kontrol Grubunda Cinsel İlişkide Bulunan Hastaların Ameliyat Öncesi Ve Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Cinsel Problemlere Göre Dağılımları

| | | | Deney Grubu | | Kontrol Grubu | | |
|--------------------------------------|------------------|-------|-------------|------|---------------|------|---------------|
| | | | n | % | n | % | |
| Cinsel Yaşantıdan Memnunluk | Ameliyat Öncesi | Evet | 24 | 80,0 | 22 | 73,3 | $\chi^2:0,37$ |
| | | Hayır | 6 | 20,0 | 8 | 26,7 | p=0,542 |
| | Ameliyat Sonrası | Evet | 26 | 86,7 | 23 | 76,7 | $\chi^2:0,44$ |
| | | Hayır | 4 | 13,3 | 7 | 23,3 | p=0,504 |
| Cinsel İstek Kaybı | Ameliyat Öncesi | Evet | 19 | 63,3 | 12 | 40,0 | $\chi^2:0,61$ |
| | | Hayır | 11 | 36,7 | 18 | 60,0 | p=0,436 |
| | Ameliyat Sonrası | Evet | 15 | 50,0 | 17 | 56,7 | $\chi^2:0,28$ |
| | | Hayır | 15 | 50,0 | 13 | 43,3 | p=0,598 |
| İlişki Sonrasında Ağrı | Ameliyat Öncesi | Evet | 12 | 40,0 | 9 | 30,0 | $\chi^2:0,66$ |
| | | Hayır | 18 | 60,0 | 21 | 70,0 | p=0,417 |
| | Ameliyat Sonrası | Evet | 6 | 20,0 | 5 | 16,7 | $\chi^2:0,11$ |
| | | Hayır | 24 | 80,0 | 25 | 83,3 | p=0,739 |
| Ağrıyla Başetme Yöntemi | Ameliyat Öncesi | Evet | 4 | 13,3 | 5 | 16,7 | $\chi^2:0,13$ |
| | | Hayır | 26 | 86,7 | 25 | 83,3 | p=0,718 |
| | Ameliyat Sonrası | Evet | 7 | 23,3 | 6 | 20,0 | $\chi^2:0,09$ |
| | | Hayır | 23 | 76,7 | 24 | 80,0 | p=0,754 |
| İlişki Sonrasında Kanama | Ameliyat Öncesi | Evet | 10 | 33,3 | 9 | 30,0 | $\chi^2:0,08$ |
| | | Hayır | 20 | 66,7 | 21 | 70,0 | p=0,781 |
| | Ameliyat Sonrası | Evet | 5 | 16,7 | 7 | 23,3 | $\chi^2:0,42$ |
| | | Hayır | 25 | 83,3 | 23 | 76,7 | p=0,519 |
| İlişkide Vajinada Darlık | Ameliyat Öncesi | Evet | 14 | 46,7 | 13 | 43,3 | $\chi^2:0,07$ |
| | | Hayır | 16 | 53,3 | 17 | 56,7 | p=0,795 |
| | Ameliyat Sonrası | Evet | 15 | 50,0 | 14 | 46,7 | $\chi^2:0,07$ |
| | | Hayır | 15 | 50,0 | 16 | 53,3 | p=0,796 |
| İlişkide Vajinada Kuruluk | Ameliyat Öncesi | Evet | 19 | 63,3 | 17 | 56,7 | $\chi^2:0,07$ |
| | | Hayır | 11 | 36,7 | 13 | 43,3 | p=0,795 |
| | Ameliyat Sonrası | Evet | 16 | 53,3 | 20 | 66,7 | $\chi^2:0,07$ |
| | | Hayır | 14 | 46,7 | 10 | 33,3 | p=0,787 |
| Vajinadaki Kurulukla Başetme Yöntemi | Ameliyat Öncesi | Evet | 5 | 16,7 | 6 | 20,0 | $\chi^2:0,01$ |
| | | Hayır | 25 | 83,3 | 24 | 80,0 | p=0,998 |
| | Ameliyat Sonrası | Evet | 7 | 23,3 | 5 | 16,7 | $\chi^2:0,42$ |
| | | Hayır | 23 | 76,7 | 25 | 83,3 | p=0,519 |
| İlişkide İdrar/Gaita Kaçırma | Ameliyat Öncesi | Evet | 9 | 30,0 | 12 | 40,0 | $\chi^2:0,66$ |
| | | Hayır | 21 | 70,0 | 18 | 60,0 | p=0,417 |
| | Ameliyat Sonrası | Evet | 8 | 26,7 | 6 | 20,0 | $\chi^2:0,37$ |
| | | Hayır | 22 | 73,3 | 24 | 80,0 | p=0,542 |
| İlişki Sırasında Vajinada Kaşınıtı | Ameliyat Öncesi | Evet | 15 | 50,0 | 16 | 53,3 | $\chi^2:0,07$ |
| | | Hayır | 15 | 50,0 | 14 | 46,7 | p=0,796 |
| | Ameliyat Sonrası | Evet | 17 | 56,7 | 17 | 56,7 | $\chi^2:0,11$ |
| | | Hayır | 13 | 43,3 | 13 | 43,3 | p=0,731 |

Deney ve kontrol gruplarının cinsel yaşantıdan memnurluk, cinsel istek kaybı, ilişki sonrasında ağrı, ağrıyla baş etme durumu, ilişki sonrasında kanama vajinada darlık ve kuruluk, kurulukla baş etme durumu, vajinada kaşıntı, idrar gaita kaçırma ve baş etme yöntemi ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

6.3. HASTALARIN CİNSEL FONKSİYONLARINA YÖNELİK BULGULAR

Tablo 4: Hastaların Cinselliğe Yönelik Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular

| | | Deney Grubu | | Kontrol Grubu | | | |
|--|------------------|-------------|------|---------------|------|-----------|---------------|
| | | n | % | n | % | | |
| "Rahim" in Ne İfade Ettiği | Ameliyat Öncesi | Cinsellik | 7 | 23,3 | 6 | 20,0 | |
| | | Doğurganlık | 13 | 43,3 | 11 | 36,7 | |
| | | Kadınlık | 4 | 13,3 | 5 | 16,7 | |
| | | Adet Görme | 0 | 0,0 | 2 | 6,7 | $\chi^2:2,35$ |
| | | Sağlıklılık | 6 | 20,0 | 6 | 20,0 | $p=0,671$ |
| | Ameliyat Sonrası | Cinsellik | 9 | 30,0 | 7 | 23,3 | |
| | | Doğurganlık | 8 | 26,7 | 7 | 23,3 | |
| | | Kadınlık | 5 | 16,7 | 3 | 10,0 | |
| | | Adet Görme | 0 | 0,0 | 1 | 3,3 | $\chi^2:2,61$ |
| | | Sağlıklılık | 8 | 26,7 | 12 | 40,0 | $p=0,624$ |
| "Rahim" in Çıkarılmasının Yaşamını Etkileme Durumu | Ameliyat Öncesi | Evet | 11 | 36,7 | 8 | 26,7 | $\chi^2:0,69$ |
| | Hayır | 19 | 63,3 | 22 | 73,3 | $p=0,405$ | |
| İletmekte Güçlük Çekilenen Sorunların Varlığı | Ameliyat Öncesi | Evet | 7 | 23,3 | 8 | 26,7 | $\chi^2:0,09$ |
| | Hayır | 23 | 76,7 | 22 | 73,3 | $p=0,765$ | |
| | Ameliyat Öncesi | Evet | 5 | 16,7 | 6 | 20,0 | $\chi^2:0,11$ |
| | Hayır | 25 | 83,3 | 24 | 80,0 | $p=0,739$ | |
| | Ameliyat Sonrası | Evet | 6 | 20,7 | 6 | 20,0 | $\chi^2:0,01$ |
| | Hayır | 23 | 79,3 | 24 | 80,0 | $p=0,948$ | |

Çalışmada ameliyat öncesi deney grubunun % 43,3 ‘ü rahimi doğurganlık olarak, ameliyat sonrası % 30’u da rahimi cinsellik olarak ifade etmektedir. Ameliyat sonrası deney grubunun % 76,7’si rahmin çıkarılmasının yaşamını etkilemeyeceğini düşünmekte,%83,3 ‘ü iletmede güçlük çektikleri sorunlarının olmadığını ifade etti

Deney ve kontrol gruplarının rahmin ne ifade ettiği,rahmin çıkarılmasının yaşamını etkileme durumu,iletmekte güçlük çekilen sorunların varlığı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

6.4. HASTALARIN AMELİYAT SONRASI DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 5:Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonlarına Yönelik Bulgular

| | | Deney Grubu | Kontrol Grubu | t | p |
|-----------------------------|------------------|---------------|---------------|-------|---------------|
| Cinsel Doyum | Ameliyat Öncesi | 6,63±2,17 | 7,47±2,86 | -1,27 | 0,209 |
| | Ameliyat Sonrası | 10,17±3,23 | 7,77±2,01 | 3,46 | 0,001 |
| | t | -6,42 | -0,76 | | |
| | p | 0,0001 | 0,451 | | |
| Cinsel İlişki Sıklığı | Ameliyat Öncesi | 5,67±1,35 | 6,13±1,55 | -1,25 | 0,218 |
| | Ameliyat Sonrası | 9,53±1,94 | 6,5±1,63 | 6,54 | 0,0001 |
| | t | -11,80 | -1,04 | | |
| | p | 0,0001 | 0,309 | | |
| Cinsel İlişkide Rahatsızlık | Ameliyat Öncesi | 4,1±1,97 | 4,5±1,46 | -0,89 | 0,375 |
| | Ameliyat Sonrası | 6,7±1,82 | 4,87±1,68 | 4,06 | 0,0001 |
| | t | -7,48 | -1,65 | | |
| | p | 0,0001 | 0,11 | | |
| IFSF Toplam | Ameliyat Öncesi | 16,4±3,58 | 18,1±4,04 | -1,73 | 0,09 |
| | Ameliyat Sonrası | 26,4±4,9 | 19,13±3,36 | 6,70 | 0,0001 |
| | t | -12,89 | -1,60 | | |
| | p | 0,0001 | 0,121 | | |

Deney ve kontrol gruplarının ameliyat öncesi cinsel doyum,cinsel ilişki sıklığı,cinsel ilişkide rahatsızlık,IFSF puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Deney grubunun ameliyat sonrası cinsel doyum,cinsel ilişki sıklığı,cinsel ilişkide rahatsızlık,IFSF puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Kontrol grubunun ameliyat sonrası cinsel doyum,cinsel ilişki sıklığı,cinsel ilişkide rahatsızlık,IFSF puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim bulunmadı.

Tablo 6: Deney Grubu Hastaların Ameliyat Tiplerine Göre Ameliyat Öncesi Ve Sonrası FSFI Puanlarının Karşılaştırılması

| Deney Grubu | | TAHBSO | TAH | VAH | F | p |
|----------------------|------------------|------------|------------|------------|------|-------|
| Cinsel | Ameliyat Öncesi | 6,53±2,06 | 7,29±2,98 | 6±0,82 | 0,49 | 0,618 |
| Doyum | Ameliyat Sonrası | 9,74±3,72 | 10,57±2,23 | 11,5±1,91 | 0,55 | 0,585 |
| Cinsel | Ameliyat Öncesi | 5,58±1,3 | 5,86±1,57 | 5,75±1,5 | 0,11 | 0,896 |
| İlişki Sıklığı | Ameliyat Sonrası | 9,42±1,87 | 10±2,45 | 9,25±1,71 | 0,26 | 0,771 |
| Cinsel | Ameliyat Öncesi | 4±2,13 | 4,29±1,7 | 4,25±2,06 | 0,06 | 0,939 |
| İlişkide Rahatsızlık | Ameliyat Sonrası | 6,53±1,87 | 7±1,91 | 7±1,83 | 0,22 | 0,802 |
| FSIF | Ameliyat Öncesi | 16,11±3,36 | 17,43±4,69 | 16±2,94 | 0,36 | 0,7 |
| Toplam | Ameliyat Sonrası | 25,68±5,27 | 27,57±4,61 | 27,75±3,77 | 0,54 | 0,591 |

Deney grubu TAH-BSO,TAH,VAH uygulanan hastaların cinsel doyum,cinsel ilişki sıklığı,cinsel ilişkiden rahatsızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Tablo 7: Kontrol Grubu Hastaların Ameliyat Tiplerine Göre Ameliyat Öncesi ve Sonrası FSFI Puanlarının Karşılaştırılması

| Kontrol Grubu | | TAHBSO | TAH | VAH | F | P |
|----------------------|------------------|------------|-----------|-----------|------|-------|
| Cinsel | Ameliyat Öncesi | 7,05±2,77 | 7±2,12 | 10,25±3,2 | 2,39 | 0,11 |
| | Ameliyat Sonrası | 7,38±2,09 | 8,8±2,17 | 8,5±0,58 | 1,34 | 0,278 |
| İlişki Sıklığı | Ameliyat Öncesi | 5,81±1,6 | 6,8±0,84 | 7±1,63 | 1,62 | 0,217 |
| | Ameliyat Sonrası | 6,24±1,41 | 7±2,12 | 7,25±2,22 | 0,92 | 0,411 |
| İlişkide Rahatsızlık | Ameliyat Öncesi | 4,24±1,48 | 5,4±1,52 | 4,75±0,96 | 1,39 | 0,266 |
| | Ameliyat Sonrası | 4,62±1,88 | 5,4±1,14 | 5,5±0,58 | 0,76 | 0,480 |
| FSIF | Ameliyat Öncesi | 17,1±3,73 | 19,2±2,86 | 22±4,97 | 3,09 | 0,062 |
| Toplam | Ameliyat Sonrası | 18,24±3,28 | 21,2±3,03 | 21,25±2,5 | 2,79 | 0,079 |

Kontrol grubu TAH-BSO,TAH,VAH uygulanan hastaların cinsel doyum,cinsel ilişki sıklığı,cinsel ilişkiden rahatsızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Tablo 8: Deney Grubu Hastaların Ameliyat Öncesi Cinsel Yaşantısından Memnuniyet Düzeyleri İle Ameliyat Öncesi ve Sonrası FSFI Puanlarının Karşılaştırılması

| Deney Grubu | | Cinsel Yaşantıdan Memnuniyet(+) | Cinsel Yaşantıdan Memnuniyet(-) | t | p |
|----------------------|------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------|-------|
| Cinsel | Ameliyat Öncesi | 6,46±2 | 7,33±2,88 | -0,88 | 0,387 |
| | Ameliyat Sonrası | 9,79±3,31 | 11,67±2,58 | -1,29 | 0,209 |
| İlişki Sıklığı | Ameliyat Öncesi | 5,63±1,35 | 5,83±1,47 | -0,33 | 0,741 |
| | Ameliyat Sonrası | 9,5±2,04 | 9,67±1,63 | -0,19 | 0,855 |
| İlişkide Rahatsızlık | Ameliyat Öncesi | 4,29±2,03 | 3,33±1,63 | 1,07 | 0,295 |
| | Ameliyat Sonrası | 6,83±1,79 | 6,17±2,04 | 0,80 | 0,432 |
| FSIF | Ameliyat Öncesi | 16,38±3,4 | 16,5±4,59 | -0,08 | 0,941 |
| Toplam | Ameliyat Sonrası | 26,13±4,98 | 27,5±4,85 | -0,61 | 0,548 |

Deney grubu hastaların cinsel yaşantıdan memnuniyet(+) ve (-) gruplarının ameliyat öncesi ve sonrası cinsel doyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Tablo 9: Kontrol Grubu Hastaların Ameliyat Öncesi Cinsel Yaşantısından Memnuniyet Düzeyleri İle Ameliyat Öncesi ve Sonrası FSFI Puanlarının Karşılaştırılması

| Kontrol Grubu | | CY Memnuluk(+) | CY Memnuluk(-) | t | p |
|----------------------|------------------|----------------|----------------|-------|-------|
| Cinsel | Ameliyat Öncesi | 7,82±2,79 | 6,5±3,02 | 1,12 | 0,272 |
| Doyum | Ameliyat Sonrası | 7,91±1,93 | 7,38±2,33 | 0,64 | 0,53 |
| Cinsel | Ameliyat Öncesi | 6,23±1,54 | 5,88±1,64 | 0,55 | 0,590 |
| İlişki Sıklığı | Ameliyat Sonrası | 6,36±1,65 | 6,88±1,64 | -0,75 | 0,458 |
| Cinsel | Ameliyat Öncesi | 4,82±1,3 | 3,63±1,6 | 2,10 | 0,055 |
| İlişkide Rahatsızlık | Ameliyat Sonrası | 5±1,51 | 4,5±2,14 | 0,72 | 0,480 |
| FSIF | Ameliyat Öncesi | 18,86±3,85 | 16±4,04 | 1,78 | 0,086 |
| Toplam | Ameliyat Sonrası | 19,27±3,13 | 18,75±4,13 | 0,37 | 0,713 |

Kontrol grubu hastaların cinsel yaşantıdan memnuniyet(+) ve (-) gruplarının ameliyat öncesi ve sonrası cinsel doyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

7. TARTIŞMA

Histerektomi ameliyatı yapılan hastalara ameliyat öncesi ve sonrası verilen hemşirelik danışmanlık hizmetinin psikoseksüel sorunlar üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular dört ana başlıkta incelendi ve literatür doğrultusunda tartışıldı.

7.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

7.2. Hastaların jinekolojik, obstetrik öyküsüne ilişkin bulguların tartışılması

7.3. Hastaların cinsel fonksiyonlarına yönelik bulguların tartışılması

7.4. Hastaların ameliyat sonrası durumlarına ilişkin bulguların tartışılması

7.1. HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Literatürde histerektomi uygulanma yaşı 42.7 olarak bildirilmektedir. 40-49 yaş grubunda yoğunlaşmalarının nedeni, kadınlar cinsel olgunluk döneminde oldukları için, histerektomi ameliyatının yapılmasını gerektiren myom,uterine prolapsus, anormal uterin kanama vb.şikayetlerin bu yaş grubunda daha fazla görülmesiyle ilişkilidir(4,18). Güler(28) ve Taşkın'nın(62) histerektomi sonrası sorunlarla başetmede planlı öğretimin etkisini değerlendirdiği çalışmasında histerektomi uygulanan kadınların %78.1 inin 40-59 yaş grubunda olduğu, Can'nın(14) histerektomi ameliyatı sonrası kadın ve eşlerine uygulanan eğitimin etkinliğini değerlendirdiği çalışmasında DG(deney grubunun) kadınların % 60'mının(n=18), KG(kontrol grubunun) kadınların %50'sinin(n=15) 40-49 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Saylam'nın(57) histerektomi de verilen danışmanlık hizmetinin yaşam kalitesi ve cinsel sorunlara etkisini değerlendirdiği çalışmasında DG kadınların% 53.3 'ünün((n=16),KG kadınların %73.3'ünün(n=22) 40-49 yaş grubunda olduğu, Kantar'ın histerektomi uygulanmış kadının ameliyat sonrası depresyon ve umutsuzluk düzeyinin incelendiği çalışmasında hastaların %56.3 (n=45)'ünün 41-50 yaş arasında olduğu, Rodoplu'nun(55) ameliyat sonrası beden imajlarını değerlendirdiği mastektomi ve histerektomi uygulanmış hastaların % 83.3 (n=25)' ünün 36 yaş ve üstü, Gençtürk ve arkadaşlarının mastektomi, histerektomi uygulanmış kadınların ameliyat öncesi görüşlerinin incelendiği çalışmada histerektomi uygulanmış hastaların % 54.3

(n=25)'ünün 41-50 yaş arasında olduğu, Varner ve arkadaşlarının anormal kanaması olan premenapozal kadınlarda tıbbi tedavi ve histerektominin etkilerinin araştırıldığı çalışmasında 42.0 ± 4.6 , Leo ve arkadaşlarının 262 histerektomi uygulanmış kadınlarda ameliyat tekniklerinin etkilerinin araştırıldığı çalışmasında (n=262) yaş ortalaması 48 ± 6.8 Weber ve arkadaşlarının 43 total abdominal histerektomi uygulanmış kadınla ameliyat öncesinde ve ameliyattan 1 yıl sonra gastrointestinal, üriner sistem ve cinsel fonksiyonların değerlendirildiği çalışmasında yaş ortalaması 45.4 olarak belirtilmektedir.

Araştırmada DG kadınların (n=18) %60, KG kadınların(n=15) %50 si 40-49 yaş grubunda olduğu deney ve kontrol grubu arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı görüldü(p=0.648). Elde edilen sonuç literatür ve Güler(28), Taşkın(60), Can(14), Salyam(57), Rodoplu(53) ve Leo(38)'nun bulgularıyla uyumludur.

Yüksek eğitim düzeyine sahip kadınlar daha çok cerrahi dışı yöntemleri tercih ederken, diğerleri histerektomiye daha kolay kabul etmektedirler. Ülkemizde 2000 yılı devlet istatistik enstitüsü verilerine göre kadın nüfusunun %19.4'ünün okur-yazar olmadığı, % 80.6'sının okur-yazar olduğu, %37.2'sinin ilkokul, % 10.6'sının lise ve dengi okullardan mezun olduğu, %3.9'unun yüksekokul ve fakülte mezunu olduğu belirtilmektedir. Güler(28) ve Taşkın(62)'in çalışmasında %67,2 ilköğretim mezunu, Salyam(57)'in yaptığı çalışmada kadınların %45 (n=27) ilköğretim mezunudur, Can'ın(14) çalışmasında DG %40(n=12), KG'da %33,4(n=10)'ünün yüksekokul mezunu olduğu görülmektedir. Araştırmada histerektomi uygulanan DG kadınların %3.3(n=1) okur yazar değil, %10(n=3) okur yazar, %53.3(n=16)'ü ilkokul, %20(n=6) orta okul-lise, %13,3 (n=4) yüksekokul mezunudur, KG kadınlarında %53.3(n=16)'ü ilkokul, %33.3 orta okul lise, %13.3(n=4)'ü de üniversite mezunu olup çalışmamız Güler(28), Taşkın(62) ve Salyam(57)'in çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Yüksek eğitim düzeyine sahip kadınlar daha çok cerrahi dışı yöntemleri tercih ederken, eğitim düzeyi düşük kadınların ise histerektomiye daha kolay kabul ettiğini düşünebiliriz.

Sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınlarda histerektomi oranlarının özellikle arttığı belirtilmektedir. Eğitim seviyesi ve ekonomik durum yükseldikçe kaliteli yaşam anlayışı yükselmektedir. Günümüzde kadınların çalışma hayatında yer almaya başlamasının görülmesine karşın kadınların büyük çoğunluğunun ev kadını olduğu bilinmektedir. Bayram(8)'in çalışmasında hastaların meslek dağılımları incelendiğinde

%87,1(n=81)'inin ev kadını, % 12.91(n=12)'inin işçi olduğu, Can'ın(14) çalışmasında deney ve kontrol grubunda kadınların %70(n=21) oranında çalışmadıkları, %30(n=9) oranında çalıştıkları, Eti(23)'nin çalışmasında hastaların %85,72(n=36)'sinin ev kadını olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda histerektomi yapılan DG kadınların %73,3(n=22)'ü ev kadını, %23,3(n=7)'ü çalışıyor, %3,3(n=1)'ü emekli, KG kadınların ise %73,3(n=22)'ü ev hanımı, %20(n=6)'si çalışıyor, %6,7 (n=2)'si emekli olduğu görüldü. Çalışmamız Bayram, Can ve Eti nin çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan, muayene olmayı beklemek için sınırlı zamanı olan çalışan bayanların genellikle özel hastaneleri tercih etmesi, sosyo-ekonomik düzeyi düşük ev kadınlarının ise genellikle devlet hastanesi ya da eğitim araştırma hastanelerini tercih etmesi, araştırmamızdaki çalışmayan ev kadını oranını düşündürmektedir.

7.2. HASTALARIN JİNEKOLOJİK, OBSTETRİK ÖYKÜSÜNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

TNSA(Türkiye nüfus ve sağlık araştırması) 2003 verilerine göre ülkemizde toplam doğurganlık hızı kentsel yerleşim yerinde 15–49 yaş grubu için 2.06 olarak belirtilirken, ortalama yaşayan çocuk sayısı evli kadınlar için 40–44 yaş grubunda 3.25, olduğu bildirilmektedir. Salyam(57)'in çalışmasında kadınların %50(n=30)'sinin 1–2 çocuk, Rodoplu(53)'nun çalışmasında hastaların % 43.3 (n=13)'ünün 2 çocuk, Eti'nin(23) çalışmasında %47.62 (n=20)'sinin 3 ve üzeri çocuğa sahip oldukları belirtilmektedir. Araştırmada kadınların %8.35(n=5)'inin çocuğunun olmadığı, %20 (n=6)'sinin bir çocuğu olduğu, %35(n=21)'inin iki çocuğu, %36,7(n=11)'inin üç ve üstü olduğu görüldü.

TNSA 2003 verilerine göre 45–49 yaş grubu kadınlar arasında ortalama evlenme yaşı 19,2'dir. Araştırmada kadınların evlenme yaşı 20,47±4.18 olarak görüldü. Araştırmada elde edilen bulgular Türkiye genelindeki kadın popülasyonu ile benzerlik göstermemektedir.

Literatürde histerektomilerin yaklaşık %75'inin abdominal yoldan uygulandığı, %51 'ine çift taraflı overlerin çıkarılmasının eşlik ettiği belirtilmektedir. Can(14)'ın çalışmasında %83.2 (n=50)'sinin TAH-BSO yapılmış olduğu, Saylam'ın çalışmasında %65(n=39)'unun TAH-BSO yapıldığı belirtilmektedir. Araştırmada katılımcıların

%66,6(n=40)'sına TAH-BSO, %20(n=12)'sine TAH, %13,3(n=8)'üne VAH operasyonu yapıldığı görüldü. Çalışma bulguları Can'ın ve literatür bulgularıyla farklılık gösterirken, Salyam(57)'in bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Over CA, myoma uteri, endometrial polip gibi durumların TAH-BSO yapılma sıklığını artırdığını düşünebiliriz.

Literatürde yurt çapında 48-49 yaş grubu kadınların % 43'ünün doğal menopoza ya da histerektomi ameliyatı olduğu belirtilmektedir. Salyam(57)'in çalışmasında kadınların %31,7(n=19)'sinin doğal menopozda olduğu belirtilmektedir. Araştırmada ise kadınların % 38,3(n=23)'ünün doğal menopozda olduğu görüldü. Histerektomi ameliyatı için kadının menopoza girmesinin çok da önemli olmadığı görülmektedir.

TNSA 2003 verilerine göre ülkemizde, toplam doğurganlık hızı kentsel yerleşim yerinde 15-49 yaş grubu için 2.06 olarak belirtilirken, ortalama yaşayan çocuk sayısı evli kadınlar için 40-44 yaş grubunda 3,25, 45-49 yaş grubunda 3,30 olduğu, her 100 gebelikten % 10'unun istemeden düşükle sonlandığı, 45-49 yaş arasındaki kadınların %41'inin en az bir düşüğü olduğu bildirilmektedir. Bayram(8)'in çalışmasında kadınların %80,6(n=75)'sının geçmişte hiç jinekolojik operasyon geçirmediği görülmektedir. Araştırmada kadınların %30'u (n=18) jinekolojik operasyon geçirdiği görüldü.

Histerektomi ameliyatı için önde gelen endikasyonun myoma uteri olduğu belirtilmektedir. Can(14)'in çalışmasında kadınların %65(n=126)'i, Bayram'ın çalışmasında %65,5(n=60)'i, Salyam(57)'in çalışmasında % 63,3(n=38)'ü myoma uteri endikasyonu deneyimledikleri görülmüştür. Araştırmada endikasyon dağılımlarına bakıldığında önde gelen endikasyonun %38,35(n=23)'i myoma uteri olduğu görüldü.

7.3. HASTALARIN CİNSEL FONKSİYONLARINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI

Histerektomi ile birlikte overlerin alınmasının östrojen eksikliğine bağlı ameliyat sonrası psikolojik sorunları artırdığı ve seksüalitenin olumsuz etkilendiği ileri sürülmektedir(42). Eti(23)'nin çalışmasında hastaların %33,34(n=14)'ünün, Rodoplu(53)'nun çalışmasında hastaların %40 (n=24)'ının ameliyat sonrası cinsel yaşamlarının etkilendiği bildirilmektedir. Araştırmada ameliyat sonrasında cinsel yaşantıdan memnurluk DG ve KG'da artış göstersede(p=504) istatistiksel olarak

anlamli bir farklılık görülmeydi. Bu artışın nedeni histerektomi öncesi rahatsızlık veren sorunların histerektomi sonrası ameliyat ile birlikte azalıp yaşam kalitesinin yükselmesine bağlanabilir.

Araştırmada ameliyat öncesi ve sonrası cinsel istek kaybının DG ve KG arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Literatürde histerektomi öncesi jinekolojik şikâyetler nedeniyle yaşanan cinsel problemler %56 oranında “ağrılı cinsel ilişki”,% 42 oranında “ilişki sıklığında azalma” olarak bildirilmektedir(31). Can(14)’ın çalışmasında ilişki sırasında kanama/ağrı DG’da %26,9,KG’da %31,5 olarak görülmektedir. Rhodes(52) ve arkadaşlarının (1999) makalesinde, pelvik patolojinin neden olduğu disparonayadan kurtulmanın histerektomi sonrası cinsel yaşamın iyileşmesini sağladığı belirtilmektedir(26). Araştırmada histerektomi sonrası DG ve KG’da ilişki sırasında ve sonrasında ağrıda($p=0,417$, $p=0,739$) ve kanamada($p=0,781$, $p=0,519$) azalma görülüp, ağrıyla baş etmede her iki grupta artma görülmektedir($p=0,718$, $p=0,754$). Bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı görülmedi. İlişki sırasında/sonrasında ağrının azalıp baş etme yönteminin artma sebebi olarak histerektomi sonrası şikâyetinin ortadan kalkması olarak gösterebiliriz.

Östrojenin yetmezliği vajinal atrofi ile birlikte vajinal pH’ı alkalene çevirerek enfeksiyona yatkın hale gelir. Menopozla birlikte muküs sekresyonunun azalması vajinal kuruluğa neden olmaktadır. Vajinal kuruluk ve kaşıntı cinsel yaşamı olumsuz etkileyen, orgazma ulaşmayı engelleyen sorunlardan biridir(57). Araştırmada vajinadaki kuruluk ameliyattan sonra DG’da anlamlı olmasada azalma gösterirken KG’da arttığı görüldü. Vajinada kurulukla baş etme yönteminin DG ‘da ameliyat sonrası dönemde, ameliyat öncesine göre arttığı, vajinadaki kaşıntının ameliyat sonrası her iki grupta da arttığı ve vajinadaki kaşıntı ile baş etmede DG’da artış olduğu, idrar inkontinansının ameliyat sonrası her iki grupta azaldığı, idrar ve gaita inkontinansı ile baş etme durumunun ameliyat öncesi döneme göre arttığı görüldü.

7.4.HASTALARIN AMELİYAT SONRASI DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Literatürde histerektominin cinsellik üzerine olumsuz etki yaratmadığı, cinselliği genellikle olumlu etkilediği bildirilmektedir. Eti(23)’nin çalışmasında hastaların %33,34

(n=14)'ünün histerektomi sonrası cinsel yaşamlarının etkilendiği, Nathorst'un çalışmasında hastaların %40(n=271)'inde histerektomiden sonra cinsel fonksiyonlarda herhangi bir azalma olmadığı, cinsel ilişkilerin daha iyi olduğu görülmektedir. Araştırmada hastaların ameliyat öncesi toplam IFSF puan ortalaması $17,25 \pm 3,81$ ameliyat sonrası $22,765 \pm 4,13$ olarak belirlendi. Ameliyat sonrası IFSF puanının her iki grupta arttığı, deney grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı artma olduğu görüldü. Eti'nin(23) çalışmasıyla farklılık göstermektedir. Eğitim verilen deney grubun da histerektominin cinsel doyumunu olumlu etkilediğini düşünebiliriz.

Cinsel ilişkiye histerektomide 6–8 hafta sonra başlanabileceği, hassasiyetin ameliyattan sonra 12 hafta gibi uzun bir süre devam etse de çiftlerin, cinsel ilişkiye mümkün olan en kısa sürede başladıkları bildirilmektedir. Araştırmada ameliyat sonrası her iki grubunun cinsel ilişki sıklığı puan ortalamalarında artma görüldü. Bu farkın histerektomi sonrası şikâyetlerin azalması olarak yorumlayabiliriz.

Araştırmada histerektomi sonrası cinsel ilişkide rahatsızlık hissinin deney(p=0,802) ve kontrol(p=0,480) grubunda arttığı, histerektomi sonrası her iki grupta($7 \pm 1,83$, $5,5 \pm 0,58$) problem yaşadığını belirten hastalara VAH yapılmış olduğu görüldü. VAH grubu kadınların ameliyat sonrası yeni cinsel problem gelişme oranının TAH ve TAH-BSO grubundan yüksek olma sebebinin VAH grubundaki kadınların erken dönemde ve ameliyat hassasiyetinin devam ettiği süre içinde cinsel ilişkiye başlamalarına bağlayabiliriz. Yapılan çalışmalarda, histerektomi ile birlikte overlerin alınmasının östrojen eksikliğine bağlı ameliyat sonrası psikolojik sorunları artırdığı, seksüalitenin olumsuz etkilendiği ileri sürülmektedir. Cerrahi menopozdaki kadınların östrojen ile birlikte androjenlerin de azalmasına bağlı menopozal yakınmaları daha şiddetli ve uzun süreli yaşadıklarını ve buna bağlı cinsel yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği görülmektedir.

Cinselliğin tabu olarak görülmesi, kadınların cinsel beklentileri, cinselliğe yönelik olumsuz yaklaşımlar, gizli kalmış cinsel sorunlar histerektomi sonrasında cinsel yaşantıyı olumsuz etkilemektedir.

8.SONUÇ VE ÖNERİLER

- * Araştırma kapsamına alınan histerektomi uygulanmış hastaların %55(n=33)'inin yaş aralığının 40–49 olduğu, %53,3'sinin ilkokul mezunu, %73,3'ünün ev hanımı büyük çoğunluğunun evli, evlenme yaşının ortalama 20,52±4,08 ve ortalama iki çocuğunun olduğu, %70'inin aylık ekonomik gelirlerinin giderlerini karşıladığı görüldü.
- * Hastaların %30'inin jinekolojik operasyon geçirdiği %38,35'ünün myoma uteri endikasyonu ile histerektomi olduğu, %61,7'sinin ameliyat öncesine kadar adet gördüğü,
- * Hastaların %66,7'sine TAH-BSO,%20'sine TAH,%13,3'ine VAH operasyonu uygulandığı,
- * Deney grubundaki hastaların %80'i, kontrol grubundaki hastaların %73,3'sinin ameliyat öncesi cinsel yaşantılarından memnun oldukları, %56,7'sinin ameliyat sonrası kontrol grubunda cinsel istek kaybının arttığı,
- * Ameliyat öncesi deney grubunda hastaların %40, kontrol grubundaki hastalarında %30'unda cinsel ilişki sırasında ağrı hissettikleri ve bu ağrının ameliyat sonrası dönemde azalma gösterdiği görüldü.
- * Ameliyat öncesi deney grubundaki hastaların %33,3'unun, kontrol grubundaki hastaların ise %30'unda cinsel ilişki sırasında kanama olduğu, ameliyat sonrasında da kanama oranının düştüğü belirlendi.
- * Ameliyat öncesi dönemde deney grubundaki hastaların %63,3'ünün kontrol grubundaki hastaların ise %56,7'si en çok vajinal kuruluk şikâyeti gösterdikleri ve bu şikâyetin ameliyat sonrası kontrol grubunda artış gösterdiği görüldü.
- * Ameliyat sonrası her iki grupta cinsel ilişki sırasında vajinadaki kaşıntının %56,7 oranında arttığı görüldü.
- * Ameliyat öncesi her iki grupta (DG:%30,KG:%40) inkontinans sorun olarak ifade edilirken ameliyat sonrası kontrol grubunda inkontinans oranında(%20) azalma görüldü.
- * Hastaların rahime , %40'ü doğurganlık, %21,65'ü cinsellik,%20'si sağlıklılık, %15'i kadınlık, %6,7'si adet görme şeklinde anlam yükledikleri görüldü.
- * Hastaların %68,3'ünün rahimin çıkarılmasının bundan sonraki yaşamlarını etkilemeyeceğini düşündüğü,%18,35'inin doktora ve hemşireye iletmede güçlük çektiği sorunlarının olduğu belirlendi.

* Hastaların ameliyat sonrası cinsel doyum puan ortalaması $8,97 \pm 2,62$, cinsel ilişki sıklığı puan ortalamasında $8,01 \pm 1,78$, $5,78 \pm 1,75$ oranında cinsel ilişkide rahatsızlığı puan ortalamasının arttığı görüldü.

*TAH-BSO grubunun FSFI cinsel doyum($3,21 \pm 2,89$),cinsel ilişki sıklığı($3,84 \pm 1,58$),cinsel ilişkide rahatsızlık($2,53 \pm 2$) puanlarının ameliyat öncesi ve sonrası dönemde istatistiksel olarak anlamlı farklılık taşımadığı görüldü.

* TAH grubunun FSFI cinsel doyum($3,28 \pm 2,60$),cinsel ilişki sıklığı($4,14 \pm 2,01$),cinsel ilişkide rahatsızlık($2,71 \pm 3,61$) puanlarının ameliyat öncesi ve sonrası dönemde istatistiksel olarak anlamlı farklılık taşımadığı görüldü.

* VAH grubunun FSFI cinsel doyum($5,5 \pm 1,36$),cinsel ilişki sıklığı($3,5 \pm 1,60$),cinsel ilişkide rahatsızlık($2,75 \pm 1,94$) puanlarının ameliyat öncesi ve sonrası dönemde istatistiksel olarak anlamlı farklılık taşımadığı görüldü.

* Hastaların ameliyat öncesi cinsel yaşantısından memnun olan ve memnun olmayan DG ve KG'na göre ameliyat öncesi FSFI cinsel doyum ($p=387, p=2,72$), cinsel ilişki sıklığı ($p=0,741, P=0,590$) cinsel ilişkide rahatsızlık ($p=0,295, p=0,055$) ve toplam FSFI ($p=0,941, p=0,086$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi.

Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda şunlar önerilebilir;

* Histerektomi olan hastaların ameliyat sonrası 6–12–24 ay sonrası gibi uzun süreli dönemlerde ve daha fazla sayıda fiziksel ve psikolojik durumlarının değerlendirilmesi,

* Histerektomi operasyonu uygulanan tüm hastalara ameliyat öncesi verilen eğitim ve hemşirelik danışmanlığın bir sistem çerçevesinde rutin hale getirilmesi önerilebilir.

9.EKLER

EK-1

BİLGİ FORMU

Yapılan Operasyon :

Kilo :

1) Kaç yaşındasınız?

- 1)29 ve altında 2) 30-39 3) 40-49
4)50-59 5)60 ve üzeri

2) Eğitim durumunuz nedir?

- 1)Okur yazar değil
2)Okur yazar
3)İlkokul
4)Orta okul/lise
5)Yüksekokul

3) Mesleğiniz nedir?

4) Aylık geliriniz giderinizi karşılıyor mu?

- 1)Gelir giderini karşılıyor
2)Gelir giderinden fazla
3)Gelir giderinden az

5) Medeni durumunuz nedir?

6) Evlenme yaşıınız nedir?

7) Kaç yaşayan çocuğunuz var?

- 1)Çocuğum yok 2) 1 3) 2 4) 3 ve üstü

8) Halen adet görüyorsunuz mu?

- 1)Evet (10.soruya geçiniz)
2)Hayır menopozdayım

9) Ne kadar süredir menopozdasınız?

- 1) 0-2 yıl 2) 3-5yıl 3) 5-7 yıl 4) 7 yıl ve üstü

10) Geçirilen jinekolojik ameliyatınız varmı?(düşük/kürtaj)

- 1) Evet 2) hayır

EK-2

CİNSEL ÖYKÜ FORMU

1.) Cinsel yaşamınızdan memnunmusunuz?

1- Evet

2- Hayır

2.) Cinsel istek kaybı var mı?

1)Evet

2)Hayır

3.) İlişki sırasında/sonrasında ağrı var mı?

1- Evet

2- Hayır(5.soruya geçiniz)

4.)Ağrıyı hafifletmede baş etme yönteminiz var mı?

1-Evet

2-Hayır

5.) İlişki sırasında/sonrasında kanama var mı?

1- Evet

2- Hayır

6.) İlişki başında/sırasında vajinada darlık/zorlanma oluyor mu?

1- Evet

2-Hayır

7.) İlişki sırasında vajinada kuruluk var mı?

1- Evet

2- Hayır

8.)Vajinadaki kurulukla baş etme yönteminiz var mı?

1-Evet

2-Hayır

9.) İlişki sırasında vajinada kaşıntı var mı?

1- Evet

2- Hayır

10.)Vajinadaki kaşıntı ile baş etme yönteminiz var mı?

1-Evet

2-Hayır

11.) İlişki sırasında idrar/gaita kaçırma oluyor mu?

1- Evet

2- Hayır

12.)İdrar/gaita kaçırma ile baş etme yönteminiz var mı?

1-Evet

2-Hayır

13.) Rahim sizin için ne ifade ediyor?

EK-3

IFSF (KADIN CİNSEL FONKSİYON SORGULAMA İNDEKSİ)

1. Geçtiğimiz 4 hafta içinde cinsel ilişki sırasında hiç rahatsızlık hissettiniz mi?

1. Son 4 hafta içinde cinsel ilişkide bulunmadım
2. Hemen hemen her zaman rahatsızlık hissettim
3. Çoğu zaman (ilişkilerimin yarısından fazlasında) rahatsızlık hissettim
4. Bazı zamanlar (ilişkilerimin yaklaşık yarısında) rahatsızlık hissettim
5. Birkaç defa (ilişkilerimin yarısından azında) rahatsızlık hissettim
6. Hemen hemen hiç rahatsızlık hissetmedim

2. Geçtiğimiz 4 hafta içinde cinsel ilişki sırasında vagina (hazne)'nızda kuruluk oldu mu?

1. Son 4 hafta içinde cinsel ilişkide bulunmadım
2. Cinsel ilişkilerimin hepsinde vaginamda kuruluk oldu
3. İlişkilerimin yarısından fazlasında vaginamda kuruluk oldu
4. İlişkilerimin yaklaşık yarısında vaginamda kuruluk oldu
5. İlişkilerimin yarısından azında vaginamda kuruluk oldu
6. Vaginamda hemen hemen hiç kuruluk olmadı

3. Geçtiğimiz 4 hafta içinde kaç defa cinsel ilişkide bulundunuz?

1. Hiç girişimde bulunmadım
2. 1-2
3. 3-4
4. 5-6
5. 7-10
6. 10'dan fazla

| |
|--|
| <p>4. Geçtiğimiz 4 hafta içinde cinsel ilişkiyi kaç defa arzuladınız?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hemen hemen hiç arzulamadım2. Birkaç defa (ilişkilerimin yarısında azında) arzuladım3. Bazı zamanlar (İlişkilerimin yaklaşık yarısında) arzuladım4. Çoğu zaman (ilişkilerimin yaklaşık yarısından fazlasında) arzuladım5. Hemen hemen her zaman arzuladım |
| <p>5. Geçtiğimiz 4 hafta içinde cinsel arzunuzu nasıl değerlendirirsiniz?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Cinsel ilişkiyi hiç arzulamadım2. Cinsel ilişkiyi çok az arzuladım3. Cinsel ilişkiyi orta derecede arzuladım4. Cinsel ilişkiyi çok arzuladım5. Cinsel ilişkiyi çok çok arzuladım |
| <p>6. Geçtiğimiz 4 hafta içinde seks yaşamınız ne derece tatmin ediciydi?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hiç tatmin edici değildi2. Çoğunlukla tatmin edici değildi3. Seks yaşamımın %50'si tatmin ediciydi4. Genellikle tatmin ediciydi5. Çok tatmin ediciydi |
| <p>7. Geçtiğimiz 4 hafta içinde partnerinizle (eşinizle) olan cinsel ilişkiniz ne derece tatmin ediciydi?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hiç tatmin edici değildi2. Çoğunlukla tatmin edici değildi3. Seks yaşamımın %50'si tatmin ediciydi4. Genellikle tatmin ediciydi5. Tatminkardı |

8. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkla orgazm (doyum) hissi yaşadınız?

1. Cinsel uyarılma veya cinsel ilişki olmadı
2. Hiç ya da hemen hemen hiç
3. Nadiren (yarısından çok daha azında)
4. Bazen (yaklaşık yarısında)
5. Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
6. Hemen hemen hepsinde (her zaman)

9. Geçtiğimiz 4 hafta içinde cinsel uyarı veya cinsel ilişki sırasında klitoris (bızır) duyarlılığınız nasıldı?

1. Hiç duyarlılık yoktu
2. Çok az duyarlılık vardı
3. Orta derecede duyarlılık vardı
4. Bir hayli derecede duyarlılık vardı
5. Çok fazla duyarlılık vardı

10.KAYNAKLAR

1. Anne Katz Phd Rn. <http://www.androloji.org.tr//images>, Hemşire Çalışma Grubu /Kadın Cinsel Sağlığı ,2005
2. Arısan K.: Kadın Hastalıkları (Jinekoloji).Çeltük Matbaası, İstanbul,
3. Atasü T., Şahmay S,: Jinekoloji(Kadın Hastalıkları). Üiversal Dil Hizmetleri Ve Yayıncılık A.Ş, İstanbul, 1996
4. Atasü T.,Şahmay S.: Jinekoloji, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2001
5. Atasü T.: Menopoz Tanım ve Terminoloji. Menopoz, Tedavisi ve Kanser, Nobel Tıp Kitabevi, 2001, s.13-26
6. Aydemir Ö., Yağcı E., Gülseren L.: Menopoz Döneminde Anksiyete ve Depresyon, Türk Psikiyatri Dergisi, 1999, 10:268-274
7. Azadeh-Ghamsari A., Gill R., Moerdyk N. :The Sexual and Psychological Implications Of Hysterectomy. 2002,SA,sr Med J,92:517-518
8. Beksaç M.S., Demir N., Tuncer Z.S.: Abdominal Histerektomi ve Ooferektomi . Jinekolojik Onkoloji, Medicol Network, 2006, Cilt No:1, s.1858
9. Beksaç M.S., Demir N., Tuncer Z.S.: Jinekoloji. Üreme Endokrinolojisi & İnfertilite & Jinekolojik Onkoloji Medical Network, Ankara, 2006, s.1858-1871
10. Bellerosa S.B., Binik Y.M.: Body Image and Sexuality in Oophorectomized Women. Archives Of Sexula Behavior: 22(5): 435-457
11. Berek J.S., Hacker N.F.: Pratik Jinekolojik Onkoloji. Ed. Güner H., II.baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, Alemder Ofset,Savaş Cilt Evi , Ankara,1997
12. Bhavnani B.R.: Pharmacology of Hormonal Therapeutic Agents İn. Ed. Eskin B.A.. The Menopause Comprehensive Management 4th ed. 2000,The Parthenon Publishing Group Newyork
13. Can Ö.: Histerektomi Ameliyatı Sonrası Kadın ve Eşlerine Uygulanan Eğitimin Etkinliği, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 1999, İstanbul
14. Cerrison J.M.: Climacterium in. Friedman E.A., Borten M., Chopin DS..(eds).Gynecological Decision Making 2nd ed.b.c.decker inc toronto,1998.
15. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. Cinsel Yaşam ve Sorunları

16. Claire E.L., Nolan L.B. :Women's Decision Making Regarding Hysterectomy . 30:607-616, 2001.
17. Coşkun A., Karanisaoglu H.: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Eskişehir, 1992.
18. Coşkun A., Ekizler H. : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, No:11, Vehbi Koç Hemşirelik Vakfı Yayını, İstanbul ,1996.
19. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,Histerektomi Ameliyatı Sonrasında Ortaya Çıkan Sorunlarla Başetmede Planlı Öğretimin Etkisi, 5(2), 2001
20. Coşkun A.: Jinekolojik Ameliyat Geçiren Hastaların, Hastalıkları ve Kendilerine Uygulanacak Girişimler İle İlgili Bilgi Gereksinimlerinin Saptanması. Uluslararası Cerrahi Kongresi Cerrahi 88 Hemşireliği Seksiyonu Bildiri Kitabı.,hılal matbaacılık,1990,s: 149-160
21. Danacı A.E., Oruç S., Adıgüzel H.: Relationship Of Sexuality With Psychological and Hormonal Features İn The Menopausal Period. West Indian med j, 52:27–30, 2003.
22. Dulaney D.E., Crawford V.C., Turner G.A.,: Comprehensive Education and Support Program for Woman Experiencing Hysterectomy. Cancer, 9:1120-1126, 1996.
23. Eti F.: Histerektomi Ameliyatının Kadında Yaratacağı Depresyonun İncelenmesi ve Bunun Giderilmesinde Hemşirenin Etkinliği.Uluslar Arası Cerrahi Kongresi Cerrahi 88 Hemşireliği Seksiyonu Bildiri Kitabı, Hilal Matbaacılık,İstanbul,1990, s:186-193.
24. Gambane J.C., Reiter R.C.: Nonsurgical Management Og Chronic Pelvic Pain :A Multi Disciplinary Apprach.Clin Obstet Gynecol, 33(1):11-205, 1990
25. Gangar E.A.: Gynaecological Nursing a Practical Guide.Harcourt Publishers Limited, London, 2001.
26. Graves E.J., Gillum B.S.: Detailed Diagnosis and Procedures.National Hospital Discharge Survey ,Vital Health Stat 13,130:1,1995
27. Güler H.: Histerektomi Ameliyatı Öncesi ve Sonrasında Ortaya Çıkan Sorunlarla Baş Etmede Hemşirelik Müdahalesinin Etkisi,Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi ,Ankara,1995.

28. Harkı P., Kurki T., Sjöberg J., Tüttinen A.: Safety Aspects of Laporoscopic Hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2001; 80: 383-391.
29. Hays J., Ockene J.K., Barunner R.L., Kotchen J.M., Pattersan R.E., Aragaki A.K., Shumaker S.A., Brzyski R.G., Lacroix A.Z., Granexi A., Valanis B.G.: Effect of Estrojen Plus Progestin on Health-Related Guality of Life. *N Engl JMed*, 2003; 348(19):1839-54.
30. Helström L., Lundberg P.O., Sörbom D., Backström T.: Sexuality After Hysterectomy: A Factor Anaysis Women's Sexual Lives Before and After Subtotal Hysterectomy. *Obstetrics & Gyncology*, 1993, 81(3):357-362.
31. Igarashi M. , Saito H., Morioka Y. : Stress Vulnerability and Climacteric Symptoms. Life Events, Coping Behavior and Severity of Symptoms. *Gynecol Obstet Invest*, 2000, 49: 170-178.
32. İnanç N.: Histerektomi Geçiren Hastaların Postoperatif Hemşirelik Bakımı ve Öğrenci Hemşirelerin Bu Hastalarda Saptadıkları Sorunların İncelenmesi. *Uluslararası Cerrahi Kongresi 88 Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Bildiri Kitabı*, Hilal Matbaacılık, 1990, 242-249
33. Kaplan H.: *Psychological Faktors Affecting Medical Condiation Synopsis of Psychiatry* .Ed : Retford D.C., 7.baskı, William & Wilkins, 1994
34. Karanisaoğlu H.: Menopozda Cinsel İşlev Bozuklukları ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni*, 3(14):103-106,
35. Karanisoylu H.: Histerektomi Ameliyatının Kadınlık Yetenekleri Cinsel Yaşam Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi. *Ulusal Cerrahi Kongresi 90 Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Bildiri Kitabı*. Hilal Matbaacılık, 1992, 152-162.
36. Khastgir G., Studd J., Catalan J.: The Psychological Outcome of Hysterectomy. *Gynecological Endocrinology*. 2000, 14(2):132-141.
37. Kılıçdağ E.B., Bağış T., Tarım E.: Histerektomi veya Ooferektomi Menopozal Kadında Cinsel Fonksiyonu Etkiler mi? *Türk Fertilite Dergisi*, 2002, 10:288-292.
38. Kimberly H.&Lee K.A.: Symtom Experience in Women After Hysterectomy, *JOGNN*, 2001, 30(5):472-480.
39. Kinnick V., Leners D.: The Hysterectomy Experience an Ethnographic Syudy. *Journal of Holistic Nursing*, 1995, 13(2):142-154.

40. Kjerulff K.H. ,Langenberg W.B. ,Rhodes J.C. ,Harvey L.A. ,Guzinski G.M., Stolley P.D. Effectiveness of Hysterectomy, *Obstel Gynecol*, 2000, 95(3):319-26.
41. Marvel L., Williamson R.N.: Sexual Adjustment After Hysterectomy. *JOGNN*,1992, 21(1):42-47.
42. Menopozda Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Cinsel Doyum Arasındaki İlişki, *Klinik Psikiyatri* 2005, cilt no:8, s:109–115
43. Özkan S.: Psikiyatrik Tıp. Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi. Roche Yayınları, İstanbul,1993,17-24.
44. Öztaç N.: Jinekolojik Ameliyat Geçiren Hastaların Bilgi Gereksinimlerinin Saptanması. *Hemşirelik Bülteni*, 1992,6(25-26):48.
45. Öztürk O.: Benliğin Savunma Düzenekleri . Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Kitabında. 6.baskı.Hekimler Birliği Yayını ,1995, 53,59.
46. Palacios S., Tobar A.C., Menendez C.: Sexuality in The Climacteric Years. *Maturitos*,2002, 43(suppl 1) :69-77.
47. Pernoll M.L.: Obstetrik ve Jinekolojik Teşhis ve Tedavi. Cilt:II, Barış Kitabevi, İstanbul, 1994
48. Peykerli G.,Ekşi A., Ertem Vehit H.,: Bir Grup Türk Kadınının Menopozla İlgili Duygu ve Düşünceleri . Ed. Atasü T.: Menopoz Tedavisi ve Kanser, Nobel Tıp Kitabevleri, s.35-46
49. Primoma J., Yates B.C. ,Woods N.F.: Social Support for Women During Chronic İlness. The Relationship Among Sources and Types to a Djustment. *Araesearch in Nursing and Healt*,1990,13(3):153-161.
50. Prior A., Stanley K, ARB,et al. Effect of hysterectomy on Anorectal and Urethrovesical Physiology.*Gut* 1992, 33:264-7
51. Rebacca G., Rogers M.: A New İnstrument to Measure Sexual Function in Women With Urinary İncontinence or Pelvic Organ Prolapse. *Am.J.Obstet Gynecol*,2001, 184(4):552-58.
52. Rhodes J.C., Kjerulff K.: Hysterectomy and Sexual Functioning *JAMA*,1999, 24,282,1934-1941.
53. Rodoplu G.: Mastektomi ve Histerektomi Ameliyatı Sonrası Beden Bütünlüğü Bozulmuş Hastaların Beden İmajları Konusunda Hissettiklerinin İncelenmesinde

- Hemşirenin Rolü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1992.
54. Sağlık Bakanlığı (Türkiye), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Macro International Inc: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993, Ankara 1994.
 55. Saylam M.: Histerektomi Olan Kadınlara Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Verilen Danışmanlık Hizmetinin Yaşam Kalitesini Ve Cinsel Sorunlara Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2005.
 56. Scriven A., Tucker C.: The Quality and Management of Written Information Presented to Women Under Going Hysterectomy. J.Clin Nurs., 1997,6(2):107-113.
 57. Stahl M.S.: Cinsiyete Özgü ve Cinsel İşlevle İlişkili Psikofarmakoloji. Temel Psikofarmakoloji. Çev: Taneli B., Taneli Y. Yelkovan Yayıncılık., Bursa, 2003, s:540-574.
 58. Şahin B.: Bypass Ameliyatı Olan Hastaların Algılanan Sağlık Statüleri Üzerine Bir Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1996.
 59. Şahin N.: Bir Kilometre Taşı: Menopoz , Cevik Matbaacılık, İstanbul, 1998
 60. Taşkın L. Terzioğlu F.: Histerektomi Operasyonu Geçiren Kadınların Sağlık Bakım Bilgileri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1997,4(1):1-8.
 61. Taşkın L.: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2003.
 62. Tekin N.: İstanbul İlinde Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerine Başvuran Evli Kadınların Cinsel Sorunları ve Sağlık Ekibi Üyelerinin Konuya Yaklaşımı. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1995
 63. Toaff M.E.: Why Would a Women Resist Hysterectomy? Available From : <http://www.netreach.net/hysterectomyecw/whywould.htm> accessed 1(07.01.2003)

64. Turan N.Ö.: Histerektomi Sonrasındaki Ooferektomi Kararının Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi.Türk Jinekoloji Ve Obstetrik Derneği Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, 2004, 7(2):124-128.
65. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara
66. Uygulama Rehberi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 2004
67. Varma S.G., Oğuzhanoğlu K.N., Karadağ F., Özdel O., Amuk T.: Doğal ve Cerrahi Menopozda Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Cinsel Doyum Arasındaki İlişki, Klinik Psikiyatri ,2005, 8:109-115.
68. Virtanen H., Makinen J., Tenho T., Kivilholma P.,Tkanen Y., Hirnoven? : The Effect Of Abdominal Hysterectomy On Urinary And Sexual Symptoms.British Journal Of Urology,1993,72:868-872.
69. Wade J. Pletsch K.P.,Morgan W.S., Menting A.S.: Hysterectomy: What Do Women Need And Want To Know? JOGNN,2000, 29(1):33-42.
70. Wesarick B.: Standards Of Nursing Care A Model Clinical Practice.Lippincott Company,Philadelphia,1990.
71. Wheeler D. Gynecology. In :Plans Of Care For Speciality Practice Obstetric And Gynecologic Nursing. Ed: Gettrust Kv. Delmar Publisher Inc,Usa,1994
72. Wilcox LS., Konin LM., Pokras R. Strauss L., Xia Z., Peterson H.,: Hysterectomy in The United States 1990. Obstetrics and Gynecologyl 83(4):549-555.
73. Williamson M.L.: Sexual Adjustment After Hysterectomy. J .Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 1992, 21(1):42-47.
74. Youngking EQ. Davis M.S.: Women's Healt a Primary Care Clinical Guide 3. Ed. Pearson Education Limited, New Jersey ,2004

11.ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1980 yılında Almanya’da doğdu. İlk, orta, lise ve üniversite öğrenimini Malatya’da tamamladı. 2003 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünden mezun oldu. 2004–2005 yılında Hacettepe Üniversitesi Hastanesi onkoloji servisinde çalıştı. 2006 yılından itibaren İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görevine devam etmekte. 2007–2009 yılları arasında Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimi görmektedir.

12.ETİK KURUL ONAYI

S.B. ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ETİK KURULU
ETHICS COMMITTEE OF ŞİŞLİ ETFAL TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL,
Şişli, İSTANBUL-TÜRKİYE


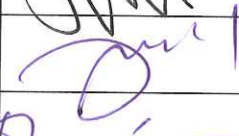
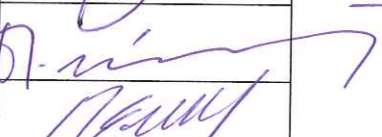
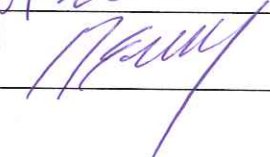

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

| | | |
|-------------------------------|--|---|
| BAŞVURU BİLGİLERİ | PROTOKOL KODU | |
| | PROTOKOL ADI | Histerektomi Öncesi ve Sonrası Kadınlara Verilen Hemşirelik Danışmanlık Hizmetinin Psikoseksüel Sorunlar Üzerindeki Etkisi |
| | SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI | Yrd.Doç.Dr.Özlem İşıl |
| | ARAŞTIRMA MERKEZİ | Haliç Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisansı |
| | DESTEKLEYİCİ FİRMA | |
| FAZİ | | |
| ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | <input type="checkbox"/> Tek Merkez <input type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Ulusal <input type="checkbox"/> Uluslararası | |

| | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------|-------------|
| DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER | Belge Adı | Değişiklik No./ Tarihi | Dili |
| | PROTOKOL | | Türkçe |
| | ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ | - | Türkçe |
| | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLURU | | Türkçe |
| | OLGU RAPOR FORMU | - | Türkçe |

| | |
|----------------------|---------------------------------|
| ÇALIŞMA ESASI | İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU |
|----------------------|---------------------------------|

| | | |
|------------------------|--|---------------------------|
| KARAR BİLGİLERİ | Karar No : 70 | Tarih : 13.04.2009 |
| | Hastanemiz Haliç Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisansı tarafından Kurulumuzdan 13.04.2009 tarih ve 70 sayılı onaylı Histerektomi Öncesi ve Sonrası Kadınlara Verilen Hemşirelik Danışmanlık Hizmetinin Psikoseksüel Sorunlar Üzerindeki Etkisi adlı çalışmaya ilişkin başvuru dosyaları incelenerek bilgi edinilmiş ve değerlendirilerek uygunluğuna oy birliği ile karar verilmiştir. | |

| ETİK KURUL ÜYELERİ | | | | | | |
|--|-----------------------------|---|------------------|---|---|---|
| Ünvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği | Uzmanlık Dalı | Kurumu | Cinsiyeti E/K | İlişki (*) | Katılım (**) | İmza |
| Prof. Dr. Ünal Kuzgun Başkan | Ortopedi | Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi Kliniği | E | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H |  |
| Prof. Dr. Erbil Ergenekon Üye | Üroloji | Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği | E | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H |  |
| Op. Dr. Nimet Göker Üye | Kadın Hastalıkları ve Doğum | Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği | K | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H |  |
| Bio. Uzm. Dr. Nezaket Eren Üye | Biyokimya | Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya Ana Bilim Dalı | K | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H |  |
| Doç. Dr. Fevziye Kabukçuoğlu Üye | Patoloji | Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Ana Bilim Dalı | K | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | |
| Prof.Dr.Yağız Üresin Üye | Klinik Farmakolog | İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji ABD | E | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H |  |
| Ecz.Songül Yılmaz Üye | Eczane | Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eczanesi | K | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | |
| Prof.Dr.Asiye Nuhoğlu Üye | Çocuk | Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Çocuk Kliniği | K | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | |

* Araştırma ile İlişki

** Toplantıda Bulunma