

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

**LAPAROSKOPİK VE ABDOMİNAL HİSTEREKTOMİ OLAN
HASTALARDA OPERASYON ÖNCESİ VE SONRASI CİNSEL
FONKSİYONLARIN KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ
Dr.Sinan KARAGEÇİLİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Muhammet Erdal SAK

ŞANLIURFA

2018

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

**LAPAROSKOPİK VE ABDOMİNAL HİSTEREKTOMİ OLAN
HASTALARDA OPERASYON ÖNCESİ VE SONRASI CİNSEL
FONKSİYONLARIN KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Sinan KARAGEÇİLİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Muhammet Erdal SAK

Bu tez, Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma Koordinatörlüğü tarafından
Tarih ve protokol numarası ile desteklenmiştir/desteklenmemiştir.

ŞANLIURFA

2018

(Tezin Kabul ve Onay Belgesi)
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Dr. Sinan KARAGEÇİLİ'in "Laparoskopik ve Abdominal Histerektomi Olan Hastalarda Operasyon Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonların Karşılaştırılması" başlıklı tezi 31.10./2018 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı
Doç. Dr. Muhammet Erdal SAK
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı



Üye
Doç. Dr. Mehmet Sıddık EVSEN
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı



Üye
Dr. Öğr. Üyesi Sibel SAK
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı



ONAY
31.10.2018
Prof. Dr. Mustafa DENİZ
Dekan Vekili
DEKAN



TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresi boyunca bilgi, beceri, hekimlik ve cerrahi hekimlik inceliklerini, tecrübelerini büyük bir özveri ile aktarıp; yardımlarını eksik etmeyen tez danışmanım Doç. Dr. M. Erdal SAK, Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Neőe Gül HiLALİ ve hocalarım Doç. Dr. Adnan iNCEBIYIK, Dr. Öğr. Üyesi Hacer UYANIKOĞLU, Dr. Öğr. Üyesi Dr A.Berkiz TURP, Dr. Öğr. Üyesi Sibel SAK ve Dr. Öğr. Üyesi Mert Ulaş BARUT'a teşekkür ederim.

Ayrıca tez çalışmalarım döneminde her türlü desteğini esirgemeyen, eğitim sürecinde gerek cerrahi gerekse insani donanımı ile bizlere öncülük hocam Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Neőe Gül HiLALİ' ye ve tez çalışmam döneminde bilgi ve birikiminden faydalandığım, her türlü desteğini aldığım Dr. Öğr. Üyesi Sibel SAK hocama gönülden şükranlarımı sunarım.

Kadın Hastalıkları ve Doğum asistanlığı boyunca her türlü zorlukları beraber atlattığımız çok değerli asistan arkadaşlarım ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Eğitim hayatım boyunca her zaman yanımda olan ve en zor zamanlarımda beni destekleyen aileme, eşime ve kızım Serra'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr.Sinan KARAGEÇİLİ

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar DİZİNİ	IV
ŞEKİLLER DİZİNİ	V
RESİMLER DİZİNİ	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.Tarihçe	3
2.2. Histerektomi İnsidansı ve Prevalansı	3
2.3. Alt Ürogenital Sistem Anatomi Ve Embriyolojisi	4
2.3.1.Embriyoloji	4
2.3.2. Anatomi	5
2.3.2.1. Dış Genital Organlar	5
2.3.2.1.1. Mons Pubis	5
2.3.2.1.2. Labium Minörler	5
2.3.2.1.3. Kilitoris	5
2.3.2.1.4.Vestibül	6
2.3.2.2. Ürogenital Sistem Organları	7
2.3.2.2.1. Vagina	7
2.3.2.2.2.Uterus	8
2.3.2.2.3.Tuba Uterina	10
2.3.2.2.4.Overler	10
2.4. Pelvik Taban Anatomisi	11
2.4.1. Kemik Pelvis	11
2.4.2. Pelvik Taban, Yan Duvarı Oluşturan Kaslar ve Ligamentler	12
2.4.2.1. Pelvik Diafram	13
2.4.2.2. Pelvis Yan Duvarını Oluşturan Kaslar	15
2.4.3.Pelvik Organ Desteği Sağlayan Bağ Dokuları	15
2.4.3.1 Uterus ve Vagina Destek Yapıları	15

2.5. Histerektomi	16
2.5.1. Histerektomi Tekniği	18
2.5.2. Histerektomi Endikasyonları	18
2.5.3. Histerektominin Seçenekleri	19
2.5.3.1. Abdominal Histerektomi	19
2.5.3.2. Vaginal Histerektomi	20
2.5.3.3. Laparoskopik Histerektomi	20
2.5.3.3.1. Laparoskopik Histerektomi tekniği	20
2.5.3.3.2. Laparoskopik Cerrahide Hemostaz Amaçlı Kullanılan Enerji Kaynakları	32
2.6. Histerektomi ve Cinsellik	35
2.6.1. Kadında Cinsel Yanıtın Fizyolojisi Ve Evreleri	35
2.6.2. Kadında Cinsel Yanıtın Fizyolojisi	35
2.6.3. Kadında Cinsel Yanıtın Evreleri	37
2.6.3.1. Uyarılma Evresi	37
2.6.3.2. Plato Evresi	38
2.6.3.3. Orgazm Evresi	38
2.6.3.4. Çözülme Evresi	38
2.6.4. Histerektominin Cinsel Yaşama Etkisi	39
2.6.4.1. Histerektominin Kadın Cinsel Fonksiyonuna Etkisi	39
2.6.4.2. Cinsel İstek ve İlgide Değişiklik	40
2.6.4.3. Cinsel Uyarılmada ve Lubrikasyonda Değişiklik	40
2.6.4.4. Orgazmda Değişiklik	41
2.6.4.5. Cinsel İlişki Sıklığında Değişiklik	41
2.6.4.6. Overlerin Kanlanması ve Bozulması	42
2.6.4.7. Disparoni	42
3. MATERYAL METOD	43
3.1. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği	44
4. BULGULAR	45
5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	62
KAYNAKLAR	65
7. EKLER	71

Tablo-1: Laparoskopik Histerektomi Sınıflaması (ACOG)	20
Tablo-2: Hastaların Demografik Özellikleri	45
Tablo-3: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri	46
Tablo-4: Histerektomi Endikasyonları	47
Tablo-5: Tlh planlan kadınların ameliyat öncesi jinekolojik ve onbstetrik öyküsüne ilişkin bulguların dağılımı	48
Tablo-6: Tah planlan kadınların ameliyat öncesi jinekolojik ve onbstetrik öyküsüne ilişkin bulguların dağılımı	49
Tablo-7: Kadınların uterusu yükledikleri anlam	49
Tablo-8a: TLH Cinsel Doyum	50
Tablo-8b: TAH Cinsel Doyum	50
Tablo-9a: TLH Cinsel İstek	51
Tablo-9b: TAH Cinsel İstek	52
Tablo-10a: TLH Cinsel İlişki Sıklığı	52
Tablo-10b: TAH Cinsel İlişki Sıklığı	53
Tablo-11a: TLH Cinsel Orgazm Sıklığı	53
Tablo-11b: TAH Cinsel Orgazm Sıklığı	54
Tablo-12a: TLH Cinsel İlişki Sırasında Ağrı Sıklığı	55
Tablo-12b: TAH Cinsel İlişki Sırasında Ağrı Sıklığı	55

Şekil-1: Pelvik Organların Posteriodan Görünümü	7
Şekil-2: Uterus	8
Şekil-3: Erişkin Bir Kadının Ortadan Median Kesilmiş Pelvisinin Sağ Yarısının Kesit Yüzeyi	9
Şekil-4: Tuba Uterina	9
Şekil-5: Ovaryum	10
Şekil-6: Pelvik Taban Kasları	11
Şekil-7: Pelvik Kemik	12
Şekil-8: Pelvik Ligamanlar	13
Şekil-9: Pelvis Duvarının Ve Döşemesinin Kasları	14
Şekil-10: Laparoskopik Histerektomide Trokar Giriş Yerleri	21
Şekil-11: RUMI Manipulatör	24
Şekil-12: Uterin Manipulator İle Kolpotomi Halkasının Belirlenmesi	24
Şekil-13: Trokar Yerleşimi	25
Şekil-14: Laparoskopik Histerektomide Video Kamera Yerleştirilmesi Ve Co2 İle Pnömooperitoneum Oluşturulması	31
Şekil-15: İntrakorporal Suture	33
Şekil-16: EndoGIA (Covidien, Mansfield, MA)	33
Şekil-17: Echelon	33
Şekil-18: En-Seal, ligasure, plazmakinetik	34

RESİMLER DİZİNİ

SAYFA NO

Resim-1: Uterin Manipulatörler	23
Resim-2: Raund Ligamenti Ligasyonu	26
Resim-3: İnfundibulopelvik Ligament Ligasyonu	26
Resim-4: Mesanenin Anteriordan Ayrıştırılması	27
Resim-5: Uterin Arterin Ayrıştırılması	28
Resim-6: Ureterlerin Ayrıştırılması	28
Resim-7: Uterin Arterlerin Koterizasyonu	28
Resim-8: Vajinal Cuff In Kesilmesi	29
Resim-9: Vajen Cuff In İntrakorporal Suturasyonu	30
Resim-10: Vajen Cuff Kapatılmış Hali	31
Resim-11: LigasureTM (Covidien)	34

SİMGELER VE KISALTMALAR

KCİÖ	:Kadın Cinsel İşlev Ölçeği
VH	:Vajinal Histerektomi
AH	:Abdominal Histerektomi
TLH	:Total Laparoskopik Histerektomi
TAH	:Total Abdominal Histerektomi
LAVH	:Laparoskopik Asiste Vajinal Histerektomi
BSO	:Bilateral Salpingo Oferektomi
PVN	:Paraventriküler Nükleus
VMN	:Ventromedial Nükleus
FSH	:Folikül Stimüle Edici Hormon
LH	:Lutenize Edici Hormon
GnRH	:Gonadotrop Realesing Hormon
VIP	:Vazoaktif İntestinal Peptid
NO	:Nitrik Oksit

ÖZET

Laparoskopik ve Abdominal Histerektomi Olan Hastalarda Operasyon Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonların Karşılaştırılması

Dr. Sinan KARAGEÇİLİ

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi

Bu araştırma, ülkemiz koşullarında laparoskopik ve laparatomik histerektomi ameliyatı geçirmiş kadınlarda, histerektomi ameliyatının cinsel fonksiyonlara etkisini belirlemek amacıyla iki aşamalı, prospektif kesitsel bir araştırma olarak planlandı.

Araştırmanın örneklemini Harran Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde Ocak 2016-Mart 2018 tarihleri arasında laparoskopik ve laparatomik histerektomi ameliyatı geçirmiş araştırmayı kabul eden 120 kadın oluşturdu.

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından Kadın Cinsel İşlev Ölçeği değerlendirme formu tüm hastalara uygulandı ve tüm sorulara hastaların cevap vermesi sağlanarak toplandı. Hastalara ameliyattan 1-2 gün önce Kadın Cinsel İşlev Ölçeği yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı. Aynı hastalara ameliyat sonrası 3. Ayda Kadın Cinsel İşlev Ölçeği yüz yüze görüşme tekniği ile tekrar uygulandı.

Verilerin istatistiksel analizleri Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 17.0 for Windows istatistik analiz paket programı ile gerçekleştirildi. Kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde Fisher ki-kare testleri, bağımlı grupların değerlendirilmesinde Wilcoxon testi kullanıldı. Sayısal değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov Smirnov Testi ile incelendi. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

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

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

Anahtar Kelimeler: Histerektomi, cinsellik, cinsel fonksiyonlar.



ABSTRACT

Comparison of Pre- and Post-Sexual Sexual Functions in Patients with Laparoscopic and Abdominal Hysterectomy

Sinan KARAGEÇİLİ, MD

Specialty Thesis, Department of Gynecology and Obstetrics

This study was planned as a two-stage prospective cross-sectional study to determine the effect of hysterectomy on sexual function in women who had undergone laparoscopic and laparotomy hysterectomy conditions in our country.

The sample of the study consisted of 120 women who had undergone laparoscopic and laparotomic hysterectomy between January 2016 and March 2018 in Harran University Department of Obstetrics and Gynecology Clinic.

The data of the study were applied to all patients by the researcher and the Female Sexual Function Scale evaluation form was collected and all patients were asked to respond. Female Sexual Function Scale was applied to the patients 1-2 days before the operation by face to face interview technique. Female Sexual Function Scale in the 3rd month was re-administered by face to face interview technique.

Statistical analysis of the data was performed with Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 17.0 for Windows statistical analysis package program. Fisher's chi-square tests and Wilcoxon test were used to evaluate categorical variables. The Kolmogorov Smirnov test was used to determine whether the numerical variables were normally distributed or not. The statistical significance level of all tests was <0.05 .

Women who participated in the study stated that they perceived their sexual functions as better than the preoperative period and did not cause any changes in the relationship of hysterectomy with their partners.

As a result of this research, it can be suggested that larger scale studies should be conducted to provide information about sexual functions to the patients who will undergo surgery, which will result in loss of sexual organ, and to generalize the research to a wider audience.

Keywords: Hysterectomy, sexuality, sexual functions.



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Histerektomi uterusun cerrahi olarak kadın doğum uzmanları tarafından çıkarılmasıdır ve jinekolojik ameliyatlarda içinde en sık uygulanan cerrahi girişimdir (1,2). Histerektomi, pelvik ağrı, dispareni, üriner ve cinsel yaşama yönelik problemleri içeren sağlık sorunlarında iyileşme sağlayarak kadınların yaşam kalitesini yükseltebilmektedir (3). Buna karşın histerektomi ile birlikte kadınlarda, fizyolojik (hormonal değişim, cerrahi işlemler, iyileşme süreci gibi) (4,5), psikolojik (korku, depresyon, beden imajı algısı) (6,4,5,8), sosyal (evlilik ilişkisi, eğitim, ekonomik durum) (5,8) ve cinsel (cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum, ağrı) (9,10,5), faktörlere bağlı değişimler yaşanmaktadır. Histerektomi kadınlar tarafından dışılık algısının kaybı, beden imajının farklılaşması, menopoza girme, fiziksel güç, doğurganlık ve cinsel işlev yeteneğinin kaybı olarak değerlendirilebilmektedir. Histerektomi kadınlarda endişe ve korkuya yol açarak yaşam kalitesini olumsuz yönde de etkileyebilmektedir (11).

Histerektomi prevalansı gelişmiş ülkelerde, binde 6.1-8.6 arasında değişmekte birlikte histerektomi uygulanan kadınların yaş ortalaması 42.7'dir ve % 75'ini 20-49 yaş grubundaki kadınlar oluşturmaktadır (1). Literatür tarandığında 60 yaşına ulaşan her üç ya da dört kadından birisinin histerektomi ameliyatı olduğu vurgulanmaktadır(12,13). Ülkemizde histerektomi ameliyatının hangi sıklıkta yapıldığını gösteren net bir veri bulunmamaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığı istatistik birimi ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, ameliyat sayılarının ve Türkiye nüfusunun her geçen yıl arttığı göz önünde bulundurulursa, histerektomi sayısının da yukarıya doğru bir çizgi izlediği düşünülmektedir (14).

Histerektomi operasyonunun en sık endikasyonları; myoma üteri (%26,8), uterin prolapsus (%20,8), endometriozis (%14,7), kanser (%10,7) ve endometrial hiperplazi (%6,2) oluşturmaktadır. Anormal kanama, parametrial ve peritoneal hastalık, kadın genital sisteminin enfeksiyöz hastalığı ve obstetrik kaynaklı durumlar geri kalan %20,7'lik kısmı oluşturmaktadır (12).

Histerektomi; abdominal, vaginal ve laparoskopik olmak üzere üç farklı teknikle yapılabilir. Vajinal histerektomi, cerrahi travma oranının daha düşük olması ve abdominal histerektomiye oranla daha hızlı iyileşme yüzdesine sahip olmasından dolayı daha avantajlıdır. Buna rağmen histerektomilerin ancak % 25'i vaginal yoldan yapılmaktadır (15).

Laparoskopik veya laparoskopik asiste vaginal histerektomi (LAVH), abdominal histerektomiye alternatif olarak 1989 yılında Reich ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır.(16). Literatürde laparoskopik histerektomi veya LAVH’lerde abdominal histerektomilere göre ciddi morbidite düşüklüğü, daha az kan kaybı, analjezik ihtiyacının azalması, hastahanedeki kalma süresinin kısalması, kozmetik olarak daha iyi, daha çabuk iyileşme, yara yeri enfeksiyonlarının belirgin düşük olduğu bildirilmiştir (17).

Kadınların histerektomi sonrası yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve yukarıda belirtilen en önemli unsurlardan birisini cinsel yaşamın sonlanması ve cinsel işlev kaybına yönelik korku ve endişelerin yaşanması oluşturmaktadır (5). Histerektomi sonrası cinsel yaşama yönelik sorun ve endişelerin giderilmesi ise yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir (6,9). Histerektominin cinsel yaşam üzerine olan etkisi değişkendir (9,19) ve histerektomide kadın cinselliği; yaş(8), menopoza (18) , kronik hastalık durumu (20), ruhsal sağlık durumu (21), eşinin cinsel sağlık durumu ve histerektomi tekniğine (8) bağlı olarak etkilenebilmektedir.

Histerektomi sonrası cinsel yaşamın histerektomi teknikleri yönünden değerlendirilmesi gittikçe önem kazanmaya başlamıştır. Histerektomi sonrası, kadınların % 10-25 'inde cinsel istekte, uyarılmada, lubrikasyonda, orgazmın kalitesinde azalma ve dispareni gibi cinsel işlev sorunları meydana gelmekle birlikte, kadınların önemli bir bölümünde cinsel fonksiyonlarda belirgin bir iyileşme yaşanmaktadır (9,22). Ancak histerektominin cinsel fonksiyonlara etkisinin araştırıldığı çalışma sayısı sınırlı olduğundan bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Bu çalışmamızın amacı; Harran üniversitesi tıp fakültesi kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde Ocak 2016 ve Mart 2018 tarihleri arasında laparoskopik ve laparotomik histerektomi olan hastalardan operasyondan bir gün önce ve operasyondan üç ay sonra cinsel fonksiyonlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tarihçe

Histerektomi hakkındaki bazı referanslar, Hipokrat (M.Ö. 5. yüzyıl) dönemine kadar gitmektedir(23,24). İlk teşebbüsler, uterin prolapsus veya uterin inversiyon endikasyonları için vajinal olarak denenmiştir. Vajinal histerektomiler (VH), M.S. 17. ve 18. Yüzyıllar boyunca nadiren yapılmıştır(24). İlk planlı, başarılı VH 1813 yılında Conrad Langenbeck tarafından yapılmıştır (25). A.B.D.'de ilk VH 1829 yılında Harvard Üniversitesi'nde John Collins Warren tarafından yapılmıştır; ancak hasta postoperatif dördüncü gün ölmüştür. 19. yüzyıl sonlarında, VH tekniği, Czerny, Billroth, Mikulicz, Schroeder, Kocher, Teuffel ve Spencer Wells tarafından sistematik olarak çalışılmış ve geliştirilmiştir (25).

İlk abdominal histerektomi (AH), 1825 yılında Langenbeck tarafından yapılmıştır(25). İlerlemiş serviks kanseri nedeni ile yapılan ve yedi dakika süren operasyon, saatler sonra hastanın ölümü ile sonuçlanmıştır. Abdominal kesi, sıklıkla ölümcül olan postoperatif kanama ile komplike olmaktadır. İlk kez 19. yüzyılın ortalarında A.M. Heath, uterin arterleri bağlamayı başarmıştır; ancak bu yöntemin pratiğe geçişi 50 yıl sonra olmuştur (26). İlk başarılı AH, 1853 yılında Walter Burnham tarafından yapılmıştır. Aynı yıl Gilman Kimball, kloroform anestezisi altında, ilk başarılı subtotal abdominal histerektomi'yi (SAH) fibroidlerde tanımlamıştır (27). Başarılı ilk histerektomilerin çoğunluğu subtotal yapılmaktaydı. Geriye kalan serviks dokusunda kanser geliştiğinin fark edilmesinden sonra SAH popülaritesini o kadar yitirdi ki, şu an İngiltere'de uygulanan histerektomilerin %5' inden daha azını oluşturmaktadır (27). Benzer eğilim A.B.D.'de de görülmektedir. Sonraki 100 yıl boyunca, bu teknikler daha da iyileştirildi ve malzemeler geliştirildi; fakat A.B.D.'den Harry Reich'in laparoskopik cerrahideki öncü çalışmalarına kadar, histerektomi tekniğinde daha fazla kavramsal bir gelişme yaşanmamıştır. Laparoskopik veya laparoskopik asiste vajinal histerektomi (LAVH), abdominal histerektomiye alternatif olarak 1989 yılında Reich ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır (16).

2.2 Histerektomi İnsidansı ve Prevalansı

Her yıl ABD'de 600.000'den fazla kadın histerektomi olmaktadır (27). ABD'de 40 yaşına geldiklerinde kadınların %20'si (28), 65 yaşına geldiklerinde %33'ü (48) ve 85 yaşına geldiklerinde %43'ü histerektomi geçirmiş olacaktır (28). Ülkeler arasında histerektomi

prevelansları açısından belirgin farklılıklar vardır (29,30).Buna göre, en yüksek oranlara A.B.D.'de rastlanırken (binde 5,4), en düşük oranlar (binde 1,2) Norveç'te görülmektedir. Alternatif tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine rağmen birçok ülkede, geçen zaman süresince histerektomi hızlarında çok küçük değişiklikler olmuştur. Örneğin ABD'de 1988 – 1997 yılları arasında yıllık histerektomi oranları binde 5,68 olarak değişmeden kalmıştır(29). Histerektomilerin %75'i, 20 ile 49 yaşları arasındaki kadınlara uygulanmaktadır. Histerektomi olan kadınların ortalama yaşı 42,7 ve medyan yaşı 40,9'dur. Bu oranlar 1980'lerden beri sabit kalmıştır (31).

2.3. Alt Ürogenital Sistem Embriyolojisi Ve Kadın Genital Organ Anatomisi

2.3.1. Embriyoloji

Kadın genital ve üriner sistemi embriyolojik köken olarak da ilişkilidir ve büyük kısmı primitif mezoderm ve endodermden gelişir. Genital sistemin normal gelişimi dolaylı olarak üriner sistemin normal gelişimine bağlıdır. Üriner sistem, internal ve eksternal genital sistemin orijin aldığı primitif embriyolojik köken ayrı olmasına karşın gelişim süreçleri birliktelik göstermektedir (32). Embriyolojik hayatın erken döneminde fertilizasyondan 17 gün sonra, üç tabakalı embriyonun kaudal ucunda mezoderm olmadan endoderm ve ektoderm birleşerek kloakal membranı oluşturur. Yolk kesesinin arka duvarında bir divertikulum olarak allantois gelişir. Kloakal membranın üstünde allantois ve hindgutun birleşmesiyle kloaka oluşur. Kloaka ürorektal septum ile ikiye ayrılarak önde ürogenital sinüs, arkada rektuma farklılaşır. Ürorektal septumun kloakal membranı kestiği nokta perineal body olacaktır.

Ventral mezodermal kabartılarından üretral kıvrımlar ve genital tüber oluşur. Ürogenital sinüsten mesane, üretranın büyük kısmı, vaginanın distal 1/3'ü, hymen ve vaginal vestibül gelişir. Ürogenital sinüsün üst kısmını kaplayan mezodermal doku detrusor kasını ve mesanenin serozasını oluşturur. Mesonefrik duktuslardan trigonum vezika, üreterler, renal pelvis, kaliksler, toplayıcı tübüller ve üretranın proksimal kısmı oluşur. Böbrekler böbrek toplayıcı sistemler ve üreterler primitif aortanın yanındaki mesodermden köken alır. Paramezonefrik duktuslar ise uterus, tuba uterinalar, proksimal vajinayı oluşturur (31,33). Alt üriner sistem ve genital sistem embriyolojik olarak benzer özellikler göstermektedir. Östrojen hormon reseptörlerinin her iki sistemde de bulunması bu benzerliğin örneklerinden biridir.

2.3.2. Anatomi

2.3.2.1. Dış Genital Organlar

2.3.2.1.1. Mons Pubis

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

2.3.2.1.2. Labium Minörler

Labium minörler, labium majörlerin altında, perineye doğru uzanan, önde klitoris, arkada frenilum ile birleşen, pembe renkli, kılsız, yağ bezleri ve kan damarları bakımından zengin deri kıvrımlarıdır. Klitoristen daha az olmakla birlikte, erektil bir yapıya sahiptirler. Her iki labiumun büyük bir bölümünü arteria pudenda eksterna ve az bir bölümünü femoral arterin superior dalı kanlandırır. İnnervasyonunu ise pudental sinirin postlabial ve perineal dalları yapar.

2.3.2.1.3. Klitoris

Kadındaki erektil bir organ olan klitoris erkekte penisin karşılığıdır. Embriyolojik olarak 3. aydan sonra genital tüberkül kızlarda klitorisi, erkeklerde penisi oluşturur. Klitoris de penis gibi glans, korpus ve kruradan(korpora kavernosa) oluşur. Boyutları kadından kadına değişmektedir. Klitoris tümüyle bakıldığında üretral meatusun üstünde yerleşmiş 'ters v' şeklinde görülür. Klitorisin bilinen en önemli görevi cinsel ilişki sırasında, gövdesinde bulunan süngerimsi yapıların kanla dolmasıyla kadının orgazm olmasını sağlamaktır. Bir diğer görevinin ise cinsel ilişki esnasında gövdesinin şişmesiyle üretral meatusu kapatarak, bakterilerin üretraya girişini engellemek olduğu düşünülmektedir. Ayrıca gövdenin şişmesi vaginal açıklığın gerilmesini sağlayarak penisin vajinaya rahatlıkla girmesini sağladığı da düşünülmektedir.

Klitoris sempatik olarak hipogastrik superior pleksustan, parasempatik olarak ise L2-S2 den köken alan lumbosakral segmentlerden innerve edilen yaklaşık içinde 8.000 sinir lifi

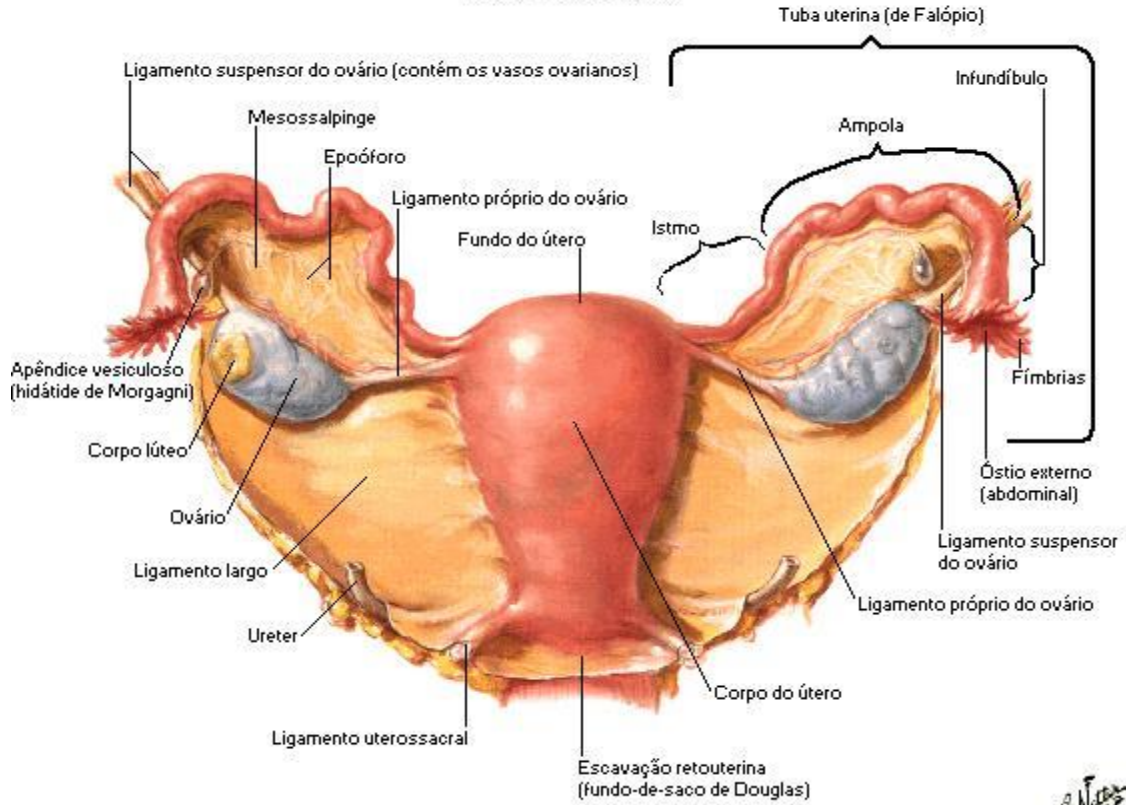
bulunduran bir organdır. Hipogastrik sinirler ve pudental sinir, duyu innervasyonundan sorumludurlar. Duyu sinir uçları, dokunma, derin basınç ve ağrıyı iletirler. Klitorisin kanlanması ana arter iliohipogastrik pudental yataktan gelen internal iliak, internal pudental, ana klitoral, dorsal klitoral ve kavernoözal klitoral şeklinde dallanan arterlerden ve femoral arterin superior dalından sağlanır. Yeterli miktarda uyarılan klitoris uyarımları toplar ve bel bölgesindeki omurilikte bulunan cinsel merkeze ulaştırır ve bu uyarımların cinsel hazza dönüşmesini sağlar. Böylece genital bölgedeki damarlarda kan akımı iki kat artar, klitorisin boy ve çapı artar, glans şişkinleşir ve orgazm oluşur.

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

2.3.2.1.4. Vestibül

Vestibül önde klitoris, arkada frenilum, yanlarda labium minörlerin çevrelediği kayık şeklindeki boşluktur. Vajinal ve üretral orifislerle birlikte Bartholin bezlerinin boşaltma kanalları da buraya açılırlar. Bartholin bezleri cinsel ilişki esnasında kadın vaginasının kayganlaşmasını sağlayan sıvı salgılar.

Útero e Anexos Vista Posterior



Şekil-1: Pelvik Organların Posteriordan Görünümü

2.3.2.2. Ürogenital Sistem Organları

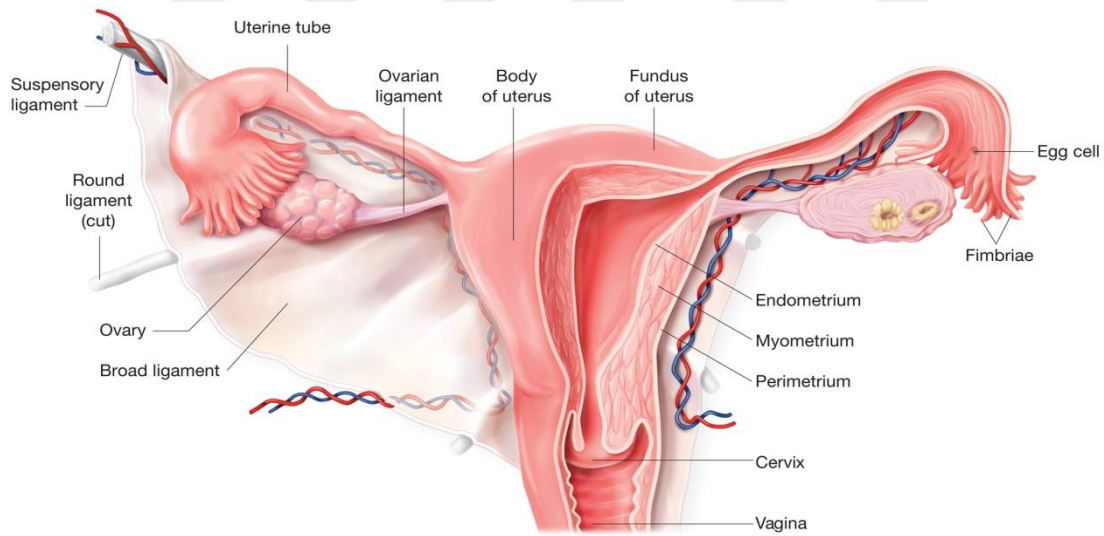
2.3.2.2.1. Vagina

Vulvar vestibül ile uterus arasında fibromusküler tüp şeklinde ortalama 7-9 cm uzunluğundadır. Dorsal litotomi pozisyonunda vagina posteriorda sakruma doğru uzanır ancak ayakta ise horizontaldir. Önde serviksin hemen üstünde uterusu tutunur. Arkada ise daha yüksek bir noktadan tutunduğu için arka vaginal duvar önden yaklaşık 3 cm daha uzundur. Serviks ile vagina arasında oluşan boşluklar anterior, posterior ve lateral forniksleri oluşturur. Vagina lateral pelvik duvara endopelvik fasyanın arcus tendineus bağlantısı ile asılıdır. Önde mesane, mesane boynu, üretra ve trigonum arkada perineal body, anal kanal, rektum ve posterior cul de sac arasında yer alır. Alt üriner ve gastrointestinal sistemden pelvik fasya ile ayrılır. Vagina 3 kısımdan oluşur. Mukoza nonkeratinize çok katlı yassı epitelyumdan oluşur. Salgı bezi içermez. Vaginal ıslaklık servikal sekresyonlar ve vaginal epitelden oluşan transudasyon ile sağlanır. Vaginal duvarlarda karakteristik mukozal plikaları 'rugae vaginalis' olarak adlandırılır. Muskularis

tabakasında bağ dokusu ve düz kas iç 11kısımda sirküler dış kısımda longitudinal olarak yerleşir. Adventisya ise muskularis tabakasına yapışık olan endopelvik fasya kısmıdır. Kanlanması A.vaginalis ve A.uterina, A.pudenda interna ve A.rectalis media'nın dalları ile olur (34).

2.3.2.2.2. Uterus

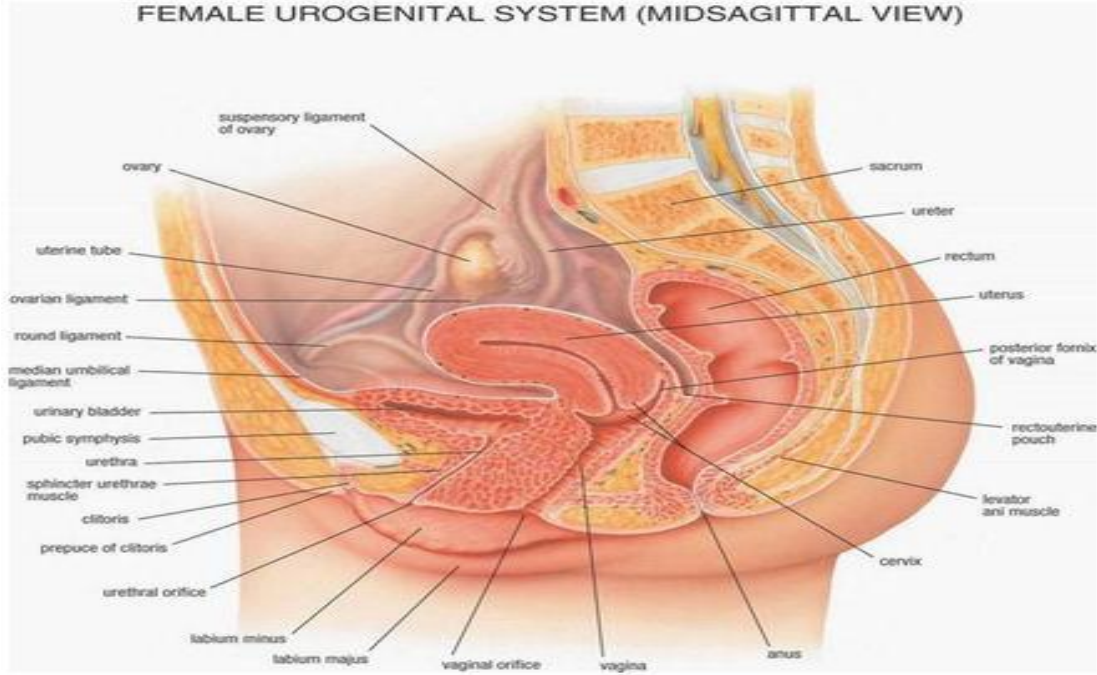
Pelvis boşluğunda, mesanenin arkasında rektumun önünde ve vajinanın üzerinde yer alan fibromusküler bir organdır. Fundus, korpus, istmus ve serviks uteri olmak üzere dört anatomik bölümde incelenir. Serviksin vaginal tarafına ektoserviks veya portio vaginalis denilir. Konveks yuvarlak bir yüzeyi vardır. 2-3 cm uzunluğundaki endoservikal kanal eksternal ve internal os arasında yer alır. Servikal mukoza ektoservikte çok katlı yassı epitelyum ve endoservikte glandüler epitelden oluşur. İki epitelin karşılaştıkları bölge skuamokolumnar bileşke olarak adlandırılır. Lokalizasyonu hormonal duruma bağımlı ve değişkendir. Servikal neoplaziler en sık bu dinamik bileşkedeki yani transformasyon zonundan kaynaklanırlar. Korpusun boyutu ve şekli pariteye hormonal duruma bağılı olarak değişir. Doğumda serviks ve korpus eşit boyutlardadır. Yetişkin kadınlarda ise korpus serviksin 2-3 katına çıkar.



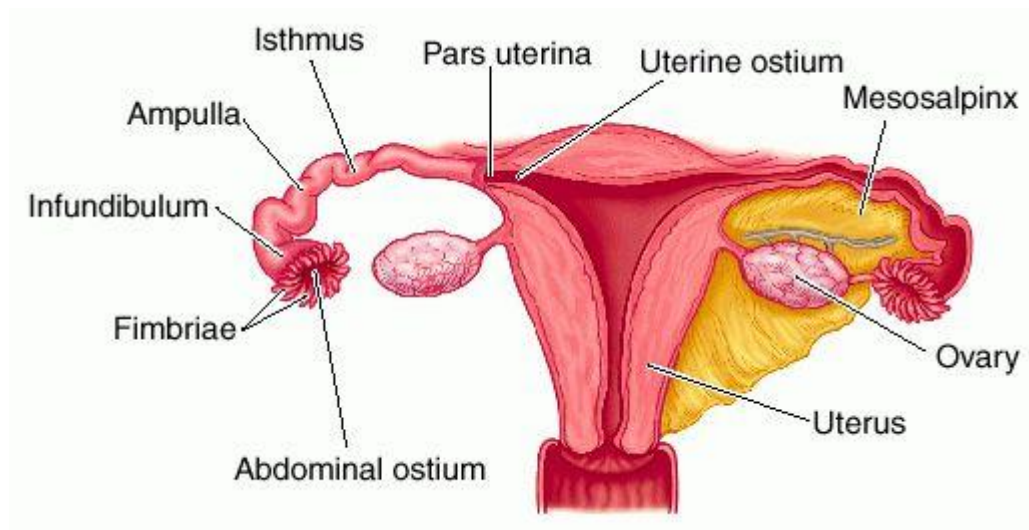
Şekil-2: Uterus

Uterusun diğer pelvik yapılara göre pozisyonu değişkendir; ön, orta veya arka; fleksiyon ve versiyon Fleksiyon uterin korpusun uzun aksı ve serviks arasındaki açıdır. Versiyon ise uterus ve vagina arasındaki açıdır. İstmus ya da alt uterin segment endoservikal kanalın endometrial kaviteye açıldığı bölgedir. Uterus yapı olarak 3 kısımdan oluşmuştur. Tunika seroza uterus en dışta yer alır ve uterus üzerini örten periton yaprağıdır. Tunika muskularis uterusun büyük kısmını

oluşturan düz kas liflerinden oluşmuş kalınlığı 1,5-2,5 cm arasında değişen tabakadır. Tunika mukoza ya da endometrium menstrüel siklus sırasında değişiklik gösteren fonksiyonel tabakadır. Kanlanması A.iliaca interna'nın dalı olan A.uterina'lar tarafından yapılır. Bu arterin dalları A.ovarica ve A.vaginalisile anastomoz yapar. İnnervasyon Liglatum uteri tabanında vaginanın üst tarafında yer alan plexus uterovaginalis tarafından sağlanır. Preganglioner sempatik lifler T12-L1 segmentlerinden parasempatik lifler ise S2-S4 segmentlerinden olur (34).



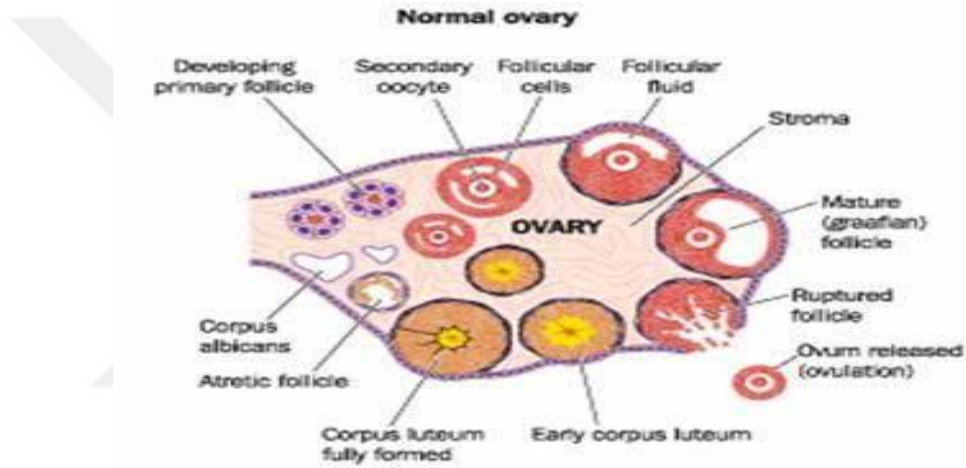
Şekil-3: Erişkin Bir Kadının Ortadan Median Kesilmiş Pelvisinin Sağ Yarısının Kesit Yüzeyi



Şekil-4: Tuba Uterina

2.3.2.2.3. Tuba Uterina

Fallop tüpleri ve overlere adneks denir. Fallop tüpleri proksimal müllerian kanalın birleşmemiş uçlarından gelişmiş bir çift tübüler organdır. Uzunluğu 7-12 cm arasında değişir. Fonksiyonu ovumu yakalamak, konsepsiyona uygun ortam sağlamak, fertilize olmuş ovumun beslenmesini ve transportunu sağlamaktır. 4 anatomik bölgeden oluşur; intertisyum, isthmus, ampulla ve infundibulum (fimbria). Tubal mukoza silyalı kolumnar epitel ile kaplıdır. Tuba periton ile kaplıdır ve mezosalfenks aracılığı ile Lig latumun üst kenarına tutunur. Kanlanması A.uterina ve A.ovaricaile sağlanır. İnnervasyonu Plexus uterovaginalis ve ovarica ile olur (34).



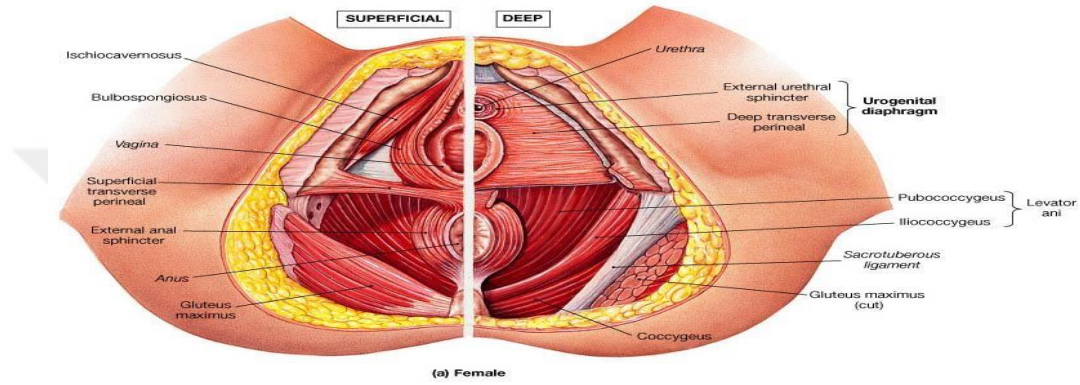
Şekil-5:Ovaryum

2.3.2.2.4. Overler

Lateralde lig infundibulopelvikum medialde lig ovarii proprium ile pelvis ve uterus arasında asılı duran gonadal yapılardır. Over büyüklüğü ekzojen ve endojen faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Korteks ve medulla olmak üzere iki bölümden oluşur. Kanlanması abdominal aortadan ayrılan A.ovarica ile olur. Venleri ise sağda Vena cava inferior'a, solda *vena renalis*'e dökülür. Sempatik lifler T 10-11 segmentinden parasempatik lifler ise nervus vagustan gelir (34).

2.4. Pelvik Taban Anatomisi

Pelvik taban mesane ve üretra pozisyonunu ve mobilitesini sağladığı için üriner kontinanstta çok önemlidir. Pelvik taban vulvar cilt ve pelvik periton arasında yer alan birçok komponentten oluşmuştur. Yukarıdan aşağıya doğru; periton, pelvik organlar ve endopelvik fasya, m.levator ani, perineal membran, ürogenital diafram, yüzeysel perineal kaslar ve eksternal genital organlar pelvik tabanı oluşturur.

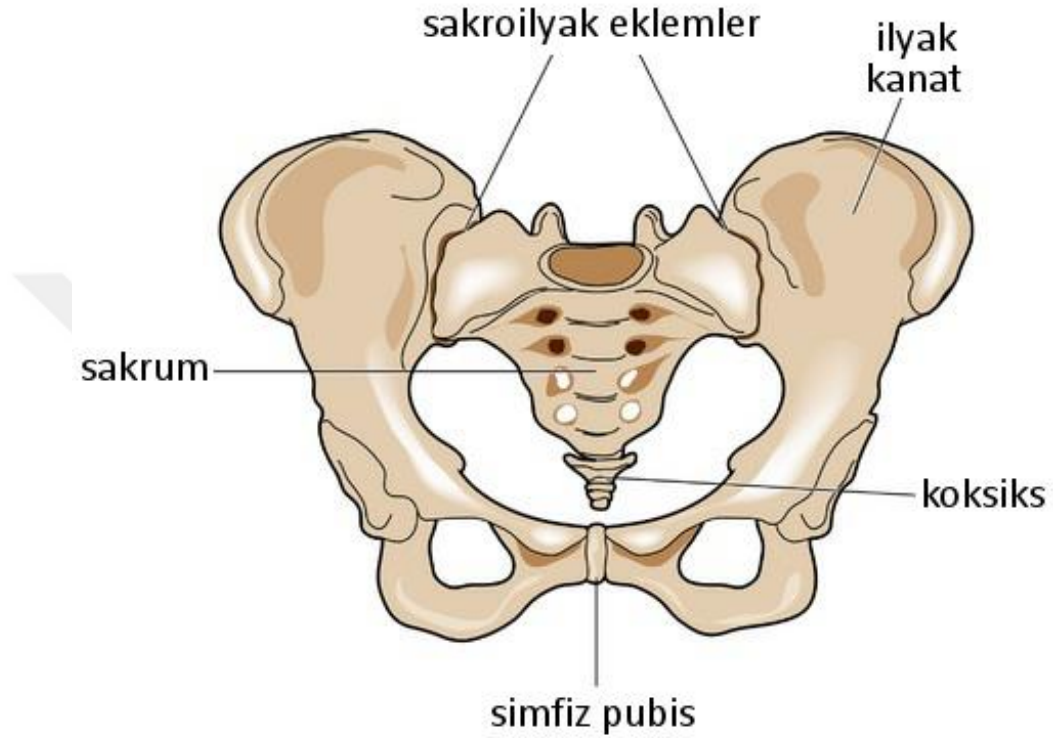


Şekil-6: Pelvik Taban Kasları

2.4.1. Kemik Pelvis

Kemik pelvis pelvik destek yapılarının tutunmasını sağlar. Statik pozisyonda pelvik organlar ve yapılar üzerindeki güçleri azaltarak kemik üzerine binmesini sağlar. Ayakta ise iliopubik ramus neredeyse vertikal hale gelerek kadının ağırlığının femurlara iletilmesini sağlar. İntraabdominal ve pelvik yapılarının basıncı bu sayede büyük oranda endopelvik fasya ve pelvik tabana doğru değil kemik pelvise iletilir. Apertura pelvis superior önde lig pubicum superior, yanlarda linea terminalis ve arkada promontoryum ile sınırlanır. Apertura pelvis inferior ise arkada sakrum ve koksiks, yanlarda lig sacrotuberale, tuber ischiadicum ve pubik kemiğin alt ramusları önde ise lig arkuatum pubis oluşturur. Pelvik taban kranial yönden bakıldığında önde simfizis pubis, arkada sakrum ve yanlarda spina ischiadikaların sınırlandırdığı eşkenar dörtgen şeklindedir. Spinalar arası geçen çizgi ile ön ve arka anatomik bölgelere ayrılır. Ön kısmına ürogenital üçgen arka kısmına anal üçgen adı verilmektedir. Spina ischiadikaların posterior yüzünden başlayıp sakrum anterolateral yüzüne ve koksikse uzanan lig. Sakrospinale, anal üçgen bölgesindeki yapılara destek sağlar. Spina ischiadikalar ile simfizis pubisin alt yüzü arasında uzanan M.levator

ani'nin superior fasyasının kondansasyonu ile oluşan arcus tendineus fasya pelvis (ATFP) ürogenital üçgende yer alan pelvik dokulara destek sağlar. Pelvik kemikler iki kırıldak simfizyal eklem; sakrokoksigeal eklem ve simfisis pubis ve iki sinovyal eklem; sakroiliak eklemler ile birleşir. Sakroiliak eklemler sakroiliak, iliolumbar, lateral lumbosakral, sakrotuberöz ve sakrospinöz bağlar ile stabilize edilir (35).

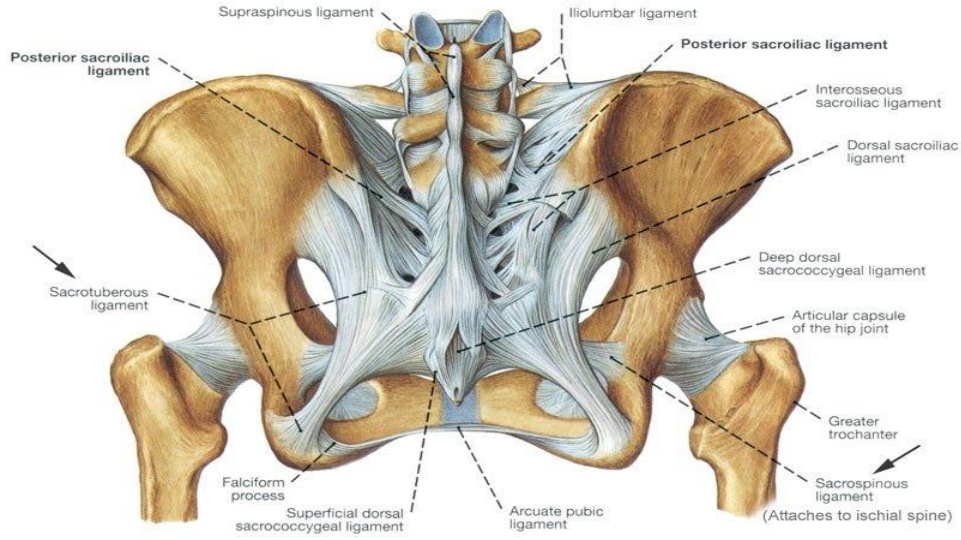


Şekil-7: Pelvik Kemik

2.4.2. Pelvik Taban, Yan Duvarı Oluşturan Kaslar ve Ligamentler

Pelvik taban kasları pelvik tabanı kapatarak abdominal ve pelvik organların ağırlıklarını taşır. Bu sayede pelvik fasyaların ve bağların sürekli maruz kaldıkları stresi engelleyerek gerilip esnemelerini azaltır.

Pelvis and Ligaments, Rear View, Female



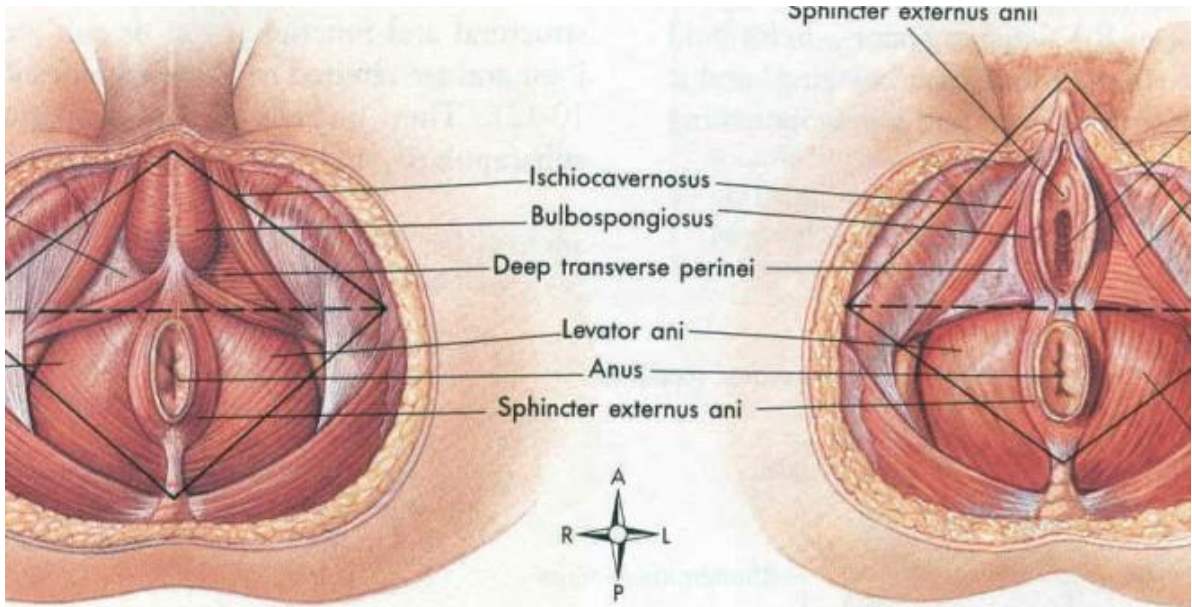
Şekil-8: Pelvik Ligamanlar

2.4.2.1. Pelvik Diafram

Huni şeklinde pelvik yapılara primer destek oluşturan fibromusküler bir yapıdır. Bütünlüğü kadınlara üretra, vagina ve rektum ile bölünmüştür. *M.levator ani*, *M.coccygeus* ve bu kasları alttan ve üstten örten fasyadan oluşmuştur. *M.levator ani* iki kısımdan oluşur; *M.pubovisceralis* (*M.pubococcygeus*) ve *M.iliococcygeus*. Pubovisceral kas kalın ‘U’ harfi şeklinde medialde pubik kemikten başlayarak rektum ve vaginayı saran askı şeklinde bir kastır. Bu kısım *M.levator ani*’nin puborektal, pubovaginal ve pubococcygeal kısımlarını içerir. Puborektal kas anorektal açının oluşmasında ve dolayısıyla fekal kontinansın sağlanmasında önemlidir. Pubovisceral bazal aktivitesi sırasında pelvik taban yukarıya doğru kalkar, pelvik organlar sefalik yöne doğru çekilir ve lümenlerinde daralma olur. Kontinansın sağlanmasında ve destek görevinde bu mekanizma önemlidir. Lateralde ise *M.iliococcygeus* daha ince bir kas yaprağı olarak arcus tendineus levator ani başlar (ATLA; arcus tendineus levator ani). Horizontal seyrederek *spina ischiadica*’ya uzanır. Median hatta karşı taraftan gelen kaslar ile anococcygeal rafede birleşerek levator tabakayı oluşturur. Yaklaşık 3.5 cm uzunluğundaki bu tabaka pelvik diaframın en stabil ve en sağlam kısmıdır. Levator cruri, pubococcygeal ve puborektal kas tarafından oluşturulur. Levator cruride rektum, vagina ve üretranın geçtiği açıklığa ürogenital hiatus denir. Bu açıklıktan rektum da geçmesine rağmen *m.levator ani* anüse direkt olarak tutunduğu için rektum terminolojiye dahil edilmemiştir.

Ürogenital hiatus anteriorda pubik kemikler, lateralde m.levator ani posteriorda perineal body ve eksternal anal sfinkter ile sınırlandırılmıştır. Ürogenital hiatus pelvik relaksasyon için en fazla risk taşıyan bölgedir. Bu açıklığı azaltmak için endopelvik fasya ile beraber parietal fasya ve bağlar arkus tendineus fasya pelvise tutunarak hiatusu sararlar (36). M.levator ani sürekli olarak bazal tonusunu koruduğu gibi aynı zamanda da istemli olarak kasılabilir. Bu mekanizma tip I (yavaş kasılan) ve tip 2 (hızlı kasılan) kas lifleri ile sağlanır. Tip I lifler bazal tonusun korunmasını sağlarken tip 2 lifler refleks ve istemli kasılmayı sağlar. Pelvik tabanın bazal tonusu valsalva manevrası, miksiyon, defekasyon gibi durumlar haricinde pelvik organlara sürekli destek sağlar. Akut stres durumunda örneğin hapşırma veya öksürme sırasında kontinansı sağlayabilmek amacıyla levator ani, üretra ve sfinkterlerin ani kasılma kabiliyeti vardır.

M.coccygeus M.levator aninin parçası değildir. Spina ischiadica ile sakrococcygeal bölge arasında uzanır. Sakrospinöz ligament üzerinde yer alır. Pelvik tabanın posterior desteğini oluşturur. Yaşlanma ile beraber incelir ve fibröz bir hal alarak sakrospinöz ligamentten ayrılamaz (37). M.levator ani fonksiyonu normal olduğunda pelvik taban kapalı, bağlar ve fasyalar gerilim altında değildir. Pelvik taban kaslarında relaksasyon olduğunda ise pelvik taban açılır, vaginayı yüksek abdominal basınca ve yerçekimine karşı ligamentler asılı tutmaya çalışır. Ancak bağ dokusu uzun süreli gerilime maruz kalınca esner ve destek görevini yerine getiremez. Pelvik organ prolapsusu gelişir (38).



Şekil-9: Pelvis Duvarının Ve Döşemesinin Kasları

2.4.2.2. Pelvis Yan Duvarını Oluşturan Kaslar

M.pyriformis, M. Obturator internus, M.iliopsoas pelvis yan duvarını oluşturur.

2.4.3. Pelvik Organ Desteği Sağlayan Bağ Dokuları

2.4.3.1. Uterus ve Vagina Destek Yapıları

Endopelvik fasya bütün pelvik organları sarıp çevresindeki kas ve kemik dokusuna gevşekçe tutunmasını sağlayan bağ dokusudur. Periton, kas ve pelvik organlar arasındaki boşlukları kaplayan elastin kollajen, yağ dokusu, vasküler yapılar içerir. Pelvik organlara destek olurken onların hareket, genişleme, kontraksiyon fonksiyonlarını yerine getirmelerine yardımcı olur. Bu sayede koitus, doğum, defekasyon, idrar ve feces depolanması mümkün olur. Endopelvik fasya bazı bölgelerde kalınlaşarak ligamentler oluşturur.

Serviks dışında uterusun fikse bağları yoktur. Vaginayı stabilize eden bağ dokuları DeLancey (1992) tarafından üç seviyede tarif edilmiştir. En proksimalde Uterosakral/Kardinal Ligament Kompleksi yer alır (Seviye I). Seviye II'yi ATRP'in paravaginal bağları oluşturur. Seviye III vaginanın distalinin ve perineumun destek dokularıdır. Bu destek dokuları bütün seviyelerde birbirlerine bağımlı ve bağlantılıdır. Kardinal ve uterosakral ligamentler serviksin posterolateralinden pelvik yan duvarlara tutunur. İki ligamentin lifleri birbirine karıştığından ayırt etmek zordur. Laterale doğru giden lifler kardinal ligamenti sakruma doğru giden lifler uterosakral ligamenti oluşturur. Üst vagina, alt uterin segment ve serviksten sakruma ve pelvis yan duvarda foramen ischiadica majörün kenarında sonlanan üçgen şeklindeki bu ligament kompleksine Mackenrodt ligamenti de denilir. Bu bağ kompleksi vaginanın horizontal aksta tutulmasını sağlayan en güçlü bağıdır. Seviye II destek lateral vagina ve endopelvik fasyanın önde arcus tendineus fasya pelvis, arkada arcus tendineus rectovaginalis ile olan bağlantılarıdır. Bu bağlantılar anterior ve posterior lateral sulkusları oluşturur. Vaginanın rektumun önünde orta hatta durmasını sağlar. Seviye III destek perineal body, perineal membran, yüzeysel ve derin perineal kaslar ve endopelvik fasya tarafından oluşturulur. Bu yapılar vaginanın 1/3 distalinin ve introitusun normal pozisyonda kalmasını sağlar. Perineal cisim anal kanalın normal fonksiyonunu sağlar. Perineal membran perineal cisim üretra ve distal vaginanın lateralinden ischiopubik ramusa tutunur. Perineal membranın perineal cisimden ayrılması defekasyon disfonksiyonuna sebep olur (39).

2.5. Histerektomi

Tıbbi tedavinin başarılı olmadığı durumlarda, uterusun tamamının ya da bir kısmının abdominal ya da vaginal yoldan çıkartılmasıdır(40). Kelime olarak ise; “Histero” uterus, “ektomi” organ veya organ parçasının çıkarılması demektir (41). Her yaşta 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 yaş arasındaki kadınlar oluşturmaktadır. Histerektomi olan kadınların ortalama yaşı 42,7’dir (42). Histerektomi, jinekolojinin gündemine 1800’lü yıllarda girmiştir. O zamandan beri önemini korumaktadır. Günümüzde, jinekolojik alanda sezaryenden sonra en sık yapılan operasyon histerektomidir. 1965 yılında 426000 histerektomi yapılmış, bu sayı 1985’de zirveye ulaşmış ve 7240000 operasyon yapılmıştır. Bu tarihten sonra histerektomi sayısı azalma göstermiştir. 1992’de ABD’de yapılan 544000 histerektomi vakasının %75’i abdominal, %25’i vaginal yoldan gerçekleştirilmiştir. Yapılan çalışmaların sonucuna göre, Amerikalı kadınların 1/3’üne 65 yaşına kadar histerektomi yapılmış olacağı tahmin edilmektedir ve bu da 65 yaşın üstündeki kadınların yarısından çoğunun uterusun olmaması ile sonuçlanacaktır. Bütün histerektomilerin %75’i 20-49 yaş arası kadınlarda gerçekleştirilmektedir. Böyle geniş bir uygulama alanı olan histerektomi operasyonu aynı zamanda oldukça tartımlı bir konudur. Çünkü histerektomi oranları, endikasyonları ve yaş ortalamaları ülkeler arasında hatta aynı ülkenin farklı bölgeleri arasında bile çok büyük farklılıklar göstermektedir. En fazla histerektomi oranına sahip ABD ile en az histerektomi oranına sahip Norveç, İsveç ve İngiltere arasında altı kata kadar çıkabilen farklar görülmektedir (43). Abdominal histerektomi, jinekolojide en sık olarak uygulanan operasyon tekniğidir (44,41). Histerektomi, 1988 yılına kadar iki farklı yaklaşımla yapılmaktaydı. Birincisi ilk kez Recamier tarafından 1829’da yapılmış olan vaginal histerektomi, ikincisi ilk kez İngiltere’de Charles Clay tarafından 1829’da yapılmış olan abdominal histerektomidir. 1988 yılında ise bu iki klasik yöntem ek olarak laparoskopik histerektomi tanımlanmıştır (41). Günümüzde, ülkemizde eğitim seviyesinin yükselmesi ile birlikte kadınlarımız artık her yaşta şikayetlerini bir hekimle ve özellikle jinekologları ile paylaşmaktadırlar. Perimenopozal reproduktif ve menopozal dönemdeki şikayetlerin paylaşılması gerektiğinin farkına varan hastalarımız, uygun iletişim yolları ile sorunlarına uygun zamanda uygun çözümler üretebilmektedirler. Günümüzde jinekoloji pratiğinde en fazla uygulanan histerektomi operasyonu, 1950’li yıllardan beri artan oranlarda Richardson’un modifiye intrafasial tekniği ile yapılmaktadır. Bu teknik, deneyimli jinekologlar tarafından uygulandığında komplikasyon görülme oranı daha da düşmektedir. Ekstrakorporeal teknik ise; Edouard Servy ve Robert Kaufmann tarafından laparoskopik, vaginal ve geleneksel abdominal histerektomiye

alternatif olarak tanımlanmıştır. Bu teknik; özellikle acil cerrahi gerektiren hastalarda, gerekli tetkik ve görüntülemenin yapılamadığı hallerde, özellikle hastanın pelvik tabanında bilinmeyenlikle veya patoloji varlığını ortaya koymak amacıyla cerrahi esnasında daha iyi bir vizualizasyon salaması açısından önemlidir (44). Bazı kadın hastalıklarının tedavisinde başvuru ve üzerinde oldukça büyük tartışmalar yapılan histerektomi, İngiltere ve Amerika gibi gelişmiş birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sıklıkla uygulanan bir cerrahi girişimdir. Yapılan çalışmalar cerrahi girişimle herhangi bir organı alınacak olan hastada ağrı, ölüm tehlikesi, sakat kalma, sevdiği kişi ve aktivitelerden uzak kalma ve beden imajının değişmesi gibi korku ve kaygılarının olduğunu göstermektedir. Histerektomi olacak kadınlar ise bu korku ve kaygılara ilave olarak cinsel fonksiyonunu, doğurganlık yeteneğini ve kadınlık rolünü kaybetme gibi korkularla, eşi ile ilişkilerinin bozulacağı, menopozun zararlı etkilerini yaşayacağı ve fizik gücünü kaybedeceği gibi endişeleri de yaşamaktadır (45). Histerektominin depresyon, fiziksel olarak sağlığın bozulması ve cinselliğin yitimine neden olduğuna dair inanış yaygındır (42). Yapılan birçok çalışmada hastaların ameliyatlarına, ameliyat sonrası karşılaşılabilecekleri güçlüklerle, ameliyatın olası komplikasyonlarına, evde iyileşme sürecinde karşılaşılabilecekleri sorunlara ilişkin bilgi ve öneriler istedikleri belirlenmiştir (45).

Eski Yunanistan'da ve Mısır'da, kadının duygularının üreme organlarına yönlendirildiğine ve uterusun tüm duyguların kaynağı olduğuna inanılmaktaydı. 20.yüzyılın başlarında bile, mental rahatsızlıkların tedavisi için histerektominin uygulandığı ve "Histeri" ve "Histerektomi" kelimelerinin bu inançlardan türetildiği bilinmektedir (46). Leonardo, Mathieu, Henrotin ve Noble gibi yazarlar tarafından incelenen histerektomi tarihçesi ile ilgili bir döküman 1988 yılında George Morely tarafından yayınlanmıştır. Histerektomi tekniğindeki en önemli atılımlar 19. yy'da başlamasına rağmen, daha önceki girişimlere dair kanıtlar vardır. Vaginal histerektomi, abdominal histerektomi girişiminden yüzyıllar önce yapılmıştır. Bazı referanslara göre, histerektomi milattan önce 5. yy'da Hipokrat zamanında yapılmıştır. Efesli Soranus, milattan sonra 2. yy'da gangrenöz uterus amputasyonu yaptığını bildirmiştir. İtalyan Jacopo Berengaria de Capri de, babasının geliştirdiği bir teknikle 1517 ve sonraki yıllarda vaginal histerektomi gerçekleştirmiştir. İspanya'dan Andrea della Croce, 1560 yılında vaginal histerektomi yaptığını bildirmiştir. 1600'de Granbenberg'den Schenck, 26 vaginal histerektomi vakası kaydetmiştir. Aynı zamanlarda ebeler de çeşitli ameliyatlara yapmışlardır. Yapılan bu ilk histerektomiler, vaginal yoldan gerçekleştirilmiştir ve genellikle uterin inversiyon veya uterin prolapsus nedeniyle yapılmıştır. Ephraim Mc Dowell'in büyük bir over tümörü çıkarması, pelvik cerrahinin başlangıcı olarak kabul edilebilir. Bu operasyon 1809 yılında anestezi ve asepsi olmadan yapılmıştır ve hasta

operasyon sonrası 32 yıl yaşamıştır. İlk başarılı histerektomi vakası da ooferektomiden kısa bir süre sonra gerçekleştirilmiştir. İlk abdominal histerektomi, 1843'de İngiltere'nin Manchester kentinde yapılmıştır. A.B.D.'de uterusun başarılı bir şekilde çıkarılması, 1853 yılında Massachusetts'de gerçekleştirilmiştir. 1889'da sonuçlarını yayımlayan Stimson, histerektomi tarihinde ovaryan ve uterin arterlerin bağlanması uygulayan ilk operatördür (43). Yüzyılın geri kalanında jinekoloji tıpta ayrı bir uzmanlık alanı olarak geliştikçe, üreme organlarının fonksiyonu ve hastalıkları konusunda eksiklikler tamamlandı ve daha kesin tanısal teknikler bulundu. Modern jinekolojide bu bilginin ve ileri tanı tekniklerinin uygun kullanımı, daha doğru tedavi şekillerinin bulunmasına ve cerrahi müdahalenin sadece gerekli durumlarda kullanılmasına olanak sağladı (43).

2.5.1. Histerektomi Tekniği

Histerektominin 'total' veya 'subtotal' yapılması oldukça önemlidir. Özellikle son yıllarda, total histerektomi tercih edilen yöntemdir. Ancak İsveç'te yapılan çalışmada, İskandinav ülkelerinde cinsel hazzı daha az etkilemesi nedeni ile benign durumlarda subtotal histerektominin tercih edildiği belirtilmiştir. İki prosedürün karşılaştırılmasında, serviksin çıkarılmasının avantajları ve dezavantajları dikkatle düşünülmelidir. Subtotal histerektomiler, genellikle ciddi pelvik olaylarda yapılmaktadır. Bu nedenle, ameliyat sonrası morbidite ve mortalite oranı fazla gibi görülebilir.

Serviksin çıkarılması ise olası bir kanama veya kanser odağının çıkarılması demektir. Cerrahi herhangi bir güçlükte karşılaştığında veya hastanın genel durumunun kötü olduğu bildirildiğinde, subtotal histerektomi tercih edilebilir. A.B.D.'deki genel görüş; şiddetli pelvik inflamatuvar hastalık, ileri evre endometriyozis, postpartum kanama gibi pelvik anatomisinin yeterince saptanamadığı durumlarda subtotal histerektominin yapılmasıdır. Fakat servikal stump hastalıklarının önemi unutulmamalıdır. Subtotal histerektominin en önemli üstünlüğü, ağrılı koitusun daha az olması ve dolayısıyla cinsel hazzın etkisinin kısıtlı olmasıdır (43).

2.5.2. Histerektomi Endikasyonları

1.Acil histerektomi gerektirenler Gebelik komplikasyonu, ciddi enfeksiyon, operatif komplikasyon

2. Benign hastalık Leiomyomalar, endometriyozis, adenomyozis, kronik enfeksiyon, adneksiyal kitle, diğer
3. Kanser veya premalign hastalık Invazif kanser, preinvazif kanser, komşu veya uzak kanser
4. Kronik veya rekürren rahatsızlık Kronik pelvik ağrı, pelvik relaksasyon, üriner stres inkontinans, anormal uterin kanama
5. Diğer durumlar Sterilizasyon, kanser profilaksisi, diğer (42,43).

2.5.3. Histerektominin Seçenekleri

Abdominal, vaginal ve laparoskopik olmak üzere üç şekilde yapılabilir. Bu seçim ameliyata neden olan hastalığa, kişinin anatomik yapısına, cerrahın tercih ve deneyimine bağlıdır. Patoloji ve yaşa göre değişik şekillerde uygulanmaktadır (40).

-Abdominal Histerektomi

- *Subtotal Histerektomi
- *Total Histerektomi(TAH)
- *Total Abdominal Histerektomi + Bilateral Salfingo Oferektomi(TAH+BSO)
- *Radikal Histerektomi

-Vaginal Histerektomi

-Laparoskopik Histerektomi

2.5.3.1. Abdominal Histerektomi

Uterusun abdominal yoldan cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Malign bir durumdan şüphe edildiğinde tercih edilir.

Avantajları:

- Pelvik organları görsel olarak değerlendirebilme
- Adneksiyel yapıları kolayca manupule edebilme

Dezavantajları:

- Geniş abdominal insizyon
- Postoperatif komplikasyon olasılığında artma (tromboflebit, pulmoner sorunlar vb.).

2.5.3.2. Vaginal Histerektomi

Uterusun vaginal yoldan cerrahi olarak çıkarılmasıdır.

Avantajları:

- Anestezi süresinin kısa olması
- Ameliyattan sonra barsak problemlerinin az olması
- Erken ambulasyon olanağının bulunması
- Postoperatif komplikasyonların azalması
- Ameliyatla birlikte ön arka onarımında yapılabilmesi

Dezavantajları:

- Cerrahi alanın sınırlı olması
- intrapelvik ve intraabdominal organları kontrol etmede yetersizlik
- Postoperatif kanama ve enfeksiyon riskinde artma.

2.5.3.3. Laparoskopik Histerektomi

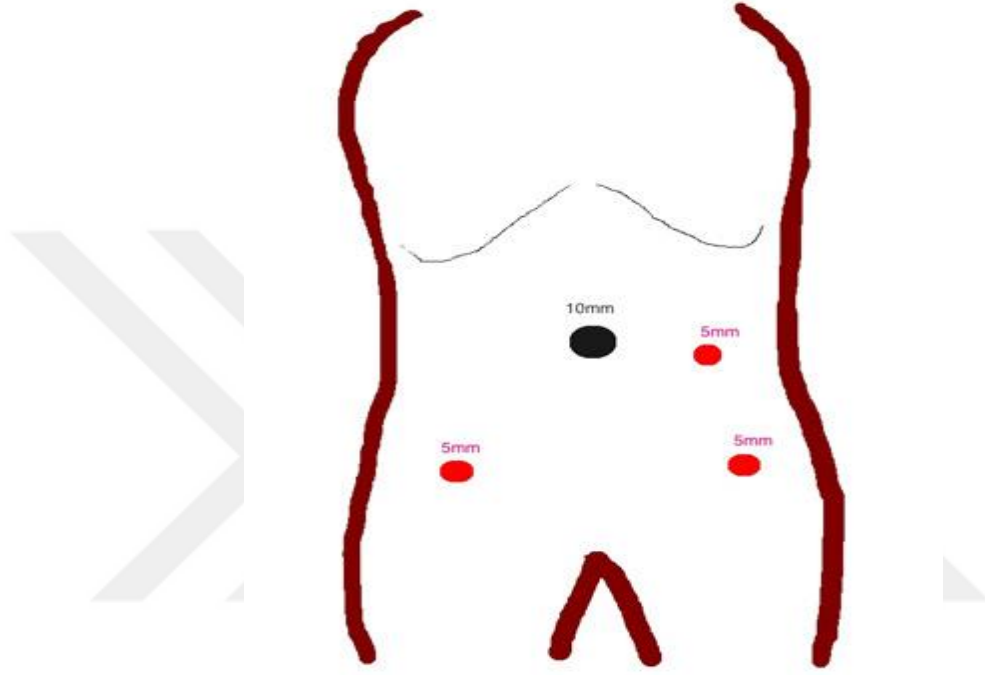
2.5.3.3.1. Laparoskopik Histerektomi Tekniği

Laparoskopik histerektominin üzerinde 1989'da ilk tanımlandığından beri artan bir ilgi vardır (11). Laparoskopik histerektominin son olarak dört alt sınıflaması tanımlanmıştır (48)

Tablo-1: Laparoskopik Histerektomi Sınıflaması (ACOG)

Laparoskopik Histerektomi sınıflaması (ACOG)
Tip 1 Laparoskopik Histerektomi: Uterusun uterin artere kadar olan tüm yukarı bağ ve destek dokuları ile yukarı arter desteğinin kesilmesidir. İşlem uterin arterin kesilmesini kapsamaz.
Tip 2 Laparoskopik Histerektomi: Uterusun uterin arter dahil tüm yukarı bağ, destek dokuları ve arter desteğinin kesilmesidir. İşlem uterin arterden aşağısını kapsamaz.
Tip 3 Laparoskopik Histerektomi: Uterusun kardinal-sakrouterin ligaman kompleksinin kısmen ve tüm yukarı bağ ve destek dokuları ile arter desteğinin kesilmesidir. İşlem ligaman kompleksini kısmen kapsar, daha aşağısını kapsamaz.
Tip 4 Laparoskopik Histerektomi: Uterusun tüm bağ, destek doku ve damarlarının kesilmesi ve ön arka kolpotomi ile vagenden tamamen ayrılarak vaginal kafın laparoskopik olarak sütürasyonunu kapsar.

TLH'nin diğer histerektomi formlarından daha yararlı olup olmadığı henüz tam olarak belli değildir. Laparoskopinin, abdominal histerektomiye göre avantajları; geniş abdominal insizyonun olmaması, postoperatif ağrının az olması, hastanede kalış süresinin kısa olması ve hastaların normal günlük aktivitelere daha kısa sürede dönmeleridir. Laparoskopik yaklaşımın daha az cerrahi travmaya neden olduğuna inanılmaktadır (27).



Şekil-10:Laparoskopik Histerektomide Trokar Giriş Yerleri

İlk zamanlarda deneyimli ekip yokluğu, cerrahi alanı net gösterecek yüksek çözünürlüklü laparoskopların yokluğu bu yöntemin yaygınlaşmasını geciktirmiştir. Teknik olarak yeni yöntemlerin gelişmesi, hastaların daha az invaziv girişimleri taleptmesi, hastanede kalış süresini azaltarak maliyetleri düşürmesi zamanla cerrahlar arasında laparoskopinin kullanımını artırmıştır. Laparoskopi, sıklıkla üreme organlarının ve batin içinin endoskop yardımıyla görüntülenmesini sağlayan ve açık ameliyat yapmaksızın jinekolojik pek çok hastalığın tanı ve tedavisini sağlayan bir metoddur. Bu amaçla genellikle göbek deliğinden 4-12 mm çapındaki endoskoplara batin içerisine girilir, gaz ile şişirilmiş kapalı bir ortamda organların görüntülenmesi ve manipülasyonu sağlanır. Bu tekniği bu kadar popüler yapan etken, hastalar açısından bakıldığında kişinin ameliyat öncesi aktivitesine birkaç gün içinde dönüyor olmasıdır. Cerrahlar içinse ameliyatın konvansiyonel cerrahi metodla aynı sürede daha güvenilir bir şekilde ve ayrıca hastaya en az zarar vererek tedavinin yapılıyor olmasıdır.

Laparoskopik cerrahi birçok cerrahi aletin kullanıldığı ve cerrahi ekibin uyum içinde çalışmasını gerektiren bir yöntemdir. Kamera, ışık kaynağı, insüflasyon cihazı, el manipülasyon aletleri, dikiş aletleri, karın içine sıvı verme ve alma sistemi, bipolar elektrocerrahi sistemleri ve uterin manipulatör işlem öncesi gözden geçirilmelidir. Laparoskopik cerrahideki en büyük gelişme güvenilir hemostaz sağlayan bipolar elektrocerrahi sistemlerinin geliştirilmiş olmasıdır. Koagülasyon ve kesme için ‘Harmonic shears’ (Ethicon, Endo-surgery, ABD) 5 mm boyutunda olan modeli ve ‘LigaSure’ (Valleylab, ABD) 5 ve 10 mm boyutlarında olan modelleri ve EnSeal 5 mm (SurgRx, Redwood City, CA) sistemi kullanılabilir. Yedi mm altındaki damarların oklüzyonunda 5 mm çapındaki LigaSure ve EnSeal etkili ve güvenlidir. Bipolar koagülasyonda termal yayılım 13 mm’ye kadar çıkabilirken bu yeni bipolar enerji sistemlerinde termal yayılım düşüktür. Elektrokoterizasyonda elektrik gücü direkt olarak ısıya çevrilerek etki etmekte iken ultrasonik koagülasyon cihazlarında elektrik gücü tutulan dokuda ultrasonik ses dalgaları lokalize mikrovibrasyonlara çevrilmekte ve bu vibrasyonlar daha düşük ısılarla transeksiyon ve koagülasyon oluşturmaktadır; 5 mm’ye kadar olan damarların oklüzyonunu sağlar. Hastadan elektrik akımı geçmemektedir. Uzun süreli kullanımda aktif olan ve olmayan uçta çok yüksek ısı değerleri ortaya çıkmaktadır. Riskli olan durum termal hasarın cerrahi sırasında makroskopik olarak görülememesidir. Üreter gibi önemli organların yanında düşük düzeylerde (güç düzeyi 3) çalışılmalı ve diğer organlarda güç düzeyi 4 üzerinde çalışılmamalı ve 5 saniyeden uzun süreli uygulama yapılmamalıdır. Maksimum güçte 5 saniyeden fazla ve orta güçte 10 saniye kullanımda aktif olan ve olmayan uç çevresindeki dokuda dikkatli olunmalıdır ve uzun süreli uygulama sonrasında uç sıcak olacağı için künt diseksiyon yapılmamalıdır (48). Ultrasonik koagülasyon makası kullanıldıktan sonra solunum yolu ile alınabilecek bio-aerosol maddeler oluşmaktadır. Batın içindeki dumanın boşaltılması için özel sistemler oluşturulmalı ve enfeksiyöz olabilecek kan ve kan ürünleri ile bio-aerosoller ile olan temas filtre maskeleri ile önlenmelidir(49). Endotrakeal anestezi sonrası hasta dorsal litotomi pozisyonunda masaya alınır. Her iki kol hastanın yanına yerleştirilir. Orogastrik ya da nazogastrik tüp ile mide dekompresyonu sağlanır. Bacaklar masaya yerleştirilirken peroneal sinir basısı olmasına dikkat edilmelidir. Dik Trendelenburg pozisyonunda hastanın kaymasını önleyen omuz destekleri dikkatlice yerleştirilir. Dik Trendelenburg pozisyonunda kollar abduksiyonda iken omuz desteğine bağlı gelişen brakial pleksus hasarı bildirilmiştir(50). Dik Trendelenburg pozisyonunda santral venöz basınç artar, akciğer hacmi azalır, havayolu ventilasyon basıncı artar, intrakranial ve intraoküler basınçlar yükselir. Uzun süreli hipotansiyon ve cerrahi sırasında çok fazla sıvı verilmesi durumlarında dik Trendelenburg pozisyonuna bağlı göz içi dolaşım bozulabilir. Ayrıca dik Trendelenburg pozisyonunda üst vücut, dil ve yüzde venöz distansiyon gelişir. Ekstübasyon sonra-

sı larinks ödemeine bağlı solunum yetmezliği bildirilmiştir (51). Hasta, iyod alerjisi ve tiroid hastalığı yoksa poviden-iyod kompleksi ile boyanır ve uygun şekilde örtülür. Üretraya steril Foley kate- ter yerleştirilir.

Uterus manipulasyonu için değişik uterin manipulatörler kullanılabilir. Çok değişik mo- delleri olan uterin manipulatörlere bir örnek RUMI manipulatör ve Koh kolpotomizer (Coopersur- gical, ABD) sistemidir.

Sistemin Dört Parçası Vardır: uterus içine giren ve içinde balon olan uç, serviks geçen ve fornikse yerleşen metal parça, vajende şişen kolpo-pnömo-okluder ve uterus versiyonu sağla- yanel ile tutulan kısım. Uterus içine giren uç ve kolpo-pnömo-okluder tek kullanımlık resimde- 2'de bulunmaktadır.



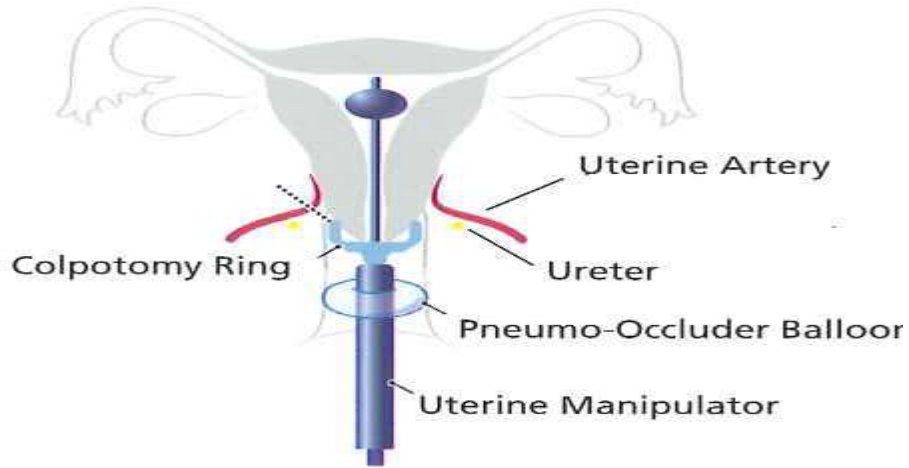
Resim-1:Uterin Manipulatörler

Uterus içine giren ve içinde balon olan uç 6 cm, 8 cm ve 10 cm olarak üç uzunlukta bulu- nur. Serviks geçen ve fornikse yerleşen metal parçanın 3 cm, 3.5 cm ve 4 cm çapında üç boyutu vardır. Serviks tek dişli alet ile tutulduktan sonra histerometri ile uygun uzunluktaki uç belirlenir. Uygun uç ve fornikse yerleştirilecek metal parça sečilerek sistem uterusu yerleştirilir. Bu sistemde uterus içinde ve vajende ayrı ayrı şişirilen iki balon vardır. Uterus içindeki balon 2 cc ve vajen içindeki balon 60 mL sıvı ile şişirilir. El kısmı saat yönünde ve saat yönü tersinde çevrilerek uteru-

sun anteversiyon ve retroversiyonu sağlar. Vajendeki balon kolpotomi sonrası pnömoperiotone- rum kaybını önler. Fornikse yerleşen metal parça kolpotomi sırasında vajinal fornikslerin belirlen- mesini kolaylaştırmaktadır(50).



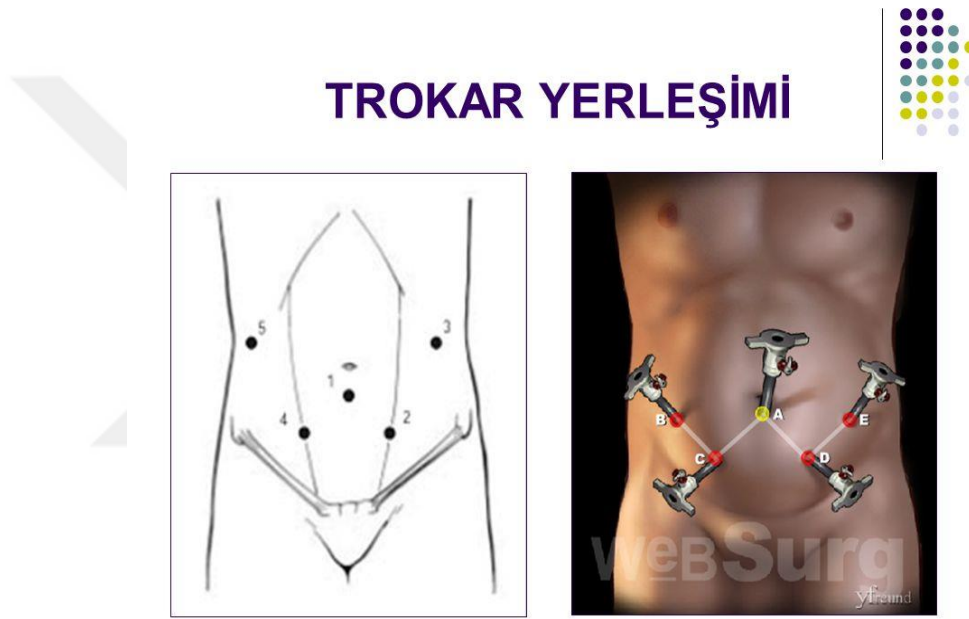
Şekil-11:RUMI Manipulatör



Şekil-12:Uterin Manipulator İle Kolpotomi Halkasının Belirlenmesi

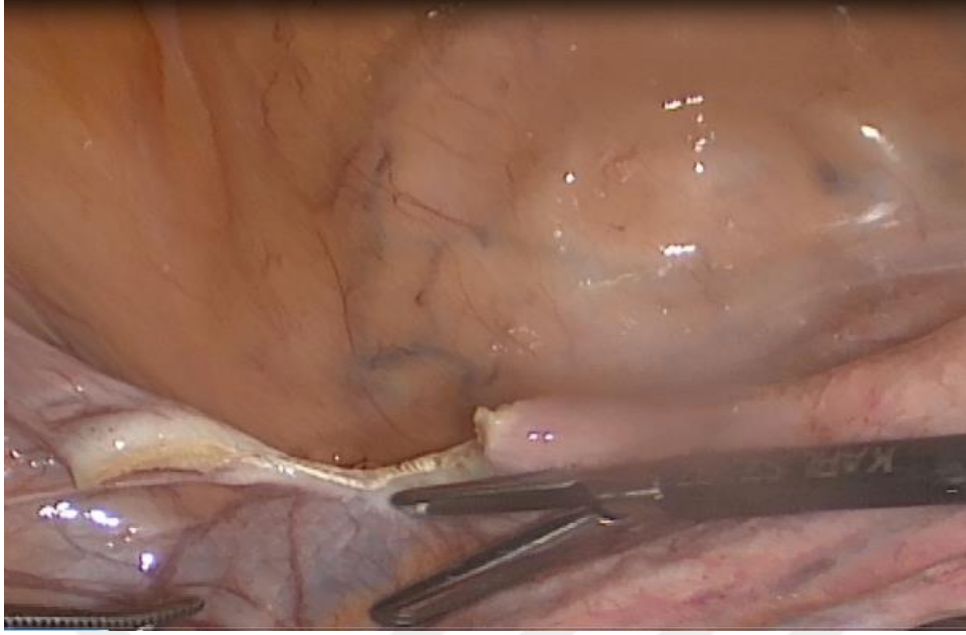
Cerrahi ekip iki cerrah, kamera asistanı, uterusu vajinal olarak manipüle eden asistan ve cerrahi hemşiresinden oluşur. Port yerleşimi için simfizis pubis, iliak çıkıntı ve umbilikus önemli yapıları oluşturur. Veress iğnesi girmeden önce mide ve mesanenin boş olduğundan emin olunmalı ve hasta masada nötr pozisyona alınmalıdır. Göbek deliği içine 10 mm kesi yapılır. Çamaşır pens- leri ile göbek deliği her iki yanından tutularak karın duvarı kaldırılır ve insüflatöre bağlı ve gaz akımı açık olan Veress iğnesi ile 90° açıyla dik olarak karın içine girilir. Veress iğnesinin ucu ba- tın duvarını 2 cm geçecek şekilde ilerletilmelidir. Veress iğnesinin ucu batın içinde hareket ettiril- mez. Veress iğnesi girildikten sonra karın içi basıncının 10 mm altında olması karın içine girildiği-

ni göstermektedir. Göbek deliğinden primer port karın içi basıncı 25 mm Hg olduğunda yerleştirilir. Primer port 90° dik açı ile karın duvarını sokulur ve ucu karın duvarını geçince daha fazla ilerletilmez. Primer port ile karın içinde görüntü sağlandığında giriş yeri ve 360° tüm karın içi kontrol edilir. Veress iğnesi giriş yeri olan geçirilmiş abdominal cerrahisi olan olgularda sol üst kadranda Palmer noktası kullanılabilir. Cerrahi sırasında karın için basıncı 12-15 mm Hg düzeyinde tutulmalıdır. Sağ ve sol alt kadranda portları yerleştirilirken lateral umbilikal kıvrım içinde yer alan inferior epigastrik damarlar optik gözlem altında olmalıdır. Suprapubik bölgeye simfizis pubis üzerine 10 mm port yerleştirilebilir. Port yerleşim yerleri planlanan cerrahi ve cerrahin tercihinin göre değişiklik gösterebilir.



Şekil-13:Trokar Yerleşimi

Hasta dik Trendelenburg pozisyonuna alınır. Barsaklar üst batına mobilize edilir. Bu dönemde cerrahinin laparoskopik yolla yapılabileceğini karar verilmelidir. Histerektomi öncesinde üreterlerin bulunması cerrahinin daha güvenle yapılmasını sağlar. Uterus anteversiyon konumuna getirilerek üreterler pelvise girdikleri yerde intraperitoneal olarak izlenebilir.



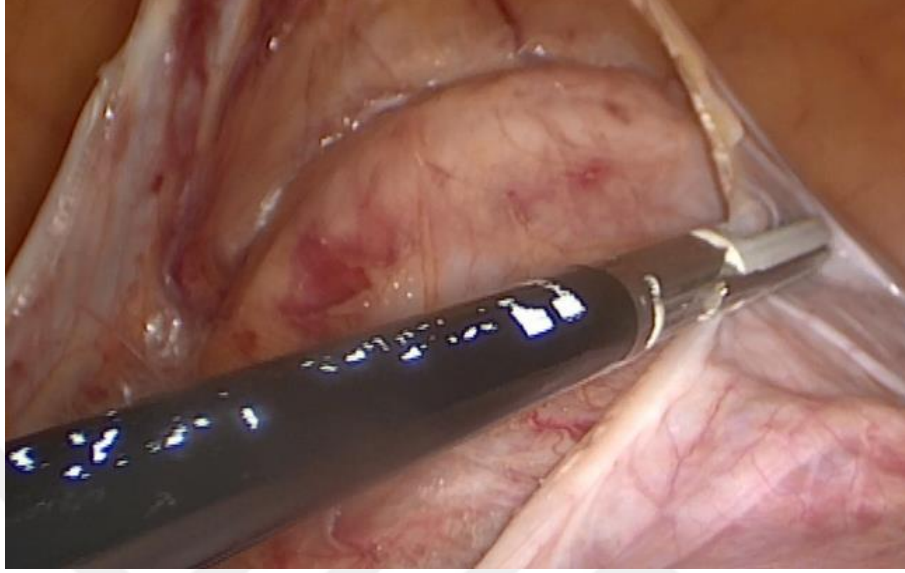
Resim-2:Raund Ligamenti Ligasyonu

Round ligament ultrasonik koagülasyon makası, bipolar elektrokoagülasyon sistemleri ya da bipolar koterizasyon kullanılarak tam tabaka tutulur ve ayrılır. Round ligament traksiyona alınarak infundibulopelvik ligament lateral kısmına paralel yapılan kesi ile retroperitoneal alana girilerek üreter diseksiyonu yapılabilir. İfundibulopelvik ligament altındaki pencere açılır ve izole edilir. İfundibulopelvik ligament vasküler pedikülü ultrasonik koagülasyon makası, bipolar electrocerrahi sistemleri ya da bipolar koagülasyon kullanılarak üreter görüldükten sonra kesilerek ayrılır.



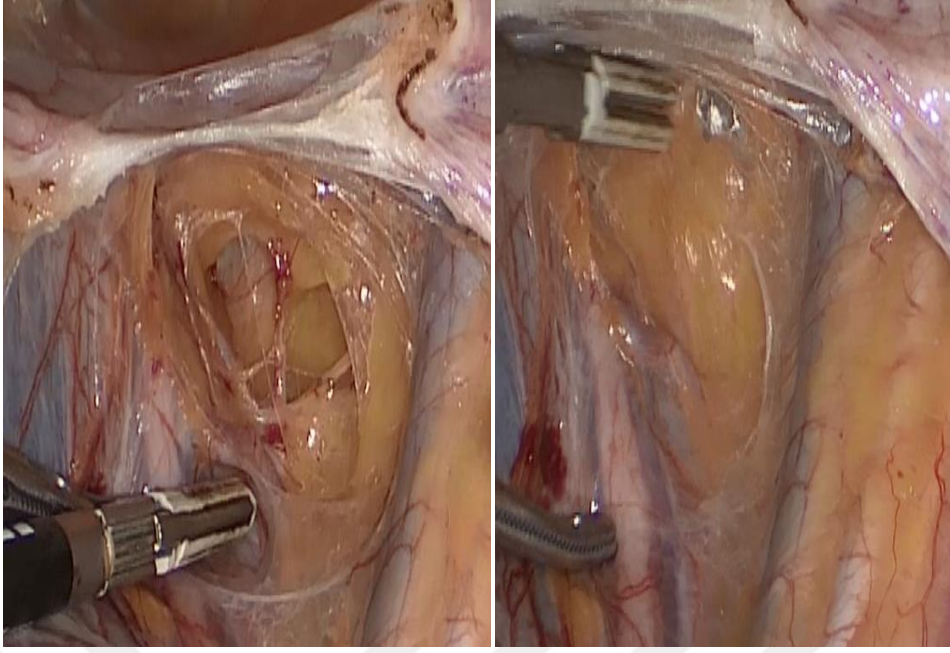
Resim-3:İfundibulopelvik Ligament Ligasyonu

Adneksler korunacak şekilde histerektomi yapılacaksa utero-ovarian ligament vasküler pedikülün aynı enerji yöntemleri kullanılarak kesilip ayrılması gerçekleştirilir. Broad ligament ön yaprağına vezikouterin kıvrım boyunca kesi yapılarak mesane uterus alt segmentinden ayrılır.



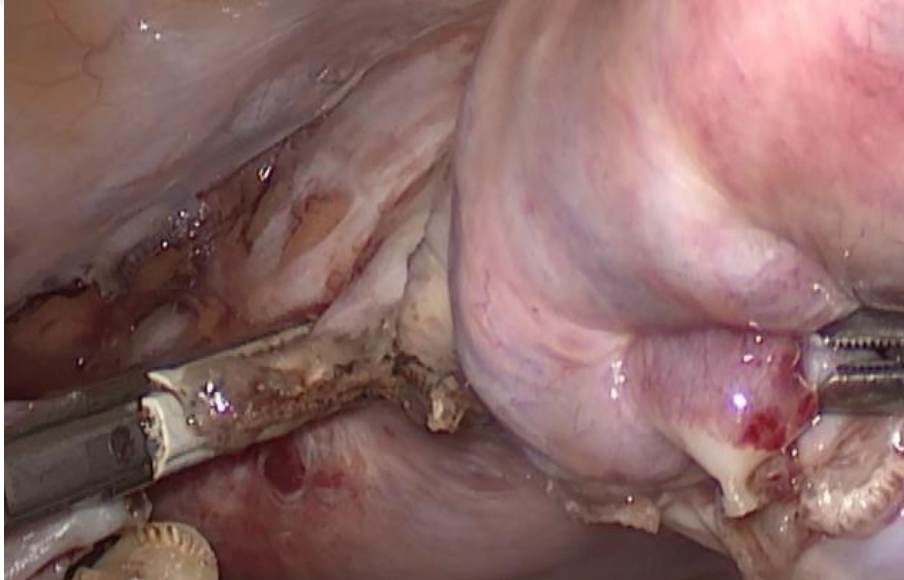
Resim-4: Mesanenin Anteriordan Ayrıştırılması

Mesane flebi dikkatli şekilde oluşturulmalı hangi enerji yöntemi kullanılırsa kullanılsın termal hasar en az olacak şekilde davranılmalıdır. Keskin ve küt diseksiyon ile mesane alt uterin segment, serviks ve üst vajenden ayrılır. Bundan sonraki adım uterin damarların ortaya çıkartılmasıdır. Broad ligament peritonu açılarak uterin damarlar izole edilir. Üreter ile uterin damarların ilişkisi gözden geçirilir.



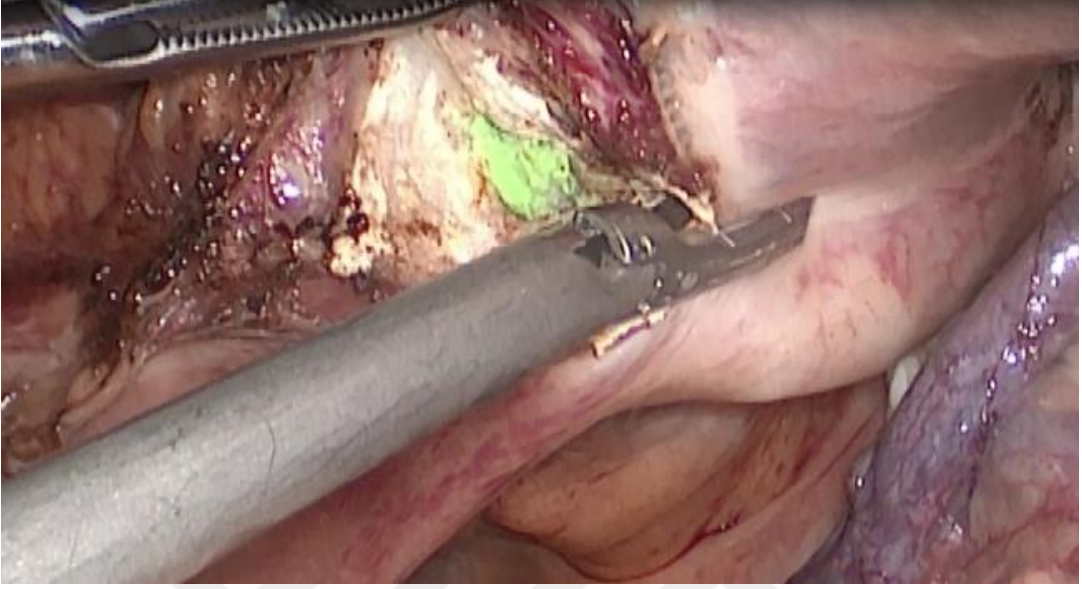
Resim-5:Uterin Arterin Ayrıştırılması **Resim-6:** Ureterlerin Ayrıştırılması

Uterin arterler ultrasonik koagülasyon makası, bipolar electrocerrahi sistemleri ya da bipolar koagülasyon koterizasyon kullanılarak kesilir. Her üç yöntemin de birbirlerine üstünlükleri yoktur (52).



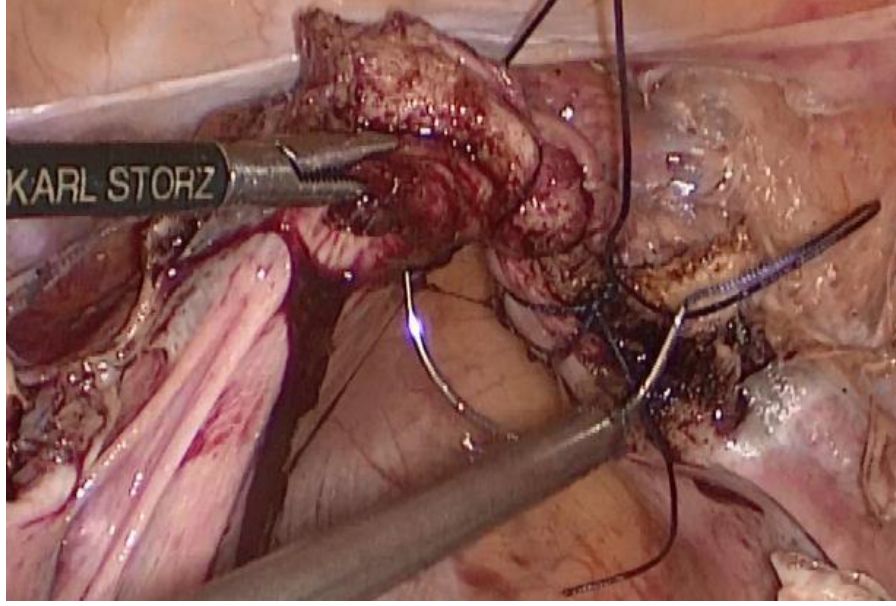
Resim-7:Uterin Arterlerin Koterizasyonu

Uterin arterlerin bağlanması intrakorporeal dikiş ile de yapılabilir. Uterus antefleksiyona getirilerek uterosakral ligamentler ultrasonik koagülasyon makası, bipolar elektrocerrahi sistemleri ya da bipolar koterizasyon ile ayrılır.



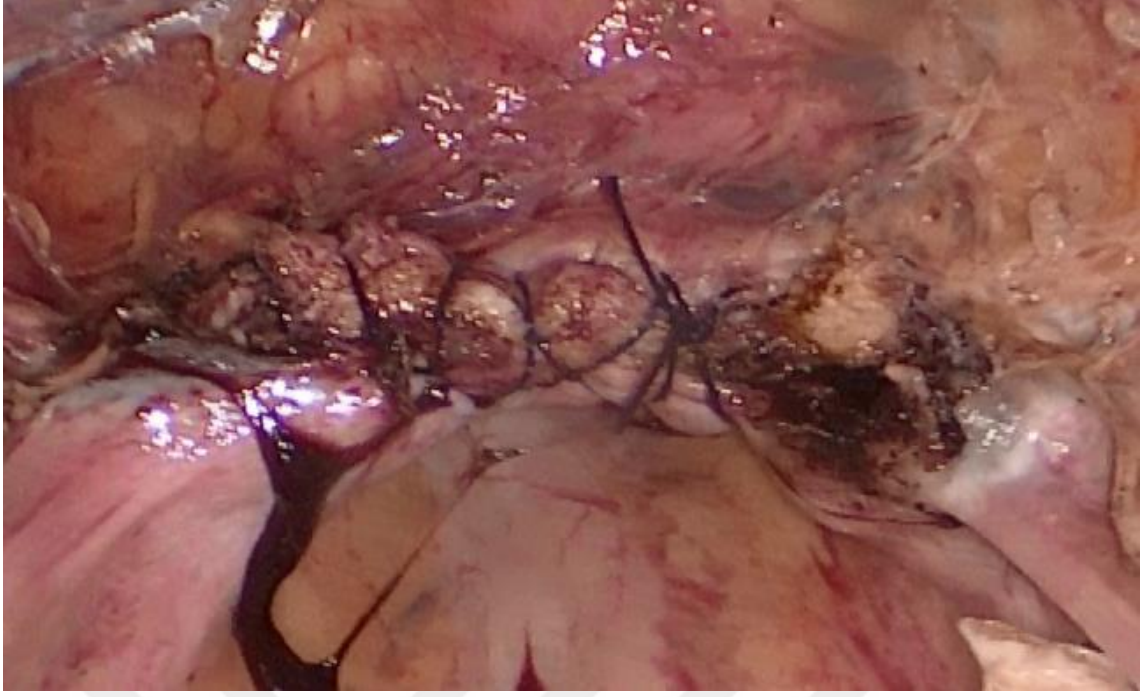
Resim-8:Vajinal Cuff In Kesilmesi

Bu işlem sırasında rektum ve üretere hasar vermektan kaçınılmalıdır. Vajinal-servikal bileşke bulunarak anterior kolpotomi yapılır ve insizyon posteriora doğru genişletilir. Kolpotomi harmonik makas aktif ucu ya da monopolar koterizasyon ile yapılabilir. Harmonik makas aktif ucu fornixteki metal manipülatör kısmına çarparsa aktif ucun bozulma olasılığı vardır. Tek dişli alet ile serviks tutularak manipülatör ile birlikte karın dışına çıkarılır. Vajen içine uygun büyüklükte tampon eldiven içinde yerleştirilerek pnömoperitoneum yeniden sağlanır.



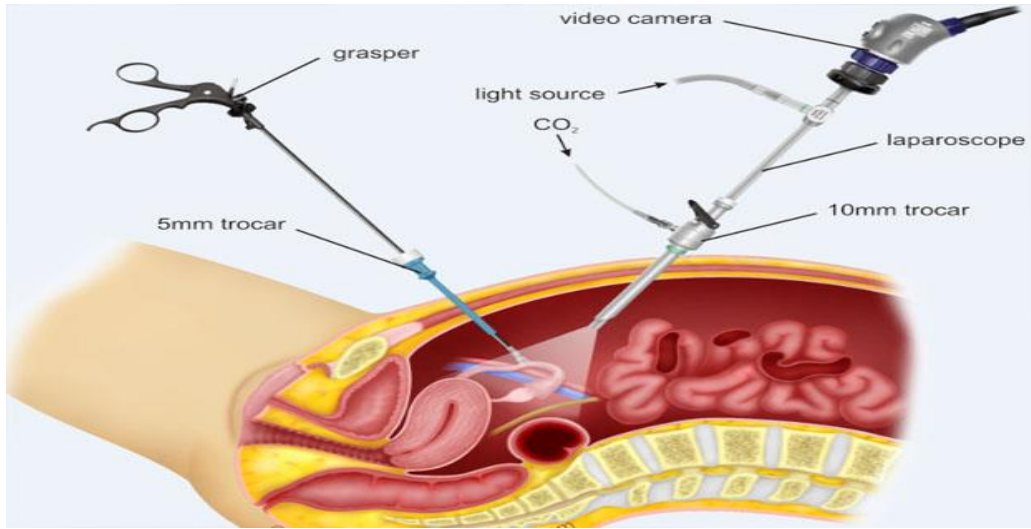
Resim-9:Vajen Cuff In İnttrakorporal Suturesyonu

Vajen tepesi intrakorporeal olarak uterosakral ligamenti içine alan derin suturelerle separe olarak kapatılır. Vajen tepesinde minimal termal enerji kullanılmalıdır. Kolpotomi ve uterosakral ligamentin ayrılması sırasında kullanılan monopolar aletin uç kısmı ve ultrasonik koagülasyon makasının uç kısmı ve distal 7 cm kısmı çok fazla ısınabilir; mesane, ureter ve barsaklar ile temastan kaçınılmalı ve enerji kaynağı olarak kullanılan aletler sürekli optik gözlem altında karın içinde dikkatli şekilde hareket ettirilmelidir. Vajen tepesi sıvı ile yıkanarak kanama kontrolü yapılır. Bipolar koterizasyon ile yapılan hemostaz işlemlerinde lateral termal hasar oluşabileceği için uretere yakın bipolar koagülasyon yapılmamalıdır. Cerrahi işlem tamamlandıktan sonra direkt gözlem altında portlar çıkarılır.



Resim-10:Vajen Cuff Kapatılmış Hali

Port deliklerinden 10 mm çapındaki fasya defektleri ve çok kullanılan ya da genişleyen 5 mm fasya defektleri geç eriyen sütürler ile kapatılmalıdır. Cerrahiden sonraki dönemde hastalarda daha az ağrı olmakta ve analjezi gereksinimleri daha az olmaktadır. Cerrahi sonrası ileus daha kısa sürer ve daha erken normal diyet başlanabilir. Hastanede kalış süresi daha kısa olmaktadır.



Şekil-14:Laparoskopik Histerektomide Video Kamera Yerleştirilmesi Ve Co2 İle Pnömooperitoneum Oluşturulması

Laparoskopinin Avantajları;

- Hastaya verilen travma minimuma indirilmektedir.
- Hastanın iyileşme dönemi kısalmaktadır.
- Batın açılmadığı için ameliyat sonrası ağrı ve günlük aktiviteyi yeniden kazanma süresi kısalmaktadır.
- Daha iyi kozmetik sonuç alınmaktadır.
- Daha az tedavi maliyeti gerektirmektedir.

Laparoskopinin Dezavantajları;

- Geleneksel cerrahiye göre daha uzun operasyon süresi
- Uzayan süreye ve kullanılan tek kullanımlık materyal yoğunluğuna göre maliyet artışı
- Komşu organ yaralanma riski
- Histeroskopide sıvı yüklenmesi ve emboli riski

Jinekolojide Laparoskopinin Kullanım Alanları;

- Diagnostik laparoskopi
- Laparoskopik histerektomi
- Laparoskopik myomektomi
- Laparoskopik endometrioma kist eksizyonu
- Laparoskopik ovarian kistektomi
- Laparoskopik sakrokolpopeksi

Laparoskopik Cerrahinin Komplikasyonları;

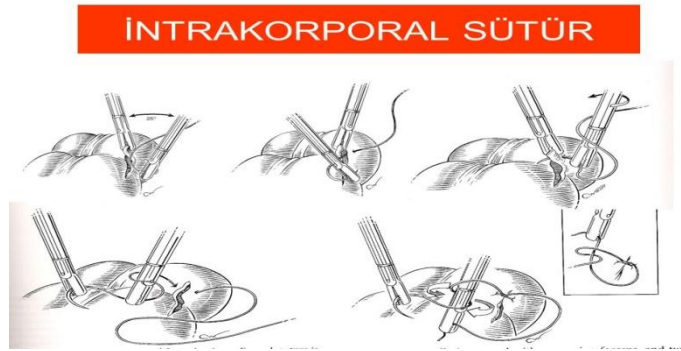
- Subkutan amfizem
- Damar yaralanmaları
- Komşu organ yaralanmaları
- CO2 gazı embolisi
- İnsizyonel herni

2.5.3.3.2. Laparoskopik Cerrahide Hemostaz Amaçlı Kullanılan Enerji Kaynakları

1-Fiziksel yöntemler

- Kompresyon
- Klip
 - v Titanium
 - v Polimer Hem-o-loc (Weck Closure Systems, Research Triangle Park, NC, USA)
- Sütür

v İnter korporeal sütür



Şekil-15:İnterakorporeal Sütur

v Extra korporeal sütür

- Vasküler Stapler

v EndoGIA (Covidien, Mansfield, MA)



Şekil-16: EndoGIA (Covidien, Mansfield, MA)

v Echelon (EthiconEndo-surgery; Johnson & Johnson, Cincinnati, OH, USA)



Şekil-17: Echelon

2. Termal Yöntemler

- Koter

v Monopolar koter

v Bipolar koter

- İleri bipolar teknolojiler
v Ligasure™ (Covidien)



Resim-11: Ligasure™ (Covidien)

- v Plazmakinetik™ (Gryus Medical Ltd, Minneapolis, MN, USA)



Şekil-18: En-Seal, ligasure, plazmakinetik

- v En-Seal® (Ethicon Endo-Surgery, Inc)

- Ultrasonik

- v Harmonic Scalpel® (Ultracision, Ethicon Endo Surgery Inc., Cincinnati, OH, USA)

- Yeni enerji kaynakları

- v Tunderbeat® (Olympus Medical Systems Corp., Tokyo, Japan)

- v BiCision® (ERBE Elektromedizin Tübingen, Germany)

- v Thermal Welding™ (MiSeal™)(Starion, Sunnyvale, CA, USA)

3. Diğerleri

- v Argon beam

- v Radyofrekans

- v Lazer

4. Doku yapıştırıcılar

2.6. Histerektomi ve Cinsellik

Histerektomi, kadınları fiziksel ve psikolojik olarak etkilemenin yanı sıra cinsel fonksiyonlarda da değişikliklere neden olabilmektedir (5). Cinsellik evrensel bir insan gereksinimidir (20) ve kadın hayatının önemli bir parçasını oluşturur (1). Cinsellik; sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş biyolojik, psikolojik, sosyal yönleri olan özel bir yaşantı olarak ifade edilebilmektedir (53,59).

2.6.1. Kadında Cinsel Yanıtın Fizyolojisi Ve Evreleri

Kadınlardaki cinsel yanıt siklusu fizyolojik (hormonal, vasküler, musküler ve nörolojik), psikolojik ve çevresel faktörlerin karmaşık etkileşimi sonucu oluşur (1,53,59,55). Cinsel yanıt siklusunun ilk fazı cinsel ilgi ve cinsel istektir (1,68). Cinsel yanıt, bunu takiben 1960 yılında Masters ve Johnson tarafından tanımlanmış olan uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evreleri ile meydana gelmektedir (53,56).

2.6.2. Kadında Cinsel Yanıtın Fizyolojisi

Merkezi sinir sisteminde bulunan hipotalamus, cinsel işlev üzerine etkisi en iyi bilinen bölgedir. Hipotalamus, eşlerin birbirleriyle olan ilişkilerini ve seks hormonlarının (östrojen, androjen ve progesteron) salınımını düzenleyen cinsel sürecin bir parçasını oluşturmaktadır (55). Dopaminerjik uyarı bu süreci aktive ederken, serotonerjik enerji ise inhibe etmektedir (57,58).

Merkezi sinir sistemi içinde, medial preoptik bölge, paraventricüler nükleus (PVN), ventromedial nükleus (VMN) ve bunlarla ilişkili limbik hipokampal yapılar kadın cinsel fonksiyonunda ana rolü oynamaktadır. Hipotalamusa iç ve dış uyarılar (görsel, işitsel, düşünme gibi) ulaştığında medial preoptik bölge uyarılır. PVN; vazopresin ve oksitosin salgılanmaya başlar. Bununla birlikte; PVN limbik sistemle bağlantı kurarak orgazmın meydana gelmesinde etkili olmaktadır. Limbik sistem ve VMN ise ön hipofizden salgılanan gonadotrop hormonların [Folikülü stimüle eden hormon (FSH), lutenize edici hormon (LH)] kontrolünü sağlayan *Gonadotrop Releasing Hormon*'un (GnRH) salgılanmasını düzenlemektedir. VMN, böylece cinsel süreçte östrojen ve progesteron salınımını sağlamaktadır (57,53,59).

Cinsel uyarılara cevap olarak merkezi sinir sistemine gelen uyarılar; median ön beyin demeti, mezensefalon, pons, spinal kord, pelvik pleksus aracılığı ile genital organlara ulaşmaktadır. Parasempatik sinir lifleri pelvik sinir ile taşınırken, sempatik lifler hipogastrik sinir aracılığıyla taşınmaktadır. Hipogastrik (sempatik) ve pelvik (parasempatik) sinirlerin her ikisi de pelvik gangliyonu innerve etmektedir. Pelvik gangliyon ise mesane, üretra, vajina, uterus ve klitorise dallar vermektedir. Pelvik gangliyonun kavernoza dalı en büyük daldır ve bu dal klitoris innerve etmektedir. Pudental sinir ise perine, klitoris ve üretranın duyuşal innervasyonundan sorumludur. Östrojen, bu sinirin duyarlılığının artmasını sağlamaktadır (57,58).

Cinsel uyarılma sırasında, sinirsel uyarılar ve vajinada kanlanma artmakta, bununla birlikte venöz dönüşüm azalarak vazokonjesyon ve angorjman (dolgunluk) meydana gelmektedir. Östrojen, genital hemodinamiyi ve lubrikasyonu artırmaktadır. Cinsel uyarılma ile birlikte bartholin bezinde, lubrikasyona yardım eden nörojenik transüda oluşmaktadır. Vajinal kanlanmanın artışı vasoaktif intestinal peptid (VIP) yaparken, nöropeptid Y ise venöz dönüşümü azaltarak vazokonstriksiyona neden olmaktadır. Nöropeptid Y ile vasoaktif intestinal peptid (VIP) vajinal hemodinamiden sorumlu nörotransmitterlerdir. Klitorisin uyarılmasıyla nitrik oksit (NO) sayesinde vazodilatasyon gerçekleşir. Klitoriste, düz kas gevşemesinden sorumlu nörotransmitter ise nitrik oksit (NO)'tir. Uyarılma sırasında ortaya çıkan uterin kontraksiyonlar, orgazm sırasında sempatik sinir sistemi kontrolünde hipogastrik sinir aracılığı ile ritmik kontraksiyonlara dönüşmektedir (55, 57,59).

Orgazm yeterli cinsel uyarılma sonucu oluşur. Orgazmda, sempatik sistem baskındır ve paraventriküler nükleus anahtar rol oynar. Hipotalamustaki PVN'den cinsel uyarı ve orgazm sırasında oksitosin salgılanmaktadır. Oksitosin orgazm esnasındaki kasılmaları hızlandırarak seks hormonları ile birlikte daha kuvvetli etki göstermektedir. Orgazm sırasında vajen düz kası, levator ani, uterus ve diğer pelvik taban kasları da ritmik şekilde kasılmaktadırlar (57,59).

Androjen, kadınlarda östrojen sentezi için gereklidir. Androjenlerin büyük çoğunluğu overlerden ve adrenal bezlerden sentez edilir. Androjenlerden östrojen sentezi gonadotropik hormonlar, FSH ve LH'in kontrolü altındadır. Androjenler ruhsal duruma, cinsel isteğe ve cinsel uyarılmaya etki etmektedirler. Androjenlerin başka bir rolü de parasempatik sinir sisteminin nörotransmitteri olan vasoaktif intestinal peptid (VIP)'in fonksiyonlarını normale getirmektir (57,59,60).

Seks steroid hormonları genital dokuların yapısı ve fonksiyonunun sürdürülmesi için gerekmektedir. Seks steroid hormonları cinsel ilişkide genital cevabın oluşmasında önemli role sahiptir. Vajinal uyarı alma yeteneğinin sürdürülmesinde ve disparoninin önlenmesinde uygun bir östrojen seviyesi gerekmektedir. Östrojen düzeyi belli bir seviyenin altında olduğunda (Östrodiol –E2-seviyesi 50 pg/ml'nin altında) vajinal kuruluk, disparoni, penis penetrasyonu ile birlikte ve derin penetrasyonda ağrı yaşanmaktadır. Androjenin yetersiz olduğu durumlarda (menopoz ve yaşlanma, ovarian yetmezlik, adrenal yetersizlik) cinsel dürtü ve istek kaybolmaktadır (33). Progesteron ise prolaktin ve kortizolü artırmakta, erkek ve kadınlarda cinsel istekte azaltmalara yol açmaktadır (57,58).

2.6.3. Kadında Cinsel Yanıtın Evreleri

Cinsel istek, cinsellik dürtüsünün ortaya çıktığı ve cinselliği ifade etme arzusunun hissedilmesidir (57,58). Cinsel isteğe ilişkin değişiklikler ilk kez beyinde gerçekleşmektedir. Kadının beyinde cinsel isteği başlatacak bir imaj, bir fikir, bir fantezi, bir hatıra gelişmektedir (55).

2.6.3.1. Uyarılma Evresi

Masters ve Johnson'a göre uyarılma evresi, insanda cinsel yanıt sürecinin ilk evresidir (55,60). Cinsel uyarı vücudu cinsel aktiviteye hazırlamak için meydana gelen otonomik aktivitede artış olarak tanımlanabilmektedir (57). Uyarılma evresi herhangi bir somatojenik ve psikojenik uyarılma sonucu ortaya çıkabilmektedir (58). Cinsel uyarılma parasempatik ve sempatik sinir sistemi ile kontrol edilmektedir (57).

Uyarılma ile birlikte genital vazokonjesyon oluşmaktadır. Klitoris uzunluk ve çapında artma, labial argorjmanda (dolgunluk) ve vajinal lubrikasyonda artma olmaktadır (53,55,59). Vajen düz kası, levator ani, perineal membran ve diğer pelvik taban kasları da kadın cinsel yanıtına katılmaktadır (70). Normalde ortada birleşik duran labia majörler yana doğru açılır ve labia minörler şişer. Vajenin üst 2/3'lük alanı genişler. Angorjman (dolgunluk) sonucu vajen koyu mor renk alır ve *rugaeler*düzleşir. Sistemik olarak taşikardi, kan basıncında yükselme görülür. Hızlı nefes alma, genel bir ısınma hissi, göğüslerde gerginlik ve genel kas gerginliği (myotoni) olmaktadır (55). Sürecin ilerlemesi için gerekli olan cinsel gerilimin yeterli oranda artması uyarıcı etkene bağlıdır. Cinsel uyarı, bireysel gereksinimi karşılayacak düzeyde ise, yanıtın yoğunluğu

genellikle kısa sürede artış göstermektedir. Cinsel uyarı fiziksel ya da psikolojik olarak uygunsuz ise ya da ara verilmişse uyarılma evresi uzayabilmekte hatta kaybolabilmektedir (57,58).

2.6.3.2. Plato Evresi

Etkili cinsel uyarının devam etmesi durumunda, uyarılma evresinin ardından kadın plato evresine girmektedir. Burada gerilim yükselir ve giderek kişinin orgazma geçebileceği uç noktaya kadar sürer. Cinsel duygular yoğunlaşır ve vazokonjesyon maksimuma ulaşır. Uterus yeterli uyarıyla orgazm noktasına ulaşır ve klitoris penil uyarılmaya açık hale gelir (55,59,60). Plato evresinin süresi büyük oranda uyarının etkinliğine ve cinsel gerilim artışının bireysel dürtü ile desteklenmesine bağlıdır. Uyarı ya da dürtü yetersizse ya da uyarılma tümüyle sona erdiyse, kişi orgazmik rahatlamaya ulaşamayacak ve yavaş yavaş plato evresindeki gerilimin yerini çözülme evresi alacaktır (59).

2.6.3.3. Orgazm Evresi

Sempatik sinir sisteminin etkisiyle oluşan orgazmik cevap çok sayıda olan (9) Ritmik kontraksiyonlarla oluşmaktadır. Ritmik kontraksiyonlar başlangıçta kuvvetlidir ama sonra şiddeti azalır. Orgazm sırasında bazı kadınlar uterus kontraksiyonlarını da hissedebilir (55] Masters ve Johnson, orgazmı cinsel uyarı sonucu oluşmuş olan vazokonstriksiyon ve kas gerginliğinin (myotoni) rahatladığı birkaç saniye ile sınırlı evre olarak tanımlamışlardır (59,60).

2.6.3.4. Çözülme Evresi

Orgazmik evreden sonra ortaya çıkan, cinsel döngünün son evresidir. Kadınlar tatmin, öfori ve genital organlara giden kan akımının azalması, kas tonüsünün gevşemesi ile oluşan rahatlama hissi yaşamaktadır (55,59,60). Klitorisin eski haline dönmesi 5-10 dakikayı bulur. Vajende angorjman (dolgunluk) azalır uterus küçülür ve serviks normale döner. Tamamen uyarılma öncesi evreye dönmesi yaklaşık 30 dakikayı bulur (55). Kadınlarda, etkili uyarıyı yeniden alma durumunda çözülme evresinin herhangi bir noktasından bir başka orgazm evresine girme potansiyeli vardır (59).

2.6.4. Histerektominin Cinsel Yaşama Etkisi

2.6.4.1. Histerektominin Kadın Cinsel Fonksiyonuna Etkisi

Medikal ve cerrahi tedavilerin kadın cinsel fonksiyonu üzerine etkileri geçmişte fazla önem taşımamaktadır. Günümüzde ise insanların cinselliği daha rahat ifade edilebilmesi ve cinsellikle ilgili sorunlardan dolayı uzmanlara daha rahat başvurabilmesi nedeniyle, tedavi alternatiflerinin cinsel fonksiyon üzerine olan etkilerine önem verilmeye başlanmıştır (4). 1970'li yıllardan itibaren de konu hakkındaki tartışmalar giderek hız kazanmıştır (52). 1970'lerden, 1990'lı yılların başlarına kadar histerektominin, kadınların % 10-53'ünde cinsel fonksiyonu olumsuz olarak etkilediği rapor edilmiştir (1,9,8). Bununla birlikte histerektominin, kadınların büyük bir kısmında cinsel fonksiyonlarda belirgin iyileşme sağladığı ancak % 10-25'inde cinsel istekte, uyarılmada, lubrikasyonda, orgazmın kalitesinde azalma ve disparoni gibi yeni semptomların ortaya çıkabileceği belirtilmiştir (9,22).

Histerektominin cinsel fonksiyonlar üzerine ne derecede etkili olduğu açık ve net değildir. Histerektomi teorik olarak cinsel cevap siklusunun herhangi bir basamağını etkileyebilmektedir. Histerektomi geçiren kadınlarda cinsel disfonksiyon prevalansı, metodolojik faktörlere bağlı olarak farklılık göstermektedir (9,22). Araştırmaların retrospektif (hatırlama ve hafıza ile ilgili sorunlar), prospektif olarak (ameliyat öncesi değerlendirmenin jinekolojik sorunların ve anksiyetenin yoğun olduğu zamanda; ameliyattan hemen önce) yapılması (22) ve cinsel yaşamın histerektomi sonrası altıncı aydan önce değerlendirilmesi, araştırmadaki psikoseksüel sonuçları da etkileyebilmektedir (9,61,8).

Histerektomi sonrası cinsel işlev basamakları, fizyolojik (pelvik dokuda anatomik değişikliklere bağlı doku kalitesinin, sinirsel uyarıların ve pelvik kanlanmanın azalması), hormonal (overlerin kanlanmasının bozulması veya histerektomi ile birlikte overlerin alınmasına bağlı östrojen ve progesteron seviyesinin azalması), psikolojik (depresyon, beden imajı ve kadınlık algısında bozulma) ve histerektomi tekniğine (vajinal ve abdominal histerektomi) bağlı nedenlerle etkilenebilmektedir (4,9,8). Histerektominin kadın cinsel yaşamına etkisini, kadın cinsel yanıtının evreleri ve psikoseksüel bulgular paralelinde değerlendirmek mümkündür.

2.6.4.2. Cinsel İstek ve İlgide Değişiklik

Histerektomi sonrası cinsel istek ve ilgiyi hormonal ve psikolojik değişiklikler etkilemektedir. Histerektomi geçirmiş kadınların bir bölümünü, histerektomi ile birlikte overleri alınarak cerrahi menopoza girmiş olanlar oluşturmaktadır (9). Özellikle premenopozal kadınlarda histerektomiye bağlı ortaya çıkan hormonal değişiklikler cinsel sorunlara yol açabilmektedir. Postmenopozal dönemdeki kadınlarda, fizyolojik ovarian yetmezlik, östrojen ve androjen seviyelerinde belirgin düşme ortaya çıkmaktadır. Ovarian hormonlarda meydana gelen düşme cinsel istekte azalmaya ve depresyona sebep olmaktadır. Kırkbeş yaşın altında histerektomi-ooferektomi yapılan hastaların üçte birinde cinsel istekte azalma olduğu belirlenmiştir (4,9). Östrojen seviyelerindeki fizyolojik değişiklik vajinal lubrikasyonda azalma, dispareni gibi cinsel sorunlara da yol açabilmektedir. Androjen eksikliği ise libido ve cinsel uyarılmada azalmaya sebep olmaktadır (4).

Histerektomi sonrası cinsel istekteki azalmanın hormonal değişiklikler kadar depresyon ve bozulmuş vücut imajı gibi psikolojik faktörlere de bağlı olabileceği vurgulanmaktadır. Teorik olarak öne sürülen bu iddialara rağmen yapılan prospektif çalışmalarda, histerektomi sonrası cinsel istek ya artmış ya da değişmemiştir (62,25). Rhodes ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında, vajinal (% 23.6), abdominal (% 65) ve laparoskopik (% 11.4) histerektomi yapılmış kadınların operasyon öncesi cinsel isteklerinde azalma olduğu, operasyon sonrasında ise cinsel isteklerinde artış olduğu belirtilmektedir (19).

2.6.4.3. Cinsel Uyarılmada ve Lubrikasyonda Değişiklik

Histerektomi, teorik olarak çok farklı mekanizmalarla cinsel uyarılma ve lubrikasyonda değişikliğe yol açmaktadır. Bu mekanizmalar şu şekilde sıralanabilir (4,9);

Uterus ve/veya serviks ve/veya üst vajenin alınmasıyla pelvik destek yapılarında meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişikliklerin, pelvik kanlanmada azalmaya yol açması,

Pelvik kanlanmadaki değişikliğin, otonomik sinir hasarına yol açarak yeterli lubrikasyon cevabını engellemesi

Vajen üst kısmındaki skar dokusu oluşumunun cinsel uyarılma sırasında vajenin genişlemesini engellemesi, Servikal mukusun cinsel uyarılma sırasında lubrikasyona cevabının azalması

Ovarian hormon kaybına bağlı östrojen ve androjen yetersizliğinin vajinal kuruluk, atrofi, azalmış lubrikasyon ve cinsel uyarılma bozukluklarına yol açması,

Psikolojik değişikliklere (Beden imajı, doğurganlık, kadınlık algısında değişiklik vb.) sebep olmasıdır.

2.6.4.4. Orgazmda Değişiklik

Orgazm nörolojik genital bir reflektir. Orgazm sırasında vajinal kaslardaki kasılmaya, uterus düz kaslarının ritmik kasılması eşlik etmektedir. Uterusun cerrahi olarak çıkarılmasıyla orgazm kalitesinin etkilenebileceği düşünülmektedir (9,10). Cinsel ilişki sırasında pelvik organların hareketliliğinin ve üst vajenin cinsel uyarılma sırasındaki genişleme kabiliyetinin azalması da cinsel fonksiyonu etkileyebilmektedir. Üst vajenden dokunmaya duyarlı dokunun alınmasıyla, cinsel uyarılmada ve multipl orgazm ihtimalinde azalma olacağı düşünülmektedir (10).

Vajinal duvarlar dokunmaya duyarsızken, serviks dokunmaya duyarlıdır ve serviksin uyarılmasıyla orgazmın tetiklendiği düşünülmektedir. Ayrıca orgazm sırasında servikal osta dilatasyon gerçekleşir, böylece konsepsiyon ihtimali artar. Bu nedenlerden dolayı serviksin orgazm fizyolojisinde uterus kadar önemli olduğu iddia edilmektedir (9).

2.6.4.5. Cinsel İlişki Sıklığında Değişiklikx

Kadınlarda, histerektomi operasyonu sonrası uterin patolojinin ortadan kalkmasıyla, cinsel ilişki sıklığında artış olmaktadır. Cinsel aktivitede artış, kadınların cinsel fonksiyonlarında ve haz almada iyileşmenin en güçlü göstergesidir. Bununla birlikte, cinsel ilişki sıklığı pelvik ağrı, kanama ve cinsel eşin libidosu ile de ilişkilidir (9).

2.6.4.6. Overlerin Kanlanması ve Bozulması

Histektomi overlerin kanlanmasını bozmaktadır. Overlerin kanlanması ovarian arter tarafından sağlanır. Ovarian arterler, overlere ulaştıktan sonra fallop tüpü boyunca ilerleyerek uterusun üst kısımlarını kanlandırırlar. Oofektominin yapılmadığı durumlarda fallop tüplerinin bağlanması histektominin önemli bir basamağıdır ve bu işlem arterin devamlılığını etkilemektedir (1,3,4).

Ovarian yetmezliğin FSH ve LH seviyelerinde belirgin yükselmelere yol açtığı ve histektomi uygulanmış kadınlardaki değerlerin de belirgin olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir. Prematür ovarian yetmezlik, östrojen seviyelerinde olduğu kadar androjen seviyelerinde de düşümlere yol açar (4). Histektomi ile eş zamanlı yapılan oofektomi; over fonksiyonlarının durmasına, kadının vajinal kuruluk ve disparoni yaşamasına neden olur (8).

2.6.4.7. Disparoni

Histektomi operasyonunda serviksin çıkarılması vajenin kışalmasına sebep olabilir ve bunun sonucunda cinsel ilişki sırasında duysal değışiklikler ve disparoni ile karşılaşılabilir (4). Aumeerally ve arkadaşlarının (1996) histektomi sonrası vajen uzunluğunu değerlendirdikleri bir çalışmada, histektominin vajen uzunluğunda yaklaşık 1-4 cm'lik kışalmaya yol açtığı belirtilmektedir (64).

Disparoni skar dokusu ve vajinal kışalığa bağlı olarak gelişebildiği gibi hormonal nedenlerle de görülebilmektedir (9). Histektomi-oofektomi ile ovarian yetmezlik nedeniyle östrojen seviyelerindeki fizyolojik değışiklik vajinal lubrikasyonda azalma, disparoni gibi organik cinsel sorunlara da yol açabilir (4).

Histektomide, ciddi anatomik değışikliklere rağmen, çalışmalardan elde edilmiş bulgular (62,19) bu ameliyatı geçiren kadınların, histektomi sonrasında cinsel fonksiyonlarını geri kazandıklarını, hatta çoğu durumda histektomi öncesi dönemlerine kıyasla cinsel fonksiyonlarının daha iyi düzeylere ulaştığını ortaya koymaktadır (65). Histektominin, cinsel fonksiyonun bazı yönlerini (özellikle libido ve cinsel deneyimin kalitesi) nasıl etkilediği netlik kazanmamış olmakla birlikte, cinselliği olumlu yönde etkilediğini destekleyen çok sayıda araştırma sonucu bulunmaktadır (66,67,68).

3. MATERYAL METOD

Bu çalışmaya, Ocak 2016 –Mart 2018 yılları arasında Harran Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvurup benign nedenlerle laparatomik ve laparoskopik histerektomi yapılan 120 hasta dahil edildi.

Prospektif kesitsel olarak yapılan bu çalışma hastalardan aydınlatılmış onam formu alındıktan sonra iki aşamalı olarak yapıldı. Birinci aşamada görevli olan doktor ve ikinci aşamada görevli olan doktor farklı kişilerdi. Birinci aşamada, benign nedenlerle histerektomi yapılacak olan, araştırmaya katılmaya istekli hastalara servise yatışı yapıldıktan sonra, ameliyat olmadan 1-2 gün önce sakin bir odada, hasta ile baş başa kalarak ve anlamadığı bölümler açıklanarak, yüz yüze görüşme tekniği ile yapıldı. Hastalara kadın cinsel işlev ölçeği değerlendirme formu uygulandı ve tüm sorulara cevap vermesi sağlandı. Bu hastalara anket uygulama öncesi araştırmanın yapılış amacı ve bilgilerinin sadece bilimsel amaçlar için kullanılacağı ve isminin bu araştırmada geçmeyeceği anlatıldı ve sözlü onam alındı. Anket uygulaması yaklaşık 20-25 dakika sürdü. Kişilere ameliyat sonrası 3. ayda tekrar görüşüleceği söylendi.

Çalışmanın ikinci aşaması, ameliyattan 3 ay sonra görüşülerek yapıldı. Hastalar Harran Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine kontrole çağrıldı ve bu sırada poliklinik hizmetinin verilmediği sakin bir odada yüz yüze görüşülerek hastalara kadın cinsel işlev ölçeği değerlendirme formu uygulandı. Anket süresi yaklaşık 20 dakika sürdü.

Çalışmaya benign nedenle histerektomi yapılan 120 hasta alındı, çalışma grubu TLH yapılanlar ve TAH yapılanlar olarak iki gruba ayrıldı. TLH uygulanan 60 hasta ve TAH yapılan 60 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya alınan hastalarda 30-60 yaş sınırlaması yapıldı.

Verilerin değerlendirilmesinde Kadınların yaş, evlilik süresi, eğitim-öğrenim durumu, bir işte çalışmama durumu, ekonomik durumu, çocuk sayısı, aile tipi, rahimini algılama durumu, cinselliği önemli bulma durumu bağımsız değişken olarak alındı. Verilerin değerlendirilmesinde, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCiÖ) bağımlı değişken olarak alındı.

3.1. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ)

KCIÖ ölçeği 19 soru ve altı alt boyuttan oluşmaktadır ve ölçekteki her bir soru kadının son bir aydaki cinsel fonksiyonunu sorgulamaktadır. Ölçeğin yapısında; cinsel istek (1, ve 2, soru), uyarılma (3,4,5,6.soru), lubrikasyon (7,8,9,10.soru), orgazm (11,12,13.soru), doyum (14,15,16.soru) ve ağrı (17,18,19.soru) olmak üzere altı alt boyut bulunmaktadır (38).

Araştırmamızda

1. Cinsel olarak aktif olan
2. İşitme, dil sorunu gibi iletişimi güçleştirecek engeli bulunmayan
3. Preop ve postop hormon replasman tedavisi almayan
4. Pelvik organ prolapsus operasyonu geçirmeyen
5. Partnerinde seksuel disfonksiyon olmayan
6. Eşiyle ilişkisinde problemi olmayan
7. Unilateral veya bilateral oofektomi yapılmayan hastalar
8. Vajinusmus olmayan
9. Benign nedenlerle histerektomi yapılmış olan
10. Histerektomi sonrası kemoterapi almayan
11. İletişim kurabilen ve görüşmeyi kabul eden kadınlar dahil edildi

Veriler, araştırmacı tarafından Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (Bkz. Ek 1) kullanılarak preoperatif ve postoperatif toplandı.

Verilerin istatistiksel analizleri Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 17.0 for Windows istatistik analiz paket programı ile gerçekleştirildi. Kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde Fisher ki-kare testleri, bağımlı grupların değerlendirilmesinde Wilcoxon testi kullanıldı. Sayısal değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov Smirnov Testi ile incelendi. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

4. BULGULAR

Çalışmaya benign nedenlerle histerektomi endikasyonu alan, TLH uygulanan 60 hasta ve TAH uygulanan 60 hasta dahil edildi.

Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaş değeri 49,23±6,25 idi. TLH grubundaki hastaların ortalama yaş değeri 49,89±6,13 ve TAH grubundaki hastaların ortalama yaş değeri 48,56±6,32 olarak hesaplandı. Ortalama hasta yaşı TLH yapılan grupta daha yüksek bulundu (p>0,05).

Tüm histerektomilerin ortalama gravidası 4,64±2,27, paritesi 3,89±1,76 olarak hesaplandı. TLH grubundaki hastaların ortalama gravidası 4,85±2,20, ortalama paritesi 4,03±1,67 ve TAH grubundaki hastaların ortalama gravidası 4,44±2,34, ortalama paritesi 3,76±1,84 olarak bulundu (p>0,05). (Tablo 2)

Tablo-2: Hastaların Demografik Özellikleri

	TLH (n=60)	TAH (n=60)	TOPLAM (n=120)	T Testi
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	p
Yaş	49,89±6,13	48,56±6,32	49,23±6,25	0,133
Gravida	4,85±2,20	4,44±2,34	4,64±2,27	0,204
Parite	4,03±1,67	3,76±1,84	3,89±1,76	0,279

Tablo 3 kişinin eğitim durumu, bir işte çalışıp çalışmadığı, evlenme yaşını, evlilik süresini, evlilik şeklini ve aile yapısı ile ilgili bulguları göstermektedir Buna göre laparoskopik histerektomi olan hastaların %10 ve laparatomik hastaların %3.3 ü okur yazar değildir. Laparoskopik histerektomi geçiren hastaların %13.3 ve laparatomik histerektomi geçiren hastaların %11.7'si çalışırken, laparoskopik histerektomi geçiren hastaların %86'sı ve laparatomik histerektomi geçiren hastaların %88.3 çalışmıyordu. Laparoskopik histerektomi geçiren hastaların %45 i ve laparatomik histerektomi geçiren hastaların %80 inin evlilik süreleri 30 yıl ve altında iken, laparoskopik histerektomi geçiren hastaların %55'sı ve laparatomik histerektomi geçiren hastaların %20'sinin evlilik süreleri 31 yıl ve üzeriydi. Olguların %78.3 çekirdek aile yapısına sahipken %21.7 si geniş aile yapısına sahipti.

Tablo-3: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler	Histerektomi Tipi				Toplam n=120	İstatistiksel Analiz	
	TLH n=60		TAH n=60				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı		%
Öğrenim Durumu							
Okuryazar değil	6	10.0	2	3.3	8	6.7	-
İlkokul mezunu	39	65.0	48	80.0	87	72.5	
Ortaokul mezunu	7	11.7	5	8.3	12	10.0	
Lise ve üzeri okul mezunu	8	13.3	5	8.3	13	10.8	
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	8	13.3	7	11.7	15	12.5	X ² : 0.000 p=1.0
Çalışmıyor	52	86.7	53	88.3	105	87.5	
Evlilik Süresi							
30 yıl ve altı	27	45.0	48	80.0	75	62.5	X ² :14.22 p=0.0001
31 yıl ve üzeri	33	55.0	12	20.0	45	37.5	
Aile Tipi							
Çekirdek Aile*	46	76.7	48	80.0	94	78.3	X ² :0,049 p=0.825
Geniş Aile**	14	23.3	12	20.0	26	21.7	

* Çekirdek Aile: Anne, baba ve çocuklar

** Geniş Aile: Anne, baba, çocuklar, büyük anne ve büyük baba

Yapılan histerektomi endikasyonlarını myoma uteri, menometroraji, endometrial hiperplazi, over kisti, post menopozal kanama, kronik pelvik ağrı oluşturmaktaydı. Her iki grubun histerektomi endikasyonları aşağıdaki tabloda verilmiştir (p<0,05).

Tablo-4: Histerektomi Endikasyonları

	TLH		TAH		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	
Hiperplazi	19	31.6	14	23	33	
Kr. Pelvik Ağrı	0	0	1	1.6	1	
Menometroraji	27	45	21	35	48	
Myoma Uteri	12	20	18	30	30	
Over Kisti	6	10	12	20	18	
p	0,028					

Tablo 5’de tlh planlanan kişilerin ameliyat öncesi jinekolojik operasyon geçirip geçirmeme ve geçirdiyse hangi operasyonu geçirdiği ve hangi şikâyetle doktora başvurduklarına dair veriler bulunmaktadır. Buna göre; %80’i daha önceden herhangi bir jinekolojik operasyon öyküsü yok iken, %40’u daha önceden sectio ameliyatı öyküsü vardır. Hangi şikayetle doktora başvurduklarına bakıldığında ise %25 i aşırı kanama, %11’i aşırı kanama+ağrı, %16’sı ağrı, %15’i adet düzensizliği+ağrı, %15’i adet düzensizliği şikayeti ile başvurdu. %20’si herhangi bir şikayeti olmadan başvurdu.

Tablo-5: TLH planlanan kadınların ameliyatı öncesi jinekolojik ve obstetrik operasyon hikayesine ilişkin bulgularının dağılımı

Özellikler	n(60)	%
Jinekolojik operasyon		
Geçirmiş	12	20
Geçirmemiş	48	80
Obstetrik Operasyon		
Sectio	24	40
Doktora geliş şikayeti		
Aşırı kanama	15	25
Adet düzensizliği	8	13
Ağrı	10	16
Aşırı kanama+ağrı	7	11
Adet düzensizliği+ağrı	9	15
Şikâyetim yok	12	20

Tablo 6'da tah planlanan kişilerin ameliyat öncesi jinekolojik operasyon geçirip geçirmeme ve geçirdiyse hangi operasyonu geçirdiği ve hangi şikâyetle doktora başvurduklarına dair veriler bulunmaktadır. Buna göre; %75'i daha önceden herhangi bir jinekolojik operasyon öyküsü yok iken, %60'ı daha önceden sectio ameliyatı geçirdiği belirlendi.. Hangi şikayetle doktora başvurduklarına bakıldığında ise %20 si aşırı kanama, %11.6'sı aşırı kanama+ağrı, %13.3'ü ağrı, %10'u adet düzensizliği+ağrı, %30'u adet düzensizliği şikayeti ile başvurdu %15'i herhangi bir şikayeti olmadan başvurdu.

Tablo-6: TAH planlanan kadınların ameliyatı öncesi jinekolojik ve obstetrik operasyon hikayesine ilişkin bulgularının dağılımı (n=60)

Özellikler	n	%
Jinekolojik operasyon		
Geçirmiş	15	25
Geçirmemiş	45	75
Obstetrik Operasyon		
Sectio	36	60
Doktora geliş şikayeti		
Aşırı kanama	12	20
Adet düzensizliği	18	30
Ağrı	8	13.3
Aşırı kanama+ağrı	7	11.6
Adet düzensizliği+ağrı	6	10
Şikâyetim yok	9	15

Tablo 7’de kadınların uterusun anlamına ilişkin ifadelerinin histerektomi tipine göre dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, kadınların uterusu; kadınlığın simgesi TLH: % 68.3, TAH: % 61.7, üreme organı TLH: % 41.7, TAH: % 46.7, cinsel ilişki organı TLH: % 30.0, TAH: % 23.3 ve çok az bir oranda gereksiz bir organ TLH: % 5.0, TAH: % 3.3 olarak anlam yükledikleri belirlendi.

Tablo-7: Kadınların Uterusa Yükledikleri Anlam

Uterusun Anlamı	Histerektomi Tipi				Toplam	
	TLH n=60*		TAH n=60*		n=120*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Üreme organı	25	41.7	28	46.7	53	44.2
Cinsel ilişki organı	18	30.0	14	23.3	32	26.7
Kadınlık organı	41	68.3	37	61.7	78	65.0
Gereksiz bir organ	3	5.0	2	3.3	5	4.2

* Bu soruda kadınlar birden fazla duruma yanıt verdikleri için n sayısı arttı. Yüzdeler n üzerinden alındı.

Tablo-8a: TLH Cinsel Doyum

Cinsel Doyum		Histerektomi Sonrası Cinsel Doyum							
		iyi		orta		kötü		toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Histerektomi Öncesi Cinsel Doyum	İyi	10		7		3		20	33.3
	Orta	15		5		5		25	41.7
	kötü	5		5		5		15	25
	Sayı %	30	50	17	28.2	13	21.6	60	100
İstatistiksel analiz		P=0.004 (ki-kare)							

Tablo 8 a ya bakıldığında kadınların histerektomi öncesi cinsel doyuma ilişkin ifadelerinin histerektomi sonrası ifadelerine ve histerektomi tipine göre dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, laparoskopik histerektomi geçiren kadınların % 33ü histerektomi öncesi cinsel doyumunu "iyi" olarak ifade ederken, histerektomi sonrası da % 50'si cinsel doyumunu "iyi" olarak ifade etiler. Kadınların % 41.7'si histerektomi öncesi cinsel doyumunu "orta" olarak ifade ederken, histerektomi sonrası ise % 28'i "orta" olarak ifade ettiler. Histerektomi öncesi cinsel doyumlarını "kötü" olarak ifade eden kadınlar % 25 iken, histerektomi sonrası bu oran % 21.6 olarak belirlendi. Laparoskopik histerektomi geçiren kadınların cinsel doyum durumuna göre histerektomi öncesi ve sonrası "iyi", "orta" ve "kötü" ifadeleri arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Tablo-8b: TAH Cinsel Doyum

Cinsel Doyum		Histerektomi Sonrası Cinsel Doyum							
		İyi		orta		kötü		toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Histerektomi Öncesi Cinsel Doyum	iyi	19		10		10		39	65
	orta	2		2		5		9	15
	kötü	5		1		6		12	20
	Sayı %	26	43.3	13	22.1	21	35	60	100
İstatistiksel analiz		P=0.049 (ki-kare)							

Tablo 8b'ye bakıldığında abdominal histerektomi geçiren kadınlar cinsel doyum ifadelerine göre incelendiğinde, histerektomi geçiren kadınların % 65i histerektomi öncesi cinsel doyumunu "iyi" olarak ifade ederken, histerektomi sonrası bu kadınların oranında azalma (% 43) olduğu belirlendi. Histerektomi öncesi cinsel doyumunu "orta" (%15) "kötü" (% 20) olarak ifade eden kadınların oranında ise histerektomi sonrası artma olduğu ("orta": % 22.1, "kötü": % 35) belirlendi. Abdominal histerektomi geçiren kadınların cinsel doyum durumuna göre histerektomi öncesi ve sonrası "iyi", "orta" ve "kötü" ifadeleri arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulundu ($p<0.05$).

Tablo-9a: TLH Cinsel istek

Cinsel istek		Histerektomi Sonrası Cinsel istek			
		iyi	orta	kötü	Toplam
		Sayı	Sayı	Sayı	Sayı %
Histerektomi Öncesi Cinsel istek	iyi	12	8	5	25 41.6
	orta	8	6	5	19 31.6
	kötü	6	2	8	16 26.6
	Sayı %	26 43.3	16 25.8	18 30	60 100
İstatistiksel analiz		P=0.24 (ki-kare)			

Tablo 9a incelendiğinde, laparoskopik histerektomi geçiren kadınların histerektomi öncesi cinsel isteğe yönelik "iyi" (%41.6) ve "orta" (%31.6) olarak verdikleri ifadelerde histerektomi sonrası "iyi" %43 olarak arttığı ve "orta" %25.8 olarak azaldığı görüldü. Histerektomi öncesi cinsel istek durumunu "kötü" olarak ifade eden kadınlarda (%41.6) ise histerektomi sonrası artma (%47.3) olduğu belirlendi. Laparoskopik histerektomi geçiren kadınların cinsel istek durumuna göre histerektomi öncesi ve sonrası "iyi", "orta" ve "kötü" ifadeleri arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulundu ($p>0.05$).

Tablo-9b: TAH Cinsel istek

Cinsel istek		Histerektomi Sonrası Cinsel istek							
		iyi		orta		kötü		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Histerektomi Öncesi Cinsel istek	iyi	16		10		6		32	53.3
	orta	2		8		7		17	28.3
	kötü	4		5		2		11	18.3
	Sayı %	22	36.6	23	38.3	15	25	60	100
İstatistiksel analiz		P=0.001 (ki-kare)							

Tablo 9b incelendiğinde laparatomik histerektomi geçiren kadınlar cinsel istek durumuna yönelik ifadelerine göre incelendiğinde, histerektomi geçiren kadınların % 53.3ü histerektomi öncesi cinsel istek durumunu "iyi" olarak ifade ederken, histerektomi sonrası bu kadınların oranında azalma (% 36.0) olduğu belirlendi. Histerektomi öncesi cinsel istek durumunu "orta" (% 28.3) ve "kötü" (% 18.3) olarak ifade eden kadınların oranında ise histerektomi sonrası artma olduğu ("orta": % 38.3, "kötü": % 25) belirlendi. Abdominal histerektomi geçiren kadınların cinsel istek durumuna göre histerektomi öncesi ve sonrası "iyi", "orta" ve "kötü" ifadeleri arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulundu ($p<0.05$).

Tablo-10a: TLH Cinsel İlişki Sıklığı

Cinsel ilişki sıklığı		Histerektomi Sonrası Cinsel İlişki Sıklığı							
		iyi		orta		kötü		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Histerektomi Öncesi Cinsel ilişki Sıklığı	iyi	13		8		3		24	40
	orta	10		7		4		21	35
	kötü	6		2		7		15	25
	Sayı %	29	48.3	17	28.3	14	23.3	60	100
İstatistiksel analiz		P=0.031 (ki-kare)							

Tablo-10a incelendiğinde, laparoskopik histerektomi geçiren kadınların %40'ı histerektomi öncesi cinsel ilişki sıklığını "iyi" olarak ifade ederken, histerektomi sonrası bu kadınların oranında artma (% 48.3) olduğu belirlendi. Histerektomi öncesi cinsel ilişki sıklığının "orta" (% 35) ve histerektomi sonrası cinsel ilişki sıklığının "orta" (% 38) olarak ifade edildi. Histerektomi öncesi cinsel ilişki sıklığı durumunu "kötü" olarak ifade eden kadınlarda (% 25) ise histerektomi sonrası azalma (% 23.3) olduğu belirlendi. Laparoskopik histerektomi geçiren

kadınların cinsel ilişki sıklığı durumuna göre histerektomi öncesi ve sonrası "iyi", "orta" ve "kötü" ifadeleri arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulundu ($p<0.05$).

Tablo-10b: TAH Cinsel İlişki Sıklığı

Cinsel ilişki sıklığı		Histerektomi Sonrası Cinsel İlişki Sıklığı			
		iyi	orta	kötü	Toplam
		Sayı	Sayı	Sayı	Sayı %
Histerektomi Öncesi Cinsel ilişki Sıklığı	iyi	15	8	5	28 46.7
	orta	8	6	4	18 30
	kötü	6	6	2	14 23.3
	Sayı %	29 48.3	20 33.3	11 18.3	60 100
İstatistiksel analiz		P=0.223 (ki-kare)			

Tablo-10b incelendiğinde laparatomik histerektomi geçiren kadınların %46.7'si histerektomi öncesi cinsel ilişki sıklığını "iyi" olarak ifade ederken, histerektomi sonrası bu kadınların oranında azalma (%48.3) olduğu belirlendi. Histerektomi öncesi cinsel ilişki sıklığını "orta" (%30.0) ve histerektomi sonrası cinsel ilişki sıklığını "orta": %33.3 olarak ifade edenlerin oranı yükseldi. Histerektomi öncesi cinsel ilişki sıklığının "kötü" (% 23.3) olarak ifade eden kadınların oranında ise histerektomi sonrası azalma olduğu ("kötü": %18.3) belirlendi. Laparatomik histerektomi geçiren kadınların cinsel ilişki sıklığı durumuna göre histerektomi öncesi ve sonrası "iyi", "orta" ve "kötü" ifadeleri arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulundu($p>0.05$).

Tablo-11a: TLH Cinsel Orgazm Sıklığı

Cinsel Orgazm Sıklığı		Histerektomi Sonrası Cinsel Orgazm Sıklığı			
		iyi	orta	kötü	Toplam
		Sayı	Sayı	Sayı	Sayı %
Histerektomi Öncesi Cinsel Orgazm Sıklığı	iyi	2	4	6	12 20
	orta	6	6	8	20 33.3
	kötü	5	12	11	28 46.6
	Sayı %	13 21.6	22 36.6	25 41.6	60 100
İstatistiksel analiz		P=0.052 (ki-kare)			

Tablo 11a incelendiğinde, laparoskopik histerektomi geçiren kadınların histerektomi öncesi cinsel orgazm sıklığına yönelik "iyi" (%20) ve "orta" (%33.3) olarak verdikleri ifadelerde histerektomi sonrası artma ("iyi" %21.6 ve "orta" % 36.6) olduğu görüldü. Histerektomi öncesi cinsel orgazm sıklığı durumunu "kötü" olarak ifade eden kadınlarda (%46.6) ise histerektomi sonrası azalma (%41.6) olduğu belirlendi. Laparoskopik histerektomi geçiren kadınların cinsel orgazm sıklığı durumuna göre histerektomi öncesi ve sonrası "iyi", "orta" ve "kötü" ifadeleri arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmadı($p>0.05$).

Tablo-11b: TAH Cinsel Orgazm Sıklığı

Cinsel Orgazm sıklığı		Histerektomi Sonrası Cinsel Orgazm Sıklığı			
		iyi	orta	kötü	Toplam
		Sayı	Sayı	Sayı	Sayı %
Histerektomi Öncesi Cinsel Orgazm Sıklığı	iyi	4	3	6	13 21.6
	orta	5	6	8	19 31.6
	kötü	8	9	11	28 46.6
	Sayı %	17 28.3	18 30	25 41.6	60 1000
İstatistiksel analiz		P=0.341 (ki-kare)			

Tablo-11b incelendiğinde laparatomik, histerektomi geçiren kadınların %21.6 si histerektomi öncesi cinsel orgazm sıklığını "iyi" olarak ifade ederken, histerektomi sonrası bu kadınların oranında artma (%28.3) olduğu belirlendi. Histerektomi öncesi cinsel orgazm sıklığının "orta" (%31.6) ve "kötü" (%41.6) olarak ifade eden kadınların oranında ise histerektomi sonrası "orta": %30, "kötü": %41.6 olarak belirlendi. Abdominal histerektomi geçiren kadınların cinsel ilişki sıklığı durumuna göre histerektomi öncesi ve sonrası "iyi", "orta" ve "kötü" ifadeleri arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulundu($p>0.05$).

Tablo-12a: TLH Cinsel ilişki sırasında Ağrı Sıklığı

Cinsel İlişki Sırasında Ağrı Sıklığı		Histerektomi Sonrası Cinsel ilişki sırasında Ağrı Sıklığı							
		iyi		orta		kötü		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Histerektomi Öncesi Cinsel İlişki Sırasında Ağrı Sıklığı	iyi	12		10		2		24	40
	orta	10		8		5		23	38.3
	kötü	4		4		5		13	21.6
	Sayı %	26	43.3	22	36.6	12	20	60	100
İstatistiksel analiz		P=0.003 (ki-kare)							

Tablo-12a incelendiğinde, laparoskopik histerektomi geçiren kadınların histerektomi öncesi cinsel ilişki sırasında ağrı sıklığına yönelik "iyi" (%40) ve "orta" (%38.3) olarak verdikleri ifadelerde histerektomi sonrası "iyi" %43.3 ve "orta" % 33.6 olduğu görüldü. Histerektomi öncesi cinsel ilişki sırasında ağrı sıklığı durumunu "kötü" olarak ifade eden kadınlarda (%21.6) ise histerektomi sonrası azalma (%20) olduğu belirlendi. Laparoskopik histerektomi geçiren kadınların cinsel ilişki sırasında ağrı sıklığı durumuna göre histerektomi öncesi ve sonrası "iyi", "orta" ve "kötü" ifadeleri arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulundu ($p<0.05$).

Tablo-12b: TAH Cinsel ilişki sırasında Ağrı Sıklığı

Cinsel İlişki Sırasında Ağrı Sıklığı		Histerektomi Sonrası Cinsel ilişki sırasında Ağrı Sıklığı							
		iyi		orta		kötü		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Histerektomi Öncesi Cinsel İlişki Sırasında Ağrı Sıklığı	iyi	13		8		7		28	46.6
	orta	7		8		6		21	35
	kötü	5		4		2		11	18.3
	Sayı %	25	41.6	20	33.3	25	25	60	100
İstatistiksel analiz		P=0.245 (ki-kare)							

Tablo-12b incelendiğinde laparatomik histerektomi geçiren kadınların %46.6'si histerektomi öncesi cinsel ilişki sırasında ağrı sıklığını "iyi" olarak ifade ederken, histerektomi

sonrası bu kadınların oranında azalma (%41.6) olduğu belirlendi. Histerektomi öncesi cinsel ilişki sırasında ağrı sıklığının "orta" (%35) ve "kötü" (%18.3) olarak ifade eden kadınların oranında ise histerektomi sonrası "orta": %33.3, "kötü": % 25 belirlendi. Laparatomik histerektomi geçiren kadınların cinsel ilişki sırasında ağrı sıklığı durumuna göre histerektomi öncesi ve sonrası "iyi", "orta" ve "kötü" ifadeleri arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulundu ($p>0.05$).



5. TARTIŞMA

Bu çalışma da Harran üniversitesi tıp fakültesi kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde Ocak 2016 ve Mart 2018 tarihleri arasında laparoskopik ve laparotomik histerektomi olan hastaların operasyondan bir gün önce ve operasyondan üç ay sonra cinsel fonksiyonlarının karşılaştırılması amaçlandı.

Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaş değeri $49,23 \pm 6,25$ idi. TLH grubundaki hastaların ortalama yaş değeri $49,89 \pm 6,13$ ve TAH grubundaki hastaların ortalama yaş değeri $48,56 \pm 6,32$ olarak hesaplandı. Ortalama hasta yaşı TLH yapılan grupta daha yüksek bulundu. Yaş, kadınlarda cinsel işlevleri etkileyen önemli faktörlerden birisidir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte menopoza bağlı hormonal değişim olmakta, kronik hastalıklar artmakta ve cinsel istekte ve doyumda azalma, cinsel uyarılma ve lubrikasyon sorunları yaşanabilmektedir (1,8,18). Yaşlanma ile birlikte vajina boyunda kısılma, vajinal duvarda incelmeye, labia majörlerde küçülme, perineal kas tonüsünde azalma, klitoral hassasiyette azalma, klitoriste küçülme gibi ve cinsel uyarılma ve lubrikasyon için gereken sürede uzama, daha az vajinal lubrikasyon oluşması, daha seyrek orgazm gibi değişiklikler meydana gelmektedir (9). Yapılan çalışmalarda da yaşlanma ile birlikte cinsel yaşamın olumsuz etkilendiği belirtildi (1,18). Aslan ve Altınsoy'un (2006) çalışmasında, postmenopozal dönemdeki kadınların % 44.4'ü cinsel ilgilerinin azaldığını, % 6.7'si cinsel ilişki sırasında ağrı meydana geldiğini ve % 2'si ise cinsel ilişki sırasında kuruluk yaşadığını belirtildi.

Çalışmaya dahil edilen olguların eğitim ve çalışma durumu, , evlilik süresini ve aile yapısı ile ilgili bulgular incelendiğinde laparoskopik histerektomi olan hastaların %10 ve laparotomik hastaların %3.3 ü okur yazar değildir. Laparoskopik histerektomi geçiren hastaların %13.3 ve laparotomik histerektomi geçiren hastaların %11.7'si çalışırken, laparoskopik histerektomi geçiren hastaların %86'sı ve laparotomik histerektomi geçiren hastaların %88.3 çalışmıyordu. Laparoskopik histerektomi geçiren hastaların %45'i ve laparotomik histerektomi geçiren hastaların %80 inin evlilik süreleri 30 yıl ve altında iken, laparoskopik histerektomi geçiren hastaların %55'si ve laparotomik histerektomi geçiren hastaların %20'sinin evlilik süreleri 31 yıl ve üzeriydi. Olguların %78.3 çekirdek aile yapısına sahipken %21.7 si geniş aile yapısına sahipti. Reis ve ark.nın abdominal histerektomi çalışmasında ilkökul mezunu %48,4, %16,1'i lise ve üstü ve %32,3'ü okur yazar değil olarak bulundu (69). TNSA 2003 verilerinde kadınların yaşları arttıkça çalışma durumunun da arttığı gözlemlenmiş, sonuçta %27'sinin bir işte çalıştığı ve %73'ünün ev hanımı olduğu belirtildi (75). 2006 yılında TÜİK'in yaptığı aile araştırması

sonuçlarına göre Türkiye genelindeki hanelerin %80,7'si çekirdek, %13'ü geniş aileden oluşmaktadır (71).

Ameliyat öncesi doktora başvurma nedenine bakıldığında ise tlh planlanan kişilerin ameliyat öncesi jinekolojik operasyon geçirip geçirmeme ve geçirdiyse hangi operasyonu geçirdiği ve hangi şikâyetle doktora başvurduklarına dair verilere bakıldığında; %80'i daha önceden herhangi bir jinekolojik operasyon öyküsü yok iken, %40'u daha önceden sectio ameliyatı geçirdiği tespit edildi. Doktora başvurma nedenlerine bakıldığında ise %25 i aşırı kanama, %11'i aşırı kanama+ağrı, %16'sı ağrı, %15'i adet düzensizliği+ağrı, %15'i adet düzensizliği şikayeti ile başvurdu. %20'si herhangi bir şikayeti olmadan başvurdu. Tah planlanan kişilerin ameliyat öncesi jinekolojik operasyon geçirip geçirmeme ve geçirdiyse hangi operasyonu geçirdiği ve hangi şikâyetle doktora başvurduklarına dair veriler bulunmaktadır. Buna göre; %75'i daha önceden herhangi bir jinekolojik operasyon geçirmemiş iken, %60'ı daha önceden sectio ameliyatı geçirdi. Hangi şikayetle doktora başvurduklarına bakıldığında ise %20 si aşırı kanama, %11.6'sı aşırı kanama+ağrı, %13.3'ü ağrı, %10'u adet düzensizliği+ağrı, %30'u adet düzensizliği şikayeti ile başvurdu. %15'i herhangi bir şikayeti olmadan başvurdu. Literatüre bakıldığında da, bizim çalışmamıza benzer olarak histerektomi ameliyatı en çok düzensiz kanama şikayeti ile hastaneye başvuran kadınlarda uygulanmaktadır (72). Nitekim, İngiltere'de 1994-1995 yılları arasında benign nedenlerle histerektomi olan 37298 hastanın ameliyat nedeni incelendi ve %46 ile en yüksek oranın anormal uterin kanama olduğu belirlendi (73).

Çalışmamızda, kadınların uterusu yüklemiş oldukları anlamlar, çoğunlukla doğurganlık TLH: %41.7, TAH: % 46.7, cinsel ilişki organı TLH: %30.0, TAH: %23.3 ve kadınlık organı TLH: %68.3, TAH: % 61.7 olarak ifade edildi. Bayram ve arkadaşlarının çalışmasında (2005), kadınların uterusu yüklediği anlamlar, doğurganlık (%36.6), cinsellik (%22.6), kadınlık (%19.4) adet görme (7.5) ve sağlıklılık (%7.5) olarak belirlendi (74). Yang ve Chao'nun çalışmasında (2006) ise kadınların uterusu yüklediği anlamlar çoğunlukla doğurganlık (%31.3), gereksiz bir organ (% 6.3), önemli bir organ (%6.3) ve cinsel ilişki organı (% 3.1) olarak belirtildi(76). Histerektomi, kadınlarda dişilik algısının kaybı, doğurganlık, beden imajının farklılaşması fiziksel güç ve cinsel işlevin kaybı olarak görülmektedir (11,22). Uterusun, kadınlar için doğurganlığın ve kadınlık algısının ifade edilmesinde önemli olduğu düşünülebilir. Çalışmamızda, laparoskopik ve abdominal histerektomi geçiren kadınların önemli bir bölümü TLH: % 30.0, TAH: %23.3 uterusu cinsel ilişki organı olarak belirttiler. Bu sonuç bize, kadınların üreme organları hakkında yeterli

bilgiye sahip olmadığını göstermektedir. Kadınların, histerektomi öncesi üreme sisteminin anatomisine yönelik bilgilendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan olgular incelendiğinde, laparoskopik histerektomi geçiren kadınların % 33'ü histerektomi öncesi cinsel doyumu "iyi" olarak ifade ederken, histerektomi sonrası da % 50'si cinsel doyumu "iyi" olarak belirttiler. Kadınların % 41.7'si histerektomi öncesi cinsel doyumu "orta" olarak ifade ederken, histerektomi sonrası ise % 28'i "orta" olarak ifade ettiler. Histerektomi öncesi cinsel doyumlarını "kötü" olarak ifade eden kadınlar % 25 iken, histerektomi sonrası bu oran % 21.6 olarak belirlendi. Laparoskopik histerektomi geçiren kadınların cinsel doyum durumuna göre histerektomi öncesi ve sonrası "iyi", "orta" ve "kötü" ifadeleri arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Abdominal histerektomi geçiren kadınlar cinsel doyum ifadelerine göre incelendiğinde, histerektomi geçiren kadınların %65'i histerektomi öncesi cinsel doyumu "iyi" olarak ifade ederken, histerektomi sonrası bu kadınların oranında azalma (% 43) olduğu belirlendi. Histerektomi öncesi cinsel doyumu "orta" (%15) "kötü" (%20) olarak ifade eden kadınların oranında ise histerektomi sonrası artma olduğu ("orta": % 22.1, "kötü": % 35) belirlendi. Abdominal histerektomi geçiren kadınların cinsel doyum durumuna göre histerektomi öncesi ve sonrası "iyi", "orta" ve "kötü" ifadeleri arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulundu ($p<0.05$).

Çalışmaya katılan olgular incelendiğinde laparoskopik histerektomi geçiren kadınların histerektomi öncesi cinsel isteğe yönelik "iyi" (%41.6) ve "orta" (%31.6) olarak verdikleri ifadelerde histerektomi sonrası "iyi" %43 olarak arttığı ve "orta" %25.8 olarak azaldığı görülmektedir. Histerektomi öncesi cinsel istek durumunu "kötü" olarak ifade eden kadınlarda (%41.6) ise histerektomi sonrası artma (%47.3) olduğu belirlendi. Laparoskopik histerektomi geçiren kadınların cinsel istek durumuna göre histerektomi öncesi ve sonrası "iyi", "orta" ve "kötü" ifadeleri arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulundu ($p>0.05$). Laparatomik histerektomi geçiren kadınlar cinsel istek durumuna yönelik ifadeleri incelendiğinde, histerektomi geçiren kadınların % 53.3'ü histerektomi öncesi cinsel istek durumunu "iyi" olarak ifade ederken, histerektomi sonrası bu kadınların oranında azalma %36.0 olduğu belirlendi. Histerektomi öncesi cinsel istek durumunu "orta": %28.3 ve "kötü": %18.3 olarak ifade eden kadınların oranında ise histerektomi sonrası artma olduğu "orta": %38.3, "kötü": %25 belirlendi. Abdominal histerektomi geçiren kadınların cinsel istek durumuna göre histerektomi öncesi ve sonrası "iyi", "orta" ve "kötü" ifadeleri arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulundu($p<0.05$).

Çalışmaya katılan olgular incelendiğinde laparoskopik histerektomi geçiren kadınların %40'ı histerektomi öncesi cinsel ilişki sıklığını "iyi" olarak ifade ederken, histerektomi sonrası bu kadınların oranında artma %48.3 olduğu belirlendi. Histerektomi öncesi cinsel ilişki sıklığının "orta":% 35 ve histerektomi sonrası cinsel ilişki sıklığının "orta":%38 olarak ifade edildi. Histerektomi öncesi cinsel ilişki sıklığı durumunu "kötü" olarak ifade eden kadınlarda (% 25) ise histerektomi sonrası azalma (%23.3) olduğu belirlendi. Laparoskopik histerektomi geçiren kadınların cinsel ilişki sıklığı durumuna göre histerektomi öncesi ve sonrası "iyi", "orta" ve "kötü" ifadeleri arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulundu ($p<0.05$). Laparatomik histerektomi geçiren kadınların % 46.7'si histerektomi öncesi cinsel ilişki sıklığını "iyi" olarak ifade ederken, histerektomi sonrası bu kadınların oranında azalma (% 48.3) olduğu belirlendi. Histerektomi öncesi cinsel ilişki sıklığının "orta" :% 30.0 ve histerektomi sonrası cinsel ilişki sıklığının "orta": %33.3 olarak ifade edenlerin oranı arttı. Histerektomi öncesi cinsel ilişki sıklığının "kötü" :%23.3 olarak ifade eden kadınların oranında ise histerektomi sonrası azalma olduğu "kötü": %18.3 belirlendi. Laparatomik histerektomi geçiren kadınların cinsel ilişki sıklığı durumuna göre histerektomi öncesi ve sonrası "iyi", "orta" ve "kötü" ifadeleri arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulundu ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan olgular incelendiğinde incelendiğinde, laparoskopik histerektomi geçiren kadınların histerektomi öncesi cinsel orgazm sıklığına yönelik "iyi":%45 ve "orta" :%33.3 olarak verdikleri ifadelerde histerektomi sonrası artma "iyi" :%53.3 ve "orta" :% 36.6 olduğu görülmektedir. Histerektomi öncesi cinsel orgazm sıklığı durumunu "kötü" olarak ifade eden kadınlarda (%21.3) ise histerektomi sonrası azalma (%10) olduğu belirlendi. Laparoskopik histerektomi geçiren kadınların cinsel orgazm sıklığı durumuna göre histerektomi öncesi ve sonrası "iyi", "orta" ve "kötü" ifadeleri arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulundu ($p<0.05$). Laparatomik, histerektomi geçiren kadınların %50'si histerektomi öncesi cinsel orgazm sıklığını "iyi" olarak ifade ederken, histerektomi sonrası bu kadınların oranında azalma (%41.3) olduğu belirlendi. Histerektomi öncesi cinsel orgazm sıklığının "orta":%31.6 ve "kötü":%18.3 olarak ifade eden kadınların oranında ise histerektomi sonrası "orta": %30, "kötü": % 26.6 olarak belirlendi. Abdominal histerektomi geçiren kadınların cinsel ilişki sıklığı durumuna göre histerektomi öncesi ve sonrası "iyi", "orta" ve "kötü" ifadeleri arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulundu ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan olgular incelendiğinde laparoskopik histerektomi geçiren kadınların histerektomi öncesi cinsel ilişki sırasında ağrı sıklığına yönelik "iyi" :%40 ve "orta" %38.3 olarak

verdikleri ifadelerde histerektomi sonrası "iyi":%43.3 ve "orta":%33.6 olduğu görülmektedir. Histerektomi öncesi cinsel ilişki sırasında ağrı sıklığı durumunu "kötü" olarak ifade eden kadınlarda (%21.6) ise histerektomi sonrası azalma (%20) olduğu belirlendi. Laparoskopik histerektomi geçiren kadınların cinsel ilişki sırasında ağrı sıklığı durumuna göre histerektomi öncesi ve sonrası "iyi", "orta" ve "kötü" ifadeleri arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulundu ($p<0.05$). Laparatomik histerektomi geçiren kadınların %46.6'si histerektomi öncesi cinsel ilişki sırasında ağrı sıklığını "iyi" olarak ifade ederken, histerektomi sonrası bu kadınların oranında azalma (%41.6) olduğu belirlendi. Histerektomi öncesi cinsel ilişki sırasında ağrı sıklığının "orta" :%35 ve "kötü" :%18.3 olarak ifade eden kadınların oranında ise histerektomi sonrası "orta": %33.3, "kötü": %25 belirlendi. Laparatomik histerektomi geçiren kadınların cinsel ilişki sırasında ağrı sıklığı durumuna göre histerektomi öncesi ve sonrası "iyi", "orta" ve "kötü" ifadeleri arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulundu ($p>0.05$). Ayoubi ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında vajinal, abdominal ve laparoskopik yolla vajinal histerektomi geçirmiş kadınların % 68'inde histerektomi öncesine göre cinsel fonksiyonlarında bir değişiklik olmadığını, ancak abdominal histerektomi uygulanmış kadınların cinsel yaşamlarında daha fazla olumsuzluk yaşadığı belirtildi (24).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Benign nedenlerle total histerektomi ameliyatı olmuş TLH:60 TAH:60 kadınlarda histerektomi ameliyatının cinsel fonksiyonlar üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanan çalışmamız prospektif kesitsel özelliktedir. Araştırmacı tarafından Kadın Cinsel Ölçek Formu ameliyattan 1-2 gün önce ve ameliyattan 3 ay sonra yüzyüze görüşme yoluyla 120 histerektomi ameliyatı geçirmiş kadına uygulandı.

Araştırmanın sonucunda;

- Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaş değeri $49,23 \pm 6,25$ idi. TLH grubundaki hastaların ortalama yaş değeri $49,89 \pm 6,13$ ve TAH grubundaki hastaların ortalama yaş değeri $48,56 \pm 6,32$ olarak hesaplandı.
- Laparoskopik histerektomi olan hastaların %10 ve laparatomik hastaların %3.3 ü okur yazar değildir. Laparoskopik histerektomi geçiren hastaların %13.3 ve laparatomik histerektomi geçiren hastaların %11.7'si çalışırken, laparoskopik histerektomi geçiren hastaların %86'sı ve laparatomik histerektomi geçiren hastaların %88.3 çalışmıyordu.
- Histerektomi endikasyonlarını myoma uteri, menometroraji, endometrial hiperplazi, over kisti, post menopozal kanama, kronik pelvik ağrı oluşturmaktaydı.
- Tlh planlanan kişilerin ameliyat öncesi jinekolojik operasyon geçirip geçirmeme ve geçirdiyse hangi operasyonu geçirdiği ve hangi şikâyetle doktora başvurdukları incelendiğinde %80'i daha önceden herhangi bir jinekolojik operasyon geçirmediği, %40'u daha önceden sectio ameliyatı geçirdiği belirlendi. Doktora başvurma nedenlerine bakıldığında ise %25 i aşırı kanama, %11'i aşırı kanama+ağrı, %16'sı ağrı, %15'i adet düzensizliği+ağrı, %15'i adet düzensizliği şikayeti ile başvurduğu, %20'si herhangi bir şikayeti olmadan başvurduğu belirlendi.
- Tah planlanan kişilerin ameliyat öncesi jinekolojik operasyon geçirip geçirmeme ve geçirdiyse hangi operasyonu geçirdiği ve hangi şikâyetle doktora başvurdukları incelendiğinde; %75'i daha önceden herhangi bir jinekolojik operasyon geçirmediği, %60'ı daha önceden sectio ameliyatı geçirdiği gözlemlendi. Hangi şikayetle doktora başvurduklarına bakıldığında ise %20 si aşırı kanama, %11.6'sı aşırı kanama+ağrı, %13.3'ü ağrı, %10'u adet düzensizliği+ağrı, %30'u adet düzensizliği şikayeti ile başvurmuş iken, %15'i herhangi bir şikayeti olmadan başvurduğu belirlendi.

- Kadınların uterusun anlamına ilişkin ifadelerinin histerektomi tipine göre incelendiğinde, kadınların uterusu; kadınlığın simgesi TLH: %68.3, TAH: %61.7, üreme organı TLH: %41.7, TAH: %46.7, cinsel ilişki organı TLH: %30.0, TAH: %23.3 ve çok az bir oranda gereksiz bir organ TLH: %5.0, TAH: % 3.3 olarak anlamlandırdıkları gözlemlendi.
- Laparoskopik histerektomi geçiren kadınların % 33ü histerektomi öncesi cinsel doyumu "iyi" olarak ifade ederken, histerektomi sonrası da % 50'si cinsel doyumu "iyi" olarak ifade ettiler.
- Abdominal histerektomi geçiren kadınlar cinsel doyum ifadelerine göre incelendiğinde, histerektomi geçiren kadınların %65'i histerektomi öncesi cinsel doyumu "iyi" olarak ifade ederken, histerektomi sonrası bu kadınların oranında azalma (%43) olduğu belirlendi.
- Laparoskopik histerektomi geçiren kadınların histerektomi öncesi cinsel isteğe yönelik "iyi" %41.6 ve "orta" %31.6 olarak verdikleri ifadelerde histerektomi sonrası "iyi" %43 olarak arttığı ve "orta" %25.8 olarak azaldığı görüldü.
- Laparatomik histerektomi geçiren kadınlar cinsel istek durumuna yönelik ifadelerine göre incelendiğinde, histerektomi geçiren kadınların %53.3ü histerektomi öncesi cinsel istek durumunu "iyi" olarak ifade ederken, histerektomi sonrası bu kadınların oranında azalma (%36.0) olduğu belirlendi.
- Laparoskopik histerektomi geçiren kadınların %40'ı histerektomi öncesi cinsel ilişki sıklığını "iyi" olarak ifade ederken, histerektomi sonrası bu kadınların oranında artma (%48.3) olduğu belirlendi.
- Laparatomik histerektomi geçiren kadınların %46.7'si histerektomi öncesi cinsel ilişki sıklığını "iyi" olarak ifade ederken, histerektomi sonrası bu kadınların oranında azalma (%48.3) olduğu belirlendi.
- Laparoskopik histerektomi geçiren kadınların histerektomi öncesi cinsel orgazm sıklığına yönelik "iyi" :%45 ve "orta" :%33.3 olarak verdikleri ifadelerde histerektomi sonrası artma "iyi" :%53.3 ve "orta" :%36.6 olduğu görüldü.
- Laparatomik, histerektomi geçiren kadınların % 50'si histerektomi öncesi cinsel orgazm sıklığını "iyi" olarak ifade ederken, histerektomi sonrası bu kadınların oranında azalma (%41.3) olduğu belirlendi.
- Laparoskopik histerektomi geçiren kadınların histerektomi öncesi cinsel ilişki sırasında ağrı sıklığına yönelik "iyi" :%40 ve "orta" :%38.3 olarak verdikleri ifadelerde histerektomi sonrası "iyi" %43.3 ve "orta" %33.6 olduğu görüldü.

- Laparatomik histerektomi geçiren kadınların %46.6'si histerektomi öncesi cinsel ilişki sırasında ağrı sıklığını "iyi" olarak ifade ederken, histerektomi sonrası bu kadınların oranında azalma (%41.6) olduğu belirlendi.

Çalışmamızda, histerektomi geçiren kadınların histerektomi sonrası cinsel işlevler bakımından değerlendirildiğinde, cinsel işlevler bakımından anlamlı farklılık bulunmadı. Kadın sağlığı ile uđraŐan tüm sağlık personelinin cinsel organ kaybı ile sonuçlanacak ameliyat geçirecek kadınlar ve eŐleri baŐta olmak üzere cinsellik, üreme organları ve görevleri, ameliyatın cinsel işlevleri etkileyip etkilemeyeceği ve ortaya çıkan sorunlarla baş etme tekniklerinin anlatılması, cinsellik konusunda konuŐmak için uygun zaman yaratması ve hastaların cinsellikle ilgili merak ettiklerinin cevaplanması önerilebilir.



KAYNAKLAR

1. Berek JS., Adashi EY., Hillard, P.A. Histerektomi, In: Erk A. (Ed). Novac Jinekoloji. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2004; 12: 761-801.
2. Rock J.A., Jones H.W. Histerektomi. In: Tevmergen E. (Ed) Te linde's operative gynecology. Türkçe. İzmir: Güven Kitabevi 2005; 9: 731-56.
3. Aziz A., Bergquist C., Nordholm L., Möller A., Silberstolpe G. Prophylactic oophorectomy at elective hysterectomy effects on psychological well-being at 1-year follow-up and its correlations and sexuality. Maturitas European Menopause Journal, 2005; 51(4): 349-57.
4. Maas C., Weijenborg P.T., Ter Kuile M.M. The effect of hysterectomy on sexual function. Annual Review of Sex Research, 2003; 14: 83-113.
5. Yıldırım G., Oskay Ü.Y. Histerektomi sonrası kadının cinsel yaşama uyumu. İÜFNHYO Hemşirelik Dergisi, 2003; 13(50):115-23.
6. Katz A. Sexuality after hysterectomy: A review of the literature and discussion of nurses' role. Journal of Advanced Nursing, 2003; 42(3): 297-303.
7. Ayoubi J.M., Fanchin R., Monrozies X., Impert P., Reme J.M., Pons J.C. Respective consequens of abdominal, vajinal and laparoscopic hysterectomies on women's sexuality. European Journal of Obstetrics&Gynecology and Reproductive Biology, 2003; 111: 179-82.
8. Bayram G.O. Histerektomi sonrası psikososyal uyum. Kadın Cinsel Sağlığı, Androloji Bülteni, 2008; 34 (3): 264-9.
9. Flory N.F., Bissonette Y.N., Binik Psychosocial effects of hysterectomy, literature review. Journal of Psychosomatic Research, 2005; 59(3): 117-29.
10. Katz A. Sexuality and hysterectomy: Finding the right words. AJN. 2005; 105(12): 65-8.
11. Taşkın L. Jinekolojide tanı, tedavi ve bakım Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2005; 649-89.
12. Pokras R, Hufnagel VG: Hysterectomy in the United States, 1965-1984. American Journal of Public Health 1994;78: 852-3.
13. Meston C. The effects of hysterectomy on sexual arousal in women with a history of benign uterine fibroids. Archives of Sexual Behavior, 2004; 33(1):31-42.
14. <http://www.tuik.gov.tr>
15. Lynne SW, Lisa MK, Robert P. Hysterectomy in the United States, 1988-1990. Obstet Gynecol 1994; 83:549-55.

16. Reich H, De Caprio J, Mc Klynn F. Laparoskopik hysterectomy, J gynaecol surg 1989; 5: 909-10.
17. Raju KS, Auld BJ. A randomised prospective study of laparoscopic vaginal hysterectomy versus abdominal hysterectomy each with bilateral salpingooferection. Br J Obstet Gynecol 1994; 101:1068-71.
18. Şahin S., Sözeri C.U., Cevahir R. Menopoz ve cinsel yaşam. Kadın Cinsel Sağlığı, Androloji Bülteni, 2008; 34 (3): 171-3.
19. Rhodes J.C., Kjerulff K.H. Hysterectomy and sexual functions. JAMA, 1999; 282(20): 1934-41.
20. Aslan E. Yaşlılık ve cinsel yaşam Kadın Sağlığı, Hemşire Çalışma Grubu, Androloji Bülteni, 2006; 25(2): 169-72.
21. Kjerulff K.H., Langenberg P.W., Rhodes J.C., Harvey L.A., Guzinski G.M., Stolley P.D. Effectiveness of hysterectomy Obstet Gynecol, 2000; 95(3): 319-26.
22. Esen E., Çam O. Histerektomi olmuş kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006; 22(1): 107-17.
23. Jones HW. Hysterectomy. In: Rock JA, Thompson JD, editors. Te Linde's operative gynecology. Philadelphia: Lippincott-Raven, 2003; 9: 799-828
24. Langenbeck CJM. Geschichte einer von mir glücklich verichteten extirpation der genger gebarmutter. Bibliotyh Chir Opth Hanover 1817; 1: 557-62.
25. Burnham W. Extirpation of the uterus and ovaries for sarcomatous disease. Nelson's Am Lancet 1853;7: 147-51.
26. Kimball G. Succesful case of extirpation of the uterus. Boston Med Surg J 1855;52: 249-55.
27. Hospital Episodes Statistics 1994-1995. London: Department of Health
28. Baggish MS. Total and subtotal abdominal hysterectomy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2005 Jun;19(3): 333-56.
29. MP, Villard-mackintosh L, McPherson K, Coulter A, epidemiology of hysterectomy: findings in a large cohort study. Br J Obstet Gynaecol 1992;99: 402-7.
30. Grimes DA. Hysterectomy in the Uni. States. Obstet Gynecol 1983;62: 203-12
31. Woolfenden KA, Parsons KF. Bladder dysfunction after simple hysterectomy urodynamic and neurological evaluation Eur Urol 1990;17:129-33.
32. Carlson KJ: Outcomes of hysterectomy. Clin Obstet Gynecol 1997;40: 939-46.
33. Mark D. Walters, Mickey M. Karam Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery Third edition Mosby Elsevier 2007; 2: 17-28/425-35.

34. Oelrich TM. The striated urogenital sphincter in the female. *Anat Rec* 1983; 205:223–32.
35. DeLancey JOL. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166:1717–24.
36. John A Rock, Hooward W. Jones, III Te Linde's Operative Gynecology ninth edition: Operative injuries to the ureter: prevention, recognition and management, table 2003;40(1) sayfa no:78
37. Linda Cardozo and David Staskin Textbook of Female Urology and Urogynecology Edition. _nforma Healthcare 2006; 2: 115-41.
38. Jonathan S. Berek Novak's Gynecology thirteenth edition. *Anatomy and Embryology* 2002; 2: 141-73.
39. Norton PA. Pelvic floor disorders: the role of fascia and ligaments. *Clin Obstet Gynecol* 1993; 36: 926–38.
40. Can R. Histerektomi ameliyatı yapılan hastaların ameliyatlarına ilişkin bilgilerinin belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi 2005;
41. Tıra B., Takıran Ç., Onan A., Dilek T., Biri A., Bozkurt N., Güner H. Total Laparoskopik Histerektomi ile eş zamanlı yapılan Laparoskopik Burch Operasyonunun sonuçlarının değerlendirilmesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Dernei Dergisi* 2005;2(2): 111-5.
42. Kızıltepe A. Total Histerektomili kadınların benzer ya grubundaki Histerektomi olmayan kadınlarla cinsel işlevler açısından karşılaştırılması. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi 2006;
43. Doğan Ü. Laparoskopik yardımcı vaginal histerektomi olgularının Total Abdominal Histerektomi ile karşılaştırılması. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve doğum Anabilim dalı, Uzmanlık Tezi 2005;
44. Yenen M., Dede M., Küçük T., Göktolga Ü., Ceyhan S., Pabuçcu R. Total Abdominal Histerektomi Versus, Ekstrakorporeal Abdominal Histerektomi:ki Tekniğin Karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi* 2003; 45(3): 267-70.
45. Güler H., Takın L. Histerektomi ameliyatı sonrasında ortaya çıkan sorunlarla baş etmede planlı öğretimin etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001;5(2): 9-18.
46. Güler H. Histerektomi ameliyatı öncesi ve sonrasında ortaya çıkan sorunlarla baş etme. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Doktora Tezi 1995;
47. Reich H, DeCaprio J, McGlynn F. Laparoscopic hysterectomy *J Gynecol Surg* 1989;5: 213–6.

48. Reich H, Roberts L. Laparoscopic hysterectomy in current gynaecological practice Reviews in Gynaecological Practice 2003;3: 32–40.
49. Querleu D, Leblanc E. Audit of preoperative and early complications of laparoscopic lymph node dissection in 1000 gynecologic cancer patients. Am J Obstet Gynecol 2006; 195: 1287-92.
50. Audebert AJ, Gomel V. Role of microlaparoscopy in the diagnosis of peritoneal and visceral adhesions and in the prevention of bowel injury associated with blind trocar insertion. Fertil Steril 2000;73: 631-5.
51. Varma R, Gupta JK. Laparoscopic entry techniques: Clinical guideline, national survey, and medicolegal ramifications Surg Endosc 2008;22: 2686-97.
52. Gerges FJ, Kanazi GE. Anesthesia for laparoscopy: a review. J Clin Anesth 2006;18:67-78.
53. Rosen R.C., Barsky J.L. (2006). Normal sexual response in women. Obstet. Gynecol. Clin. N. Am., 33: 515-26.
54. Aydın H. Cinsellik ve cinsel işlev bozuklukları In: Köroğlu E., Güleç C.(Ed.). Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği: 1997; 2: 605-15.
55. Çiçek M.N., Mungan M.T. Cinsellik ve cinsel fonksiyon bozuklukları Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2007; 109-15.
56. Breslin E., Lucas V. Female Sexuality. Women's Health Nursing, Toward Evidence-Based Practice. USA, An Imprint of Elsevier Science, 2003; 400-31.
57. Lue T.F., Basson R., Rosen R., Giuliano F., Khoury S., Montorsi F. Kadınlarda seksüel disfeksiyonlar. Kadioğlu A., ve ark. (Ed). Seksüel Tıp: Erkek ve Kadında Seksüel Fonksiyon Bozuklukları İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık 2006; 685-748.
58. Sadock B.J., Sadock V.A. Cinsellik. In: Aydın H., Bozkurt A. (Ed). Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Kitabevi 2005; 2: 275-96.
59. Amato P. Categories of female sexual dysfunction. Obstet. Gynecol. Clin. N.Am., 2006; 33: 527-34.
60. Guyton A., C. Hall J., E. Gebelik Öncesi Kadın Fizyolojisi ve Kadın Hormonları, In: Çavuşoğlu H., Yeğen B., Ç. (Ed). Tıbbi Fizyoloji. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2006; 11: 1011-26.
61. Roovers J.P., Van Der Bom J.G., Van Der Vaart, C.H., Heintz, A.P. Hysterectomy and wellbeing: Prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy and total abdominal hysterectomy. BMJ, 2003; 327(7318): 774-8.

62. Gult P., Greimel E., Roth R., Winter R. Women's sexual behaviour, body image and satisfaction with surgical outcomes after hysterectomy: A comparison of vaginal and abdominal surgery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2002; 23(1): 51-9.
63. Beksaç S. Abdominal histerektomi ve ooferektomi, vajinal histerektomi, sistosel ve rektosel onarımı. *Jinekoloji Ankara: Medikal Network*, 2006; 2: 1858-963.
64. Aumeerally Z., Lilford R.J., Johnson N.J. The disappearing vagina syndrome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1996; 2(6):141-2.
65. Cosson M., Rajabally R., Ouerleu D., Crepin G. Long term complications of vaginal hysterectomy: a case control study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2001; 94(2): 239-44.
66. Dragisic K.G., Milad M.P. Sexual functioning and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy. *BJOG*, 2004; 190: 1416-8.
67. Vitraen H., Makinen J., Tenho T., Kiihholma P., Hirvonen T. Effects of abdominal hysterectomy on urinary and sexual symptoms. *British Journal of Urology*, 1993; 72(6):868-72.
68. Roussis N.P., Waltrous L., Kerr A., Robertazzi R., Cabbad M.F. Sexual response in the patient after hysterectomy: Total abdominal versus supracervical versus vaginal procedure. 2004; 190(5): 1427-8.
69. Reis N, Engin R, İncec M, Bag B. A qualitative study: Beliefs and attitudes of woman undergoing abdominal hysterectomy in Turkey. *Int J gynecol Cancer* 2008; 18(5): 921-8.
70. www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.html. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2003) Özet Bulgular Kitabı
71. TC Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Aile Yapısı Araştırması. www.aile.gov.tr 2006;
72. Berek JS, Adashi EY, Hillard PA. Novak Jinekoloji Çeviri Ed: A Erk, Williams & Wilkins, Maryland, USA,1998; 12: sayfa no:46
73. Jones HW. Te Linde's Operative Gynecology. Tavmergen E (çev. Edt). Güven Kitabevi, 2005; 9: 731-56.
74. Bayram G.O. Histerektominin cinsel yaşam üzerine etkisinin belirlenmesi İstanbul; İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksekisans Tezi, 2005;
75. Meston C.M., Bradford A. Leading comment: A brief review of the factors influencing sexualiy after hysterectomy. *Sexual and Relationship Therapy*, 2004; 19(1): 1468-79.

76. Yang Y., Chao Y., Chen Y., Grace Y. Changes and factors influencing health-related quality of life after hysterectomy in premenopausal women with benign gynecologic conditions. *J Formos Med Assoc*, 2006; 105(9): 731-42.



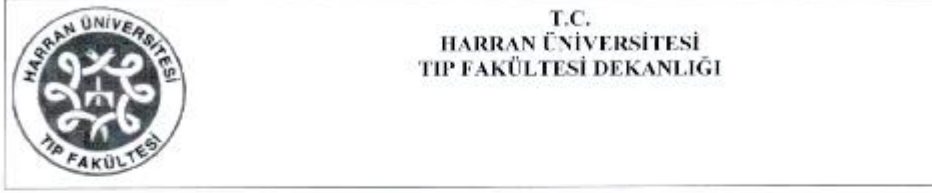
7. EKLER

Ek-1: Etik Kurul Onayı

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurulu Kararı	
TARİH	: 07.12.2017
OTURUM	: 12
SAAT	: 15:00

07/12/15	<p>Karar: Üniversitemiz Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Muhammet Erdal SAK'ın yürütücüsü olduğu "Laparoskopik total histerektomi ve Abdominal total histerektomi öncesinde ve sonrasında cinsel fonksiyonların karşılaştırılması" başlıklı çalışmaya Etik Kurulu onayı verilmesine,</p> <p>Oybirliğiyle karar verilmiştir.</p> <p style="text-align: center;">ASLIĞIBİDİR  Yrd. Doç. Dr. Halim ÇELİK Etik Kurulu Raportörü</p>
----------	---

EK-2: Turnitin Raporu



TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU VE BEYAN BELGESİ

Öğrencinin	
T.C.	: 58618466824
Adı, Soyadı	: Sinan KARAGEÇİLİ
Anabilim Dalı	: Kadın Hastalıkları ve Doğum
Tezin Adı	: Laparoskopik ve Abdominal Histerektomi Olan Hastalarda Operasyon Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonların Karşılaştırılması

MEZUNİYET SONRASI EĞİTİM KOORDİNASYON KURULU BAŞKANLIĞINA

Yukarıda başlığı belirtilen Laparoskopik ve Abdominal Histerektomi Olan Hastalarda Operasyon Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyonların Karşılaştırılması çalışmamın; *kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç* kısımlarından oluşan toplam 72 sayfalık kısmına ilişkin, 28.05.2018 tarihinde şahsım/ danışmanım tarafından "TURNITIN" adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, benzerlik oranı %24'dür.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar hariç
- 4- 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Yukarıda bilgileri verilen tezin, Mezuniyet Sonrası Eğitim Koordinasyon Kurulu tarafından kabul edilen Uzmanlık Tezinin orijinallik raporu alınması uygulama esasları ile belirlenen azami benzerlik oranlarını aşmadığını ve bütün bilgilerin, akademik kurallara uygun olarak toplanıp sunulduğunu, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı, blok şeklinde alıntılar yapmadığımı ve tüm alıntıların bilimsel atıf kuralları çerçevesinde kaynağını gösterdiğimi, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi ile Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesinin 8. maddesinde yer alan etik ihlallerden her hangi birisinin yer almadığını, etik ihlal tespiti halinde, tüm hukuki yasal işlemleri kabul ediyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim. 24.09.2018

Tezi Hazırlayan Uzmanlık Öğrencisinin

Adı-Soyadı: Sinan KARAGEÇİLİ

İmzası:

Yukarıda yer alan raporun ve beyanın doğruluğunu onaylarım 24.09.2018

Danışmanın

Unvanı-Adı-Soyadı: Muhammet Erdal SAK

İmzası:

sinan

ORIJINALLIK RAPORU

%24

BENZERLIK ENDEKSİ

%24

İNTERNET
KAYNAKLARI

%3

YAYINLAR

%3

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dspace.trakya.edu.tr İnternet Kaynağı	%8
2	library.cu.edu.tr İnternet Kaynağı	%5
3	www.istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
4	www.hemargedergi.org İnternet Kaynağı	%1
5	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
6	www.ejmanager.com İnternet Kaynağı	%1
7	eskidergi.cumhuriyet.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
8	endouroloji.org.tr İnternet Kaynağı	%1
9	tjodistanbul.com İnternet Kaynağı	%1

10	dergiler.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
11	istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
12	acikerisim.aku.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
13	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	<% 1
14	tipnotlari.wordpress.com İnternet Kaynağı	<% 1
15	www.medipol.com.tr İnternet Kaynağı	<% 1
16	Submitted to Okan Āniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
17	www.bernahaliloglu.com İnternet Kaynağı	<% 1
18	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1
19	katalog.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
20	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	<% 1
21	Submitted to Istanbul University	

	Öğrenci Ödevi	<% 1
22	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	<% 1
23	www.paranoyak.net İnternet Kaynağı	<% 1
24	bebek.asia İnternet Kaynağı	<% 1
25	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
26	acikarsiv.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
27	dergipark.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
28	tanjuyildon.tr.gg İnternet Kaynağı	<% 1
29	TAMAY, Aslı Göker, YILDIRIM, Yasemiz, BUĞDAY, Sultan, KOLTAN, Semra Oruç, GÜVENAL, Tefvik, KOYUNCU, Faik Mümtaz, ALTAŞ, İrem and KANDİLOĞLU, Ali Rıza. "Necessity of preoperative endometrial sampling for hysterectomies with benign indications", Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2010. Yayın	<% 1

KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ-(FSFI)

Sayın katılımcı; son dört haftada süregelen cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçekte 19 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

Teşekkür ederiz.

* **Cinsel aktivite** : Cinsel birleşme, sevişme ve

kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.

** **Cinsel ilişki** : Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)

*** **Cinsel uyarılma**: Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar

**** **Orgazm** : Bızır,hazne, rahim, makat ve alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.

Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

1. Son 4 hafta içinde, ne sıklıkta cinsel istek duyduunuz?

- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

2. Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?

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

3. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz?**

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?**

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında cinsel bakımdan uyarılacağınızdan ne derecede emindiniz?**

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok emindim
- Emindim
- Oldukça emindim
- Az emindim
- Çok az / hiç emin değildim

6. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkardı?**

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı ?**

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?**

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok çok zor veya imkansızdı
- Çok zordu
- Zordu
- Biraz zordu
- Hiç zorluk çekmedim

9. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?**

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz bitene kadar haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?**

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

11. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişkide** ne sıklıkta orgazm**** oldunuz?**

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

12. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmak sizin için ne kadar zordu?**

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Çok çok zordu / imkansızdı
- Çok zordu
- Zordu
- Biraz zordu
- Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişki** sırasında orgazma**** ulaşmanız ne kadar tatminkardı?**

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

14. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz sırasında siz ve eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?**

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

15. Son 4 hafta içinde, eşinizle cinsel ilişkiniz sizin için ne kadar tatminkardı?**

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

16. Son 4 hafta içinde, genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

17. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

18. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

19. Son 4 hafta içindeki, hazneye giriş sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı / rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç