
HİSTEREKTOMİ SONRASI CİNSEL YAŞAM

SEXUAL LIFE AFTER HYSTERECTOMY

Arş.Gör.Dr. Nursen BOLSOY Prof.Dr. Ümran SEVİL

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı,
BORNOVA/İZMİR

ÖZET

Histerektomi, tıbbi tedavinin başarılı olmadığı durumlarda, uterusun cerrahi olarak çıkarılması işlemidir. Histerektomi çok sık yapılan bir operasyon olmasına karşın, kadınlarda fiziksel, psikolojik ve cinsel yönden büyük değişiklikler yaratabilir. Cinsellik insan sağlığının önemli bir yönüdür. Fakat çeşitli nedenlerden dolayı hemşireler ve diğer sağlık bakımı verenler tarafından ihmal edilebilmektedir.

Bu makalede, histerektomi geçiren kadınlarda oluşabilecek cinsel sorunların değerlendirilmesi, sorunların ve gereksinimlerin belirlenmesi ve bunların giderilmesine yardımcı olabilecek çözüm önerileri konusunda hemşirenin rolü üzerinde durulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Histerektomi, Cinsellik, Cinselliğin değerlendirilmesi, Hemşirelik.

ABSTRACT

Hysterectomy is a process of surgical extraction of uterus in cases when medical treatment has proved to be useless. Although hysterectomy is a very common operation performed, it may cause dramatic changes in sexual life as well as affecting women physically and psychologically. Sexuality is an important aspect of human health, but one that may be ignored by nurses and other health care providers for a variety of reasons.

In this article, the role of nurse in assessment of sexual problems in women after hysterectomy, definition of problems and needs and solution suggestions to eliminate these problems will be discussed.

Key Words: *Hysterectomy, Sexuality, Sexual assessment, Nursing.*

GİRİŞ

Histerektomi, tıbbi tedavinin başarılı olmadığı durumlarda, uterusun cerrahi olarak çıkarılması anlamını taşıyan, uterus, serviks ve overleri ilgilendiren çeşitli genital sistem hastalıklarının tedavisinde uygulanan bir ameliyattır (Şirin 1995, Erkan 1999, Karanisoğlu 1990).

Histerektomi üzerine tartışmalar, oldukça büyük boyutlarda olmasına rağmen halen en sık uygulanan majör operasyonlardan biridir (Taşkın 2003).

Histerektomi, Kuzey Amerika'da sezaryenden sonra en sık yapılan ameliyattır ve 64 yaşına kadar kadınların %40'ının histerektomi olacağı tahmin edilmektedir (Katz 2003). Kanada'daki histerektomili kadınların %77'si 55 yaşın altındadır (Marvel ve Williamson 1991). Finlandiya'da en sık yapılan jinekolojik operasyondur ve 45 yaş üstündeki her beş kadından biri histerektomi olmuştur (Haıtunen 2004). Ülkemizde ameliyattın yapılma sıklığını yansıtan bir veriye ulaşılamamıştır, fakat hastanelerin ameliyat kayıtları incelenecek olursa benzer verilere ulaşılabacağı söylenebilir.

1. HİSTEREKTOMİNİN KADIN SAĞLIĞINA ETKİSİ

Uterus, kadının biyo-psiko-sosyal dengesinin korunması ve kadınlık rolünün sürdürülmesinde önemli bir yer tutar. Bu organın kaybı menstruasyon ve doğurganlık yeteneğini kaybeden kadının yaşamını olumsuz yönde etkileyerek, organ kaybı duygusuyla birlikte kadının psikolojik yönden etkilenmesine neden olabilir (Kantar ve Sevil 2004, Bulut 2007). Genel kayıp reaksiyonu yanında, fiziksel çekicilik ve cinsel işlerlikle ilgili kaygılar ve korkular da gelişir. Bu kaygı kaynakları üç alanla ilgilidir:

- Operasyona neden olan hastalıkla ilgili olanlar (kanser gibi),
- Cerrahi girişimle ilgili olanlar,
- Feminite ve seksüaliteyle ilgili olanlar.

Histerektomide, dış görünümle ilgili organ kaybı yoktur. Ancak "kadın olma özelliğine" ilişkin endişelerin psikolojik yansımalar belirgindir. Burada beden imajı gündeme gelmektedir. Beden imajı; dış görünüm, bedene ilişkin iç duygular, bedenin belli kısımlarına bireysel olarak verilen önem ve anlam gibi çeşitli faktörlerle ilgilidir. Kadının kişilik yapısı ve kendi cinsiyetini algılayışı, eşinin yada erkek arkadaşının tutumu, ameliyat sonrası tepkilerin gelişiminde önemlidir. (Şirin 1995, Erkan 1999, Taşkın 2003, Marvel, Williamson 1991).

Histerektomide gelişen psikolojik tepkiler fiziksel, psikiyatrik, evlilikle ilgili ve kültürel boyutları içinde ele alınmalıdır (Kimberly ve Kathryn 2001). Özellikle sosyokültürel düzeyi düşük olan toplumlardaki kadınların doğurganlığı, kocasının ailesince benimsenmesini ve bulunduğu pozisyonun sağlamlaşmasına katkıda bulunur. Bu nedenle kadının doğurganlığının devamı oldukça önemlidir. Doğurganlığın sembolü olan uterusun çıkarılması menopoza girilmiş olsa bile kadını olumsuz yönde etkileyebilir. Tüm bunlara karşın olumlu bakış açılan da mevcuttur. Histerektomi, bazı kadınlar için kanser gelişimine karşı

koruyucu, istenmeyen gebeliği önleyici, cinsel özgürlüğü artıncı, ağrılı menstruasyon dönemlerinden kurtarıcı bir uygulamadır (Şirin 1995, Erkan 1999, Taşkın 2003, Marvel, Williamson 1991). Burada asıl belirleyici olanın kadının ve eşinin histerektomiye yüklediği anlam olduğunu söyleyebiliriz. Tabii ki bu anlamın oluşmasında sağlık ekibinden alınan yeterli ve doğru bilginin önemli bir payı olacaktır.

2. HİSTEREKTOMİNİN CİNSEL YAŞAM ÜZERİNE ETKİLERİ

Histerektomi operasyonu kadınları fiziksel ve psikolojik olarak etkilemenin yanı sıra cinsel açıdan da büyük değişikliklere neden olmaktadır (Yıldırım ve Yeşiltepe Oskay 2003). Histerektominin cinsel yaşam üzerine etkilerinin incelendiği az sayıda çalışma olmasına rağmen son yıllarda bir artış göstermiştir. Anne Katz (2003), bu konuyla ilgili 1970-2002 yılları arasındaki çalışmaları incelediği makalesinde, hemşirelerin bu konu ile ilgili çok az çalışma yaptıklarını, hekimlerin hemşirelere oranla daha ilgili olduğunu belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda; kadınların yaşadığı libido, yaşam kalitesi ve seksüel değişiklikler incelenmiştir.

A. Libido: Libido seks yapmak veya seksüel istek anlamına gelmektedir. Libido üzerine histerektominin etkilerinin incelendiği ilk çalışma 1970'de Güney Afrika'da yapılmıştır. Overlerin çıkarılıp çıkarılmadığına bakılmaksızın yapılan bu çalışmada, histerektomi sonrası libidoda bir azalma bulunmuştur. Buna karşın 1993'te Finlandiya'da benign durumdaki 102 kadınla yürütülen bir çalışmada ise; orgazmda bir farklılık olmadığı, libidoda ise anlamlı bir artma olduğu belirlenmiştir (Katz 2003). Yapılan çalışmalarda, histerektomi ile jinekolojik ameliyat dışındaki diğer ameliyatlarda arasında, yada histerektominin vaginal veya abdominal olması arasında libido açısından bir farklılık olmadığı, fark yaratanın overlerin çıkarılması olduğu belirtilmiştir. Hatta overlerin korunduğu operasyonlarda libidoda bir artma olduğu saptanmıştır (Katz 2003, Yermez ve ark. 2004, Haitunen 2004). Overlerin korunması ile cerrahi menopoza önlenmekte ve daha önce seksüel yaşamı olumsuz etkileyen semptomların ortadan kalkması ile kadının seksüel yaşamında olumlu değişiklikler olabilmektedir.

B. Yaşam Kalitesi: Sağlıkta Yaşam Kalitesi bireyin içinde yaşadığı sosyal ve kültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır (Fidaner 2004). Seksüel fonksiyondaki değişiklikler de yaşam kalitesini etkileyebilir. Çünkü seks, hem ilişkilerin hem de insanın birey olarak kendini algılamasının bir yolu olarak önemlidir.

Yapılmış bazı çalışmalarda, histerektomi sonrası yaşam kalitesinin değişmediği ve hatta histerektomi olan kadınların seksüel memnuniyetlerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir (Anderson Darling ve McKoy-

Smith 1993, Kinnick ve Leners 1995). Ameliyatın majör endikasyonları ve seksüaliteyi olumsuz etkileyen semptomların (menstrual kanama, pelvik ağrı vb.) ortadan kalkması kadınların yaşam kalitesine olumlu katkı sağladığı söylenebilir.

Türkiye'de Erkan (1999), histerektomi sonrası genel yaşam kalitesinin arttığını ve yaşam kalitesini sadece medeni durumun etkilediğini, bekarların yaşam kalitelerinin evlilerden daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Bu farkın, evli kadınların cinsel yaşamlarıyla ilgili belirlenmemiş bazı sorunlarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Başka bir çalışmada, kadınların %37.7'sinin cinsel yaşamlarında değişiklik olduğu saptanmıştır. Cinsel yaşamlarında değişiklik yaşayan kadınların eşleriyle ilişkilerinin etkilendiği ve sosyal yaşam kalitesi puan ortalamalarının düştüğü tespit edilmiştir (Esen ve Çam 2005).

C. Seksüel Fonksiyon: Histerektomi olan kadınlarda seksüel aktivitenin incelendiği çalışmalarda, genellikle seksüel aktivitenin ameliyat sonrası arttığı yada aynı kaldığı saptanmıştır (Clark ve ark.1995, Rhodes ve ark.1999, Katz 2003, Zobbe ve ark. 2004). Rhodes ve arkadaşlarının çalışmasında seksüel aktivitenin %70.5'ten %77.6'ya yükseldiği belirlenmiştir.

Cinsel istek duyma, orgazm ve psikolojik iyilik hali açısından doğal menopoz ve Total Abdominal Histerektomi (TAH) geçiren kadınlar arasında bir fark bulunmazken, Total Abdominal Histerektomi ve Bilateral Salfingo Ooferektomi (TAH+BSO) geçiren kadınların seksüel fonksiyonlarında azalma olduğu bulunmuştur (Kılıçdağ ve ark. 2002, Aziz ve ark. 2005). Overlerin alınması ile girilen cerrahi menopozun cinsel istek ve orgazm sayılarını olumsuz yönde etkilediği aşikardır. Histerektomi sonrası cinsel yaşamdan memnun olmaya yönelik önemli bulgular; cinsel yaşamdaki ameliyat öncesi memnuniyet, eşle iyi ilişki, fiziksel iyilik ve hormon replasman tedavisi görme olarak belirlenmiştir (Zobbe et al 2004, Aziz ve ark. 2005). Bu bulgular histerektomi ameliyatı planlanırken özellikle menopoza girmemiş kadınlarda overlerin korunmasının önemini ortaya koymaktadır.

Ameliyat olmamış kadınlarla yapılmış bir çalışmada, kadınlar; yaş, evlilik süresi, doğum sayısı, eğitim ve menstrüasyon düzeni açısından incelenmiştir. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksini (IFSFI) etkileyen tek değişken menstrüasyon düzeni olarak bulunmuştur. Sağlıklı evli kadınlarda düzenli menstrüasyonu olanların, diğerlerine oranla, cinsel istek, uyarılma, ağrı ve orgazm komponentlerindeki puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Güvel ve ark. 2003). Erkan ve Pelik'in çalışmalarında da belirtildiği gibi aşırı kanama ve adet düzensizliğinin histerektominin birinci nedeni olduğu kabul edilirse, kadınların cinsel yaşamlarının ameliyat öncesiyle aynı veya daha iyi olması beklenir. Fakat ameliyat sonrası yeterli bilgiye sahip olmayan kadınların çoğunda, ağrı duyacağı,

eskisi gibi olmayacağı düşüncesi ve cinsel ilişkiden korkma cinsel sorunları artırmaktadır (Bulut 2007). Bu noktada sağlık ekibinin desteği ve bilgilendirmesinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Tüm bunlara ilave olarak, histerektomiden kadınların anatomik ve fizyolojik olarak ne kadar etkilendiği önemlidir. Mass ve ark. (2004), radikal histerektomili kadınlar ile basit abdominal histerektomili kadınlarda, seksüel uyarılma esnasındaki kan akışını ölçmüşler ve radikal histerektomili kadınlarda kan akışının daha az olduğunu saptamışlardır. Radikal histerektomi, uterusun, fallop tüpleri ve overlerin yanında lenf nodlarının diseksiyonunu ve üst vajina ile parametriumların çıkarılmasını da içerir (Taşkın 2003). Bu kadar geniş organ kaybının cinsel yaşamı daha olumsuz etkilemesi doğaldır.

D. Cinsel Yaşamın Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler:

Cinsel istek veya memnuniyet gibi cinsel yaşamı geniş anlamda araştırmaya yönelik ölçekler çok uzun olduğu kadar psikometrik ölçümün olmaması da çok sık karşılaşılan bir problemdir. Kadının doğal cinsel yaşamını çok boyutlu ölçmek için yeni ölçekler vardır ve bazıları psikometrik test aşamasındadır. Tabii ki geçerli birçok sayıda ölçekte vardır. Çok sık kullanılanların bazıları Tablo- 1'de verilmiştir. Bu ölçekler, seks fonksiyonunun değişik yönlerini incelerler (Katz 2003).

Tablo: 1 Cinsel Yaşam Ölçekleri

isim	Ölçülen	Madde Sayısı
Cinsel Yaşamı Belirleme Anketi (1986)	Kanser veya ameliyatın cinsel yaşam üzerine olan etkisi ölçülmüş	37 likert
Cinsiyet Davranışlar Anketi (1993)	İletişim, cinsel karşılık verme, kendi kendine dokunma,ilişkinin kalitesi, teknikler, vücut yarası ve mastürbasyon.	49 likert
Jinekolojik Hastalık Sonrası Cinsel Fonksiyon Skalası (1984)	Seks arzusu, partner bulabilme, hasta ve partner korkular, tatmin olma, sıklık,orgazm, kayganlık.	30 likert
Watt'ın Cinsellik Fonksiyonu Anketi (1982)	Tahrik olma, plato, orgazm ve tatmin olma.	17 likert
Deregatis Seks Fonksiyonu Ölçeği (1979)	Bilgi, tecrübe, güdü, tutumlar,semptomlar, ruh hali- cinsel rol tanımı,fantezi, vücut imajı ve cinsel tatmin	256 likert
Kendi Kendini Cinsel Olarak Tanımlama Skalası (1994)	Bir seksi kadının ne şekilde olacağına dair tanımlama formatı.	26 likert
Cinsel Aktivite Anketi (1996)	Hormonal durum, cinsel isteksizlik nedenleri ve cinsel fonksiyon.	31 item
Golombok Rust'ın Cinsel	Cinsel doyum	28 likert

Katz A. (2003). Sexuality after hysterectomy: A review of the literature and discussion of nurse'role. Journal of advanced nursing. 42:3, 297-303.

3. HİSTEREKTOMİ OLAN HASTANIN HEMŞİRELİK BAKIMI

Hasta bakımında hemşirenin amacı, hastayı tedavinin yan etkilerinden korumak, vücut imajı, fonksiyon ve fiziki görünümdeki sürekli değişikliklere hastanın uyumunu sağlamaktır (Esen ve Çam 2005).

Histerektomi olmuş kadının bakımında holistik yaklaşım kullanılması önemlidir. Bu bakımın temelini, üreme sistemine ilişkin düşünceler, kadınlığını hissetme, duygusallık ve bakım veren kişiler tarafından anlaşılma oluşturmaktadır. Hemşireler bu bakımı planlarken mutlaka kadının kültürel, sosyoekonomik ve eğitim açısından düzeyini tanımalı ve yaşam şekillerini öğrenmelidirler (Erkan 1999).

Sağlık profesyonelleri arasında hastaya en yakın olan birey hemşiredir (Karanisoğlu 1990, Güler ve Taşkın 2001). Hemşire, hastalığın gidişini, kadının hangi durumlarda desteğe ve bilgilendirmeye gereksinimi olduğunu daha iyi anlayabilmektedir (Karanisoğlu 1990). Hemşire histerektomi olacak kadına holistik bir yaklaşımla ameliyat öncesi, sonrası dönemlere ve taburculuktan sonraki iyileşme sürecine yönelik planlı sağlık öğretimi yaparak onun korku ve endişelerini azaltabilir, ortaya çıkan sorunlarıyla başetmesini sağlayabilir (Güler ve Taşkın 2001). Histerektomi olan hastaların yeni yaşama uyumu güçleşeceğinden hemşirenin, hastasının yeni durumunu kabullenmesine yardımcı olması gerekmektedir.

Histerektomi öncesi ve sonrası bakım standartlarını artırmak ve hemşirelik girişimlerini etkili olarak uygulamak için standart hemşirelik tanıları geliştirilmiştir. Hemşireler rutin bakımların ve kollobratif problemlerin yanında hemşirelik tanılarına yer verirler ve bu tanımlara yönelik girişimler yaparlarsa bakım standardının artacağı ve histerektomi ameliyatı sonrası yaşanacak sorunların azalacağı kuşkusuzdur.

NANDA'ya göre geliştirilen hemşirelik tanıları şu şekilde sıralanabilir;

- Akut ağrı,
- Rahatta bozulma,
- Yorgunluk,
- Özbakım eksikliği sendromu,
- Uyku örüntüsünde rahatsızlık,
- Karar vermede çatışma,
- Uyumda yetersizlik,
- Etkisiz bireysel baş etme,
- Cinsel örüntülerde etkisizlik,
- İletişimde bozulma,
- Sosyal etkileşimde bozulma,

- Bireysel kimlik tanımında bozulma,
- Yalnızlık riski,
- Rol performansında etkisizlik,
- Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma,
- Evin bakımını sağlamada yetersizlik,
- Bilgi eksikliği,
- Bilgi düzeyini güçlendirmeye hazır oluş,
- Aile baş etmesini güçlendirmeye hazır oluş, (Carpenito-Moyet, Çev.Ed. Erdemir 2005, Bulut 2007).

Jinekoloji kliniklerinde, hemşirelerin bakım verdikleri hastaların çoğunluğunu histerektomi ameliyatı geçirmiş veya geçirecek olan kadınlar oluşturmaktadır. Ancak, hemşireler bu kadınların fiziksel bakımları için büyük bir çaba harcarlarken, eğitim ve konsültasyon ihtiyaçlarını ihmal etmektedirler (Marvel ve Williamson 1991).

Türkiye'de Taşkın ve Terzioğlu'nun (1997) çalışmalarında; hastalara hastanede kaldıkları süre içinde ve taburcu olurken, hastalıklarına, ameliyatlarına ve evdeki sağlık bakımlarına yönelik verilen bilginin oldukça sınırlı olduğunu, hastaların yaklaşık %30'una ise hiç bilgi verilmediğini saptamışlardır. Ayrıca hastaların daha çok, ameliyat dışında başka tedavi seçeneklerinin olup olmadığı (%38.5), ameliyat ile vücutlarında ne gibi değişiklikler olacağı (%34.6), ameliyattan sonra günlük yaşamlarında nelere dikkat etmeleri gerektiği (%24.2), normal yaşama dönme zamanı ve anormal belirtiler (%13.7) konularında bilgi gereksinimi içinde oldukları belirlenmiştir. Şirin'in (1995) çalışmasında; hastaların %21.74'üne hiç bilgi verilmediği, verilen bilgilerin %76'sını da doktorların verdiği ve sadece %1'ini hemşirelerin verdiği belirlenmiştir. Son yıllarda yapılmış çalışmalarda da durum pek farklı değildir. Bulut'un (2007) çalışmasında kadınların %095.1'inin histerektomi öncesi bilgi aldığı, bilgi alan kadınların tamamının bilgiyi doktordan alıkları, bilgi alan ve almayan tüm kadınların bilgiyi doktordan almak istedikleri belirlenmiştir. Histerektomi sonrası ise bilgilendirme oranı %75.6'ya düşmüş, alınan bilginin %45.02 doktordan, %30.0'u internetten ve %25.0'i hemşireden alınmıştır. Yine kadınların 70.7'si bilgiyi doktorlardan, %29.3'ü hemşirelerden almak istediklerini belirtmişlerdir. Yapılmış olan başka çalışmalarda da benzer sonuçlar vardır (Güler ve Taşkın 2001, Pelik 2004). Pelik (2004) çalışması esnasında, doktorların sınırlı ve rutin bilgiler verdiğini, hemşirelerin ise bu konuda sorumluluk olmadıklarını gözlemlemiştir. Bu sonuçlar, hemşirelerin bağımsız fonksiyonları olan ve kolaylıkla uygulayabilecekleri bağımsız fonksiyonlarını ihmal ettiklerinin bir göstergesidir. Belki de bu nedenle hastalar doktorlardan bilgi almayı daha çok tercih etmektedir.

Hastalar tüm çalışmalarda benzer şeyleri merak etmelerine rağmen, seksüel aktivite merak ettikleri konular içinde çok alt sıralarda yer almıştır (Şirin 1995, Taşkın ve Terzioğlu 1997, Güler ve Taşkın 2001, Pelik 2004, Bulut 2007). Fakat zaman içerisinde, seksüel aktiviteye yönelik bilgilenme isteğinde bir artış söz konusudur. Şirin'in (1995) çalışmasında histerektomi sonrası istedikleri eğitim konulan sorulduğunda kadınların %11.96'sı seksüel yaşamları ile ilgili konular belirtirken Bulut'un (2007) çalışmasında bu oran %25.6'ya yükselmiştir. Karanisoğlu (1990) ameliyat sonrası taburculuk döneminde yaptığı çalışmada; kadınların eğitim seviyelerinin bu konuya bakış açılarını etkilediğini belirlemiştir. Kadının eğitim düzeyinin ve kültürel yapısının geçirdiği histerektomi ameliyatı ve sonuçları konusundaki bilgi düzeyini etkimesi doğaldır. Önemli olan, kadının bu farklılıklarını dikkate alan iyi planlanmış bir bakım ve eğitim verilmesidir. Bu konudaki örnek bir çalışma, histerektomi ameliyatı öncesi ve sonrası yapılan planlı eğitimin bilgi düzeyini artırdığını, yaşanan sorunları azalttığını ve çıkan sorunlar karşısında kadınların doğru çözüm yöntemleri uyguladıklarını ortaya koymuştur (Güler ve Taşkın 2001).

Histerektomi ameliyatı geçiren kadınların çoğu ameliyat öncesi adet görmektedir. Erkan'ın (1999) çalışmasında %83.9, Güler ve Taşkın'ın (2001) çalışmasında %92.2 ve Pelik'in (2004) çalışmasında %70.6 gibi yüksek oranlarda kadınların ameliyat öncesi adet gördükleri saptanmıştır. Premenopozal dönemde cerrahi menopoza neden olmamak için genellikle overler bırakılır (Taşkın 2003). Çünkü cerrahi menopoz, osteoporoz riskini artırır, libido kaybına, vajinal kuruluğa, anorgazma ve disparanoya neden olur (Şirin 1995, Taşkın 2003). Ancak bazı doktorlar over kanseri riskine karşı overlerin de alınmasından yanadırlar. Karar verme sürecinde, kadının yaşına, genel sağlık durumuna ve emosyonel durumuna göre karar verilmeli ve kadın mutlaka bu karara katılmalıdır (Taşkın 2003).

Yapılan çalışmalarda kadınların en çok menopoz tedavisiyle ilgili bilgi talep ettikleri görülmüştür (Pelik 2004, Bulut 2007). Hastalara hala kadın oldukları ve overleri alınmamışsa menopoza girmeyecekleri güvencesi verilmelidir (Taşkın 2003). Şayet cerrahi menopoz söz konusu ise hemşirelerin hastalarına planladıkları eğitimde menopoz tedavisine geniş yer vermeleri ve menopozun başlaması ile cinsel işlevin sona ermediği söylenmelidir. Şayetlerinin tedavisi için menopoz polikliniklerine yönlendirmeleri yararlı olacaktır.

4. CİNSEL YA ŞAM HAKKINDA DANIŞMANLIKTA HEMŞİRENİN ROLÜ:

Cinsellik, insan sağlığının en temel olgusudur. Cinsellik, kadın ve erkeğin kişiliğini ve bir yerde kimliğini tanımlayan, çiftlerin mutluluğunun temel olgusudur (Poroy 2005). Cinsel sağlığı güçlendirme

ve devam ettirme sağlık profesyonellerinin yasal bir rolü ve temel bir hemşirelik fonksiyonudur (Youngkin ve Davis 2004). Fakat çok çeşitli nedenlerden dolayı hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından ihmal edilmektedir. Cinsel aktivitenin genç ve çekici insanlara özgü olduğu inancı, sağlık ekibi tarafından da paylaşıldığında, hastanın cinsel yaşamını sürdürme çabası bir lüks olarak görülebilmektedir. Bu nedenle hastanın yaşamını sürdürmesinin yeterli olduğunu düşünen sağlık ekibi, bakım işlevlerini bu sonuca yönelik olarak sınırlandırabilmektedir. Sağlık ekibinin histerektomiden sonra cinsel yaşamın bitmiş olduğuna dair inanışları da hastanın cinsel yaşamına ilgisiz kalmalarına neden olabilmektedir (Yıldırım ve Yeşiltepe Oskay 2003). Oysa, yaşlılar içinde cinsellik yaşamın bir parçasıdır. Türkiye'nin de aralarında bulunduğu 29 ülkede yapılan geniş çaplı bir araştırma erkeklerin 5'te 4'ünün, kadınların ise 3'te 2'sinin cinsel aktiviteyi genel yaşamlarında önemli bulduğu belirlenmiştir. Erkeklerin %64'ünün, kadınların %56'sının "yaşlılar seks istemez" fikrine katılmadığı ortaya çıkmıştır (Poroy 2005).

Araştırmalar, hemşirelerin rutin olarak cinsel uygulamalar hakkında araştırma yapmadıklarını ve bu alanda eğitim veya danışmanlık sağlamadıklarını göstermektedir (Marvel ve Williamson 1991, Şirin 1995, Taşkın ve Terzioğlu 1997, Güler ve Taşkın 2001, Katz 2003, Pelik 2004, Bulut 2007). Hemşireler utandıkları, var olan problemin cinselliğin bir parçasını oluşturacağına inanmadıkları veya bu konuda yeterince eğitilmiş olmadıklarını hissettikleri için, hastanın cinsel fonksiyonu konusunda sorular sormaktan kaçınabilmektedirler (Katz 2003, Yıldırım ve Yeşiltepe Oskay 2003). Bazı hemşireler cinsellik konusunda soru sormanın hastanın özel hayatına bir müdahale olduğunu ve belirleyebilecekleri problem için uygun hemşirelik müdahalelerini bilmediklerini düşünmektedirler. Bu nedenle; hemşireler hastalarına cinsellikle ilgili sorunlarını sormaktansa hastaların konuyu açmalarını bekleyebilmektedirler. Bu durum da konunun kapalı kalmasına neden olmakta ve böylece hastalar çok önemli bir sağlık hizmetini alamamaktadırlar. Böylece; cinsel problemlerin veya fonksiyon bozukluklarının farkına varılamamaktadır (Katz 2003). Oysa hastaya verilecek basit bilgiler bile birçok sorunun ortadan kalkmasına yardımcı olabilir. Çünkü birçok kadın uterusun alınmasından sonra vücutlarında nelerin değişeceğini anlayamaz, bazıları ise uterusun alınmasını, vajenin alınması ile karıştırabilir ve cinsel fonksiyonlarını tamamen yitireceklerini düşünebilirler (Taşkın 2003).

Cinsellik bir sağlık bakım konusudur. Bu konuda kendisini yeterli hissetmeyen hemşireler diğer konularda olduğu gibi bu konuda da eğitim almalı ve kendisini geliştirmelidir. Konuyla ilgili yayınlanmış dergi ve kitaplar kullanılabileceği gibi düzenlenen konferans ve kurslarda yararlı olabilir. Tüm hemşirelik bakımının temeli olan iyi iletişim yetenekleri çok önemlidir. Hemşireler bu konuda kendilerini geliştirmeye istekli ve gayretli olmalıdırlar.

Hemşirelerin cinsellik konusunu hastalarıyla konuşmada kullanabilecekleri bir model **PLISSIT modelidir**. Kullanımı oldukça yaygındır ve uygulaması kolaydır.

Bu modelin **ilk aşaması (Permission (P)= izin)**; hastaya cinsel konularda konuşması için izin vermektir. Bu izin vermeye örnek olarak şöyle söylenebilir: "bu süreçten geçen kadınların sık sık cinsellikle ilgili sorulan olur. Sizin konuşmak istediğiniz bir şey var mı?" Bütün hemşireler bu aşamada işlevsel olabilmelidirler.

İkinci aşaması (Limited Information (LI)=Sınırlı Bilgi); bir soru veya gözleme cevap olarak verilen gerçeğe dayalı bilgiye işaret eder. Örn: "altı haftalık ameliyat sonrası tıbbi kontrolünüzü yaptırmıncaya kadar yakın cinsel ilişkiye girmeniz gerekirken, eşinize sarılmanız ve öpmeniz gayet normaldir. Eğer kendinizi tahrik olmuş hissederseniz üzülme... bu zararlı değil, hatta iyileşmeyi hızlandıracak" ifadesi modelin bu aşamasını anlatır. Çoğu hemşirenin bu tipten bilgiyi verebilmesi gerekir.

Üçüncü aşama (Specific Suggestion (SS)=Spesifik Öneri); daha derin uzmanlık gerektirir. Örn: "yakın teması rahatsız edici buluyorsanız, özellikle derine itme, eşinize sizin üstte olduğunuz veya yan yana bir pozisyonu kullanmanızı istediğinizi söyleyebilirsiniz. Bu şekilde cinsel temas sırasında acı hissini azaltacak olan itme hızı veya penetrasyon derinliğini kontrol edebilirsiniz".

Dördüncü aşama (Intensive Therapy (IT)=Yoğun Terapi); Son olarak, daha uzun süreli ve cinsel problemler için gerekli olan yoğun terapiyi işaret eder. Örn: "tarif ettiğiniz cinsel istismar bana öyle geliyor ki üzerinizde uzun süreli bir etki yapmış. Sizi bu alanda uzman olan ve sizinle bu konuları ele almak için sizi birkaç seans görebilecek olan Dr. X'e göndermek istiyorum".

PLISSIT modeli hemşirelerin hastalara bilgi vermesinde rehberlik eden bir temel çerçevedir ve cinsellik dışındaki alanlarda da kullanılabilir (Katz 2003).

Ameliyat sonrası sorunların azaltılmasında hemşirelerin, histerektomi ameliyatı öncesi ve sonrası hastaya ve eşine verecekleri danışmanlık ve eğitim hizmetleri önemli bir yer tutar. Hemşireler danışmanlık ve eğitim hizmetlerini sunarken mümkün olduğu kadar basit ve sade bir dil kullanmalıdırlar. Hastayla ve eşiyile iletişim kurarken, tıbbi terimler kullanılmaya, konuşmaya onları da katmaya ve soru sormalarına olanak vermeye özen göstermelidirler. Ameliyat öncesi, hastalığı, operasyonun şekli, çıkarılacak organlar, cinsel ilişkiye başlama zamanı ve ilişki sırasında ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında bilgi verilmeli ve pratik çözüm önerileri sunulmalıdır (Yıldırım ve Yeşiltepe Oskay 2003). Vajinal histerektomiden sonra vajenin kısılacağı, cerrahi menopoz söz konusu ise vajinal kuruluk ve dispareniya ortaya çıkabileceği söylenmelidir

(Taşkın 2003). Tüm bu sorunların cinsel fonksiyonları engellemeyeceği, zamanla şikayetlerin azalacağı, likit yağların ve hormon replasman tedavisinin(HRT) kullanılabilceği vurgulanmalıdır. Böylece; hem çiftlerin ameliyat sonrasında oluşabilecek anksiyetesi azalacak, hem de bir sorunla karşılaştıkları zaman yardım isteme potansiyelleri artacaktır. Histerektomi sonrası düzenli cinsel aktiviteye genel olarak 6 hafta sonra başlanmasına rağmen karar çiftlere bırakılmalıdır. Cinsel sağlığın eşler arası iletişim ve mutluluğu etkileyeceği unutulmamalıdır. Ameliyat öncesi ve sonrası eşlerin iletişimi için olanak sağlanmalı ve duygularını ifade etmelerine fırsat verilmelidir.

SONUÇ

Histerektomi sonrası birey veya çiftler cinsel yaşamları konusunda dikkatlice değerlendirilmelidir. Histerektomi ve menopozun kadınlık ve cinselliğin sonu olmadığı kadınlara vurgulanmalıdır. Hemşireler, varsa önyargılarından kurtulmaya ve bilgi eksikliklerini gidermeye çaba sarf etmelidirler. Cinselliğin bir sağlık bakım konusu olduğu hatırlanarak, hastalara fiziksel, ruhsal, sosyal ve duygusal gereksinimlerinin karşılandığı tam bir bakım sunulmalıdır. Ameliyat öncesi ve sonrası yapılacak iyi bir danışmanlık sorunların azaltılması veya yok edilmesinde kilit noktadır. Hemşirelerin bu bağımsız fonksiyonlarını benimsemeleri ve sahip çıkmaları gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Anderson Darling C, McKoy-Smith Y. (1993). Understanding hysterectomies: Sexual satisfaction and quality of life. *Journal of sex research*. 30: 324-335.
2. Aziz A, Bergquist C, Nordholm L. ve ark. (2005). Prophylactic oophorectomy at elective hysterectomy effects on psychological well-being at 1- year follow-up and its correlations to sexuality. *Maturitas*. 51: 349-357.
3. Bulut S. (2007). Histerektomi olan kadınlarda eşler arası uyumun incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
4. Carpenito-Moyet L. J. (2005). Hemşirelik Tanıları El Kitabı.(Çev.Ed. Erdemir F.). Nobel Tıp Kitapları, İstanbul.
5. Clarke A, Black N, Rowe P. ve ark. (1995). Indications for and outcome of total abdominal hysterectomy for benign disease: a prospective cohort study. *British journal of obstetrics and gynaecology*. 102: 611-620.
6. Erkan S. (1999). Histerektomi ameliyatı geçiren kadınların ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, İzmir :Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
7. Fidaner, C. (2004). Sağlıkta yaşam kalitesi(SYK) kavramı: Bir giriş denemesi. I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı. İzmir: 1-3.
8. Güler H, Taşkın L. (2001). Histerektomi ameliyatı sonrasında ortaya çıkan sorunlarla başetmede planlı öğretimin etkisi. *Cumhuriyet üniversitesi hemşirelik yüksekokulu dergisi*. 5: 2, 9-18

9. Güvel S, Yaycıoğlu Ö, Bağış T. ve ark.. (2003). Evli kadınlarda cinsel fonksiyonlara etkin faktörler. Türk üroloji dergisi. 29: 1, 43-48.
10. Hartunen M. (2004). Female sexuality does not need a uterine cervix: no need for subtotal hysterectomy. Acta obstet gynecol scand. 83: 219-120.
11. Kantar B, Sevil Ü. (2004). Histerektomi olmuş kadınlarda depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. Jinekoloji ve obstetrik dergisi. 18: 1, 17-24.
12. Karanisoğlu H. (1990). Histerektomi ameliyatının kadınlık yetenekleri ve cinsel yaşam üzerindeki etkilerinin incelenmesi. Uluslar Arası Cerrahi Kongresi, Cerrahi Hemşireliği Sektörünü Konuşmaları ve Bildirileri, 30 Mayıs-1 Haziran, İstanbul,155-162
13. Katz A. (2003). Sexuality after hysterectomy: A review of the literature and discussion of nurse's role. Journal of advanced nursing. 42: 3, 297-303.
14. Kılıçdağ E. B, Bağış T, Tarım E. ve ark. (2002). Histerektomi ve Ooferektomi Menopozal Kadınlarda Cinsel Fonksiyonu Etkiler Mi? Türk Fertilite Dergisi. 10: 4, 288-292.
15. Kimberly H. K, Kathryn A. L (2001). Symptom Experience in Women After Hysterectomy. JOGNN. 30: 5, 472-480.
16. Kinnick V, Leners D. (1995). The hysterectomy experience: an ethnographic study. Journal of holistic nursing 13: 142-154.
17. Marvel L, Williamson RN. (1991). Sexual adjustment after hysterectomy. JOGNN, 21: 1, 42-47.
18. Mass C. P, Kuile M. M, Laan E. ve ark..(2004). Objective assesment of sexual arousal in women with a history of hysterectomy. BJOG. 111: 456-462.
19. Pelik A. (2004). Histerektomi ameliyatı olan kadınların "öz-bakım gücü"nünc incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
20. Poroy A. (2005). Türkiye'de Cinsellik. Alfa Basım Yayım Ltd. Şti. İstanbul. 1-283.
21. Rhodes J.C, Kjerulff K. H, Langenberg P. W. ve ark. (1999). Hysterectomy and sexual functioning. JAMA. 282: 20, 1934-1941.
22. Şirin A (1995). Histerektomi operasyonu geçiren kadınların sorunları ve hemşirelik gereksinimlerinin incelenmesi.IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Hacettepe üniversitesi hemşirelik yüksekokulu, Ankara.
23. Şirin A. (1995). Kadın ve Menopoz. Ege Üniversitesi Basımevi. Bornova/İzmir. 36-38.
24. Taşkın L (2003). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 595-605.
25. Taşkın L, Terzioğlu F(1997). Histerektomi operasyonu geçiren kadınların sağlık bakım bilgileri. Hacettepe üniversitesi hemşirelik yüksekokulu dergisi. 4:1, 1-8.
26. Yılmaz E, Gür E. B, Sekü İ. ve ark. (2004). Serviks ve overleri koruyarak yapılan histerektominin seksüel fonksiyonlar üzerindeki etkisi. Ege tıp dergisi, 43: 1, 33-39.
27. Yıldırım G, Yeşiltepe Oskay O. (2003). Histerektomi sonrası kadının cinsel yaşama uyumu. Hemşirelik dergisi. 13: 50, 115-123.
28. Youngkin EQ, Davis MS. (2004). Women's health, a primary care. Pearson Prentice Hall. New Jersey.
29. Zobbe V, Gimbel H, Andersen B. A ve ark. (2004). Sexuality after total v. S. Subtotal hysterectomy. Acta obstet gynecol scand. 83: 191-196.