

HİSTEREKTOMİ SONRASI PSİKOSEKSÜEL UYUM

PSYCHOSEXUAL ADAPTATION AFTER HYSTERECTOMY

Ar.Gör. Güliz ONAT BAYRAM

İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu Araştırma Görevlisi

ÖZET

Histerektomi kadınlara uygulanan en sık jinekolojik operasyonlardan biridir. Histerektominin cinsel fonksiyonlar ve psikolojik durum üzerine olan etkileri henüz netlik kazanmamıştır. Histerektomi olmuş kadınlar arasında cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, metodolojik faktörlere bağlı olarak farklılık gösterir. Bu çalışmada; literatürde geçen histerektomi sonrası psikoseksüel fonksiyonların değerlendirildiği çalışmalar incelenmiş ve histerektomi sonrası psikoseksüel uyumu etkileyebilecek faktörler tartışılmıştır. Çalışma, konu ile ilgilenen araştırmacıların, yapacakları tasarımlarında göz önüne almaları gereken noktalara dikkatlerini çekmek amacıyla planlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Histerektomi, cinsel fonksiyon bozukluğu, psikoloji, cinsellik

ABSTRACT

Hysterectomy is one of common gynecologic operations which applied to women. It has not been yet clear that the impact of hysterectomy on sexual functions and psychological well-being. The sexual dysfunction prevalence among hysterectomized women is variable related to methodological factors. In this study, researches that evaluating psycho-sexual functions after the hysterectomy are analyzed and related factors are discussed under the light of the literature. The study has been planned to make a prediction for the researchers concerning with this subject in order to take into account the points for their designs.

Key Words: Hysterectomy, sexual dysfunction, psychology, sexuality

GİRİŞ

Histerektomi, uterusun cerrahi olarak çıkarılması işlemidir (Berek ve ark. 1998, Youngkin ve Davis 2004, Taşkın 2003, Katz 2002). Amerika'da sezaryenden sonra, ikinci sıklıkla uygulanan major cerrahi operasyon olan histerektomi yılda yaklaşık 650.000 kez uygulanmaktadır (Flory ve ark 2005). İngiltere'de ise her hafta 1000'in üzerinde histerektomi yapılmaktadır (Youngkin ve Davis 2004). Kanada'da bu sayı yılda 62.000'den fazladır (Yıldırım ve Oskay 2003). Türkiye

genelinde yapılan toplam histerektomi sayısına ulaşamamıştır. Ancak histerektominin en çok yapıldığı düşünülen hastanelerden biri olan İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde 2003 yılında yapılan histerektomi sayısı 290, özel bir dal hastanesi olan Sağlık Bakanlığı Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2003 yılı için bu sayı 771'dir. Bu kadar sıklıkla uygulanan histerektomi, bireyin vücut bütünlüğünü bozmanın yanı sıra, bireyin üreme kapasitesi ve cinsel fonksiyonlarını da olumsuz etkilemektedir. Tüm büyük cerrahi operasyonlar vücut imajının farklılaşmasına neden olabilmektedir. Fakat histerektomi, kadının beden imgesini ve kadın olma algılayışını değiştirebilmektedir (Taşkın 2003, Yıldırım ve Oskay 2003).

Histerektominin cinsel fonksiyonlar üzerine ne derece etkili olduğu açık ve net değildir. Histerektomi olmuş kadınlar arasında cinsel fonksiyon bozukluğu prevelansı, metodolojik faktörlere bağlı olarak farklılık gösterir (Meston ve Bradford 2004). Literatürde yer alan histerektomi sonrası psikoseksüel uyumun değerlendirildiği çalışma bulguları Tablo 1'de özetlenmiştir. Ayoubi ve ark (2003)'nın çalışması retrospektif olduğundan, hatırlama/hafıza ile ilgili hataların olması kaçınılmazdır. Prospektif olan diğer çalışmalarda ise, değerlendirmelerin operasyondan bir kaç saat/gün önce yapılması, şikayetlerin varlığından muzdarip olan ve operasyon öncesi anksiyete yaşayan kadının verdiği cevabı etkileyecektir (Flory ve ark 2005, Rhodes ve ark. 1999), Dragisic ve Milad (2004), Bayram (2005), Jeng ve ark. (2005) ve Aziz ve ark. (2005)'nin çalışmalarında operasyon sonrası cinsel fonksiyonlar, operasyon zamanındaki cinsel fonksiyonlar ile karşılaştırılmıştır. Oysaki operasyon zamanı cinsel fonksiyonlar; kanama, ağrı vs gibi şikayetlerden olumsuz yönde etkilenebilir. Bu çalışmaların sınırlılıklarından bir diğeri de Rhodes ve ark. (1999)'nın çalışmasında olduğu gibi, elde edilen sonuçları histerektominin tipi ve hormonal durum ile kıyaslayacak istatistiksel analizlere yer verilmemiş olmasıdır. Bir başka sınırlılık, Eti (1988) dışındaki araştırmacıların, tasarımlarında kontrol grubu kullanmamış olmalarıdır. Eti (1988) ise çalışmasında, yalnızca operasyondan sonraki cinsel fonksiyonları değerlendirmiştir. Kuppermann ve ark (2005), Aziz ve ark (2005) ve Bayram (2005)'in dışındaki araştırmacılar, psikoseksüel durumun değerlendirilmesinde kendilerinin hazırlamış olduğu soru formlarını kullanmışlardır. Objektif tanı metotlarının kullanımının sınırlı oluşu ve cinselliğin subjektif yönünün belirlenememesi nedeniyle günümüzde pek çok tanılama aracı olarak ölçekler geliştirilmiştir. Bu formlar cinselliğin istek, uyarılma, orgazm, doyum fazları ile koitus sırasındaki ağrıyı sorgulamakta olup, objektif olarak tanımlamada kullanılmaktadır (Alıcı 2004, Cindy 2002, Hakim 2006, Küçük 2003). Tablo 2'de cinsel fonksiyonların değerlendirilmesinde FSFI (Female Sexual Function Index), McCoy's Sex Questinnare, Sexual Problems

Scale gibi geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ölçekler ve bu ölçeklerle ilgili bilgilere yer verilmiştir. Bu ölçeklerin uygulanışı kolay ve masrafsızdır. Bu nedenle cinsel fonksiyonların değerlendirilmesinde en sık kullanılan tanılama araçlarıdır (Alıcı 2004, Cindy 2002, Hakim 2006, Küçük 2003). Bir araştırmada kullanılacak olan ölçeği belirlemede; araştırma sorusunun amacına yönelik olması, madde sayılan, güvenilirlik düzeyleri ve ölçülen parametreler göz önünde bulundurulması gereken faktörlerdendir (Erefe 2002).

Kadınların %10-46'sının histerektomi sonrası cinsel fonksiyon bozulduğu yaşadıktan rapor edilmiştir (Claire ve Nolan 2001). Ülkemizde Rodoplu (1992)'nin 30 kadın üzerinde yaptığı çalışmada, histerektomi sonrası kadınların %40'ının cinsel fonksiyonlarında değişiklik yaşadığı belirlenmiştir (Rodoplu 1992). Rhodes ve Kjerilff (1999)'in 1101 kadın üzerinde yaptığı histerektomi öncesi ve histerektomiden 6, 12, 18, 24 ay sonrası cinsel fonksiyonların değerlendirildiği çalışmasında; disparoni sıklığının azaldığı, orgazm yeteneğinin arttığı ve vaginal lubrikasyonun olumlu etkilendiği bildirilmektedir. Aynı çalışmada, kadınların %77.6'sının ameliyat sonrasında cinsel fonksiyonlarında kayıp olacağını düşündükleri de saptanmıştır (Rhodes ve Kjerilff 1999). Operasyon öncesi ve sonrası cinsel fonksiyon bozukluğu ayrımının yapıldığı Rhodes ve Kjerilff (1999)'in, Roovers ve arkadaşlarının (2003) çalışmalarında, histerektomi öncesi şikayeti olmayan kadınlar, operasyon sonrasında %2-7 disparoni, %5-11 azalmış cinsel istek, %9-21 vaginal kuruluk, %2-11 oranında orgazmla ilgili güçlükler bildirmişlerdir (Rhodes ve Kjerilff 1999, Roovers ve ark. 2003).

Genellikle, operasyon sonrası cinsel davranışı belirleyen önemli göstergelerden biri, operasyon öncesindeki cinsel uyumdur. Operasyon öncesi tatmin edici bir cinsel ilişkisi olan kadın, operasyon sonrası dönemde böyle bir ilişkiye kaldığı yerden devam etme eğilimindedir. Operasyondan önce cinsel problemler varsa, bunlar operasyondan sonra da kesilmeyecek ve devam edecektir. Bu nedenle cinsel fonksiyonların operasyon öncesi ve sonrası dönemde değerlendirilip, karşılaştırmaların yapıldığı çalışmalar, histerektominin cinsel fonksiyonlar üzerine etkisini belirlemede oldukça değerli olan çalışmalardır (Youngkin ve Davis 2004). Fakat operasyon öncesindeki cinsel fonksiyonların mevcut durumu; histerektominin cinsel fonksiyonlar üzerindeki etkisini açıklamada tek başına yeterli değildir. Çünkü cinsellik; kullanılan ilaçlar, kronik hastalıklar, hormonlar, eşlerin ilişkilerindeki memnuniyet düzeyleri, toplumsal normlar gibi pek çok faktör tarafından biçimlendirilen oldukça karmaşık olan bir kavramdır (Berek ve ark. 1998, Youngkin ve Davis 2004, Masters ve Johnson 1966). Tüm bu dış etkenleri kontrol altına almak ise metodolojik açıdan imkansızdır. Rhodes ve Kjerilff (1999)'in çalışmasında histerektomiden 6, 12, 18, 24 ay sonra cinsel fonksiyonların bir önceki zaman dilimindeki değerlendirmeye göre

giderek iyileştiği bildirilmektedir. Bu araştırma bulgusu, histerektominin üzerinden zaman geçtikçe cinsel fonksiyonlarda da iyileşmeler olduğunu, dolayısıyla cinsel fonksiyonların operasyondan sonraki değerlendirilme zamanının çalışma bulgular' arasındaki farklı sonuçları açıklamada en önemli metadolojik faktör olduğunu dūřündürmektedir. Pelvik organların operasyonun etkisinden kurtulma süresinin en az 6 ay olduğu, kadınların %80'inin bu süreden sonra cinsel aktiviteye başlamayı tercih ettikleri bildirilmektedir. Bu nedenle psikoseksüel etkiler operasyondan en az 6 ay sonra değerlendirilmelidir (Flory ve ark 2005). Histerektomi sonrası psikoseksüel değerlendirmelerin, operasyondan sonraki 3. ayda yapıldığı Bayram (2005) ve Yeoum8sPark (2005)'ın çalışmalarında, bu dönemde histerektomi sonrası cinsel fonksiyonların olumsuz etkilendiği görülmektedir.

Cinsellik tanım olarak; cinsel doyumunu ve iki insanın uyum içersinde beraberliklerini kapsayan bir kavram olduğundan kadın, erkekten ayrı dūřünülemez (Aydın 1997, Masters ve Johnson 1966). Histerektomi sonrası psikoseksüel uyumun değerlendirildiği Tablo l'de yer alan çalışmaların hepsinde bu nokta gözden kaçırılmış olup, hiçbir çalışmada erkeğin cinsel fonksiyonları değerlendirilmemiştir.

Aşağıda histerektomi sonrası psikoseksüel uyumu etkileyebilecek faktörlere yer verilmiştir:

1- Yaş: Histerektomi genellikle doğurganlık çağının sonu ya da postmenapozal dönemde yapılmaktadır. Postmenapozal dönemde yaşlanma ile birlikte anatomik değişiklikler, vagina boyunda kısılma, vaginal duvarda incelme, vaginal duvar elastikiyetinde azalma, labia majorlerde küçülme, labia minörlerde incelme, klitoral hassasiyette azalma, klitoriste küçülme, perineal kas tonüsünde azalma ve daha ince orgazmik platform görüldü (Masters ve Johnson 1966, Aydın 1997). Bu dönemin cinsel fizyoloji üzerindeki etkileri, cinsel heyecanlanma fazı ve lubrikasyon için daha uzun zamanın gerekmesi, daha az vaginal lubrikasyon oluşması ve daha seyrek orgazm deneyimlenmesi şeklinde bildirilmektedir (Mooradian ve Greiff 1990). Histerektominin, genellikle klimakteriyum döneminde yapıyor olması, cinsel fonksiyonların histerektomiden değil de yukarıda sayılan ve bu dönemde yaşanan olumsuz durumlardan etkilenmesi ile karıştırılabilmektedir (Flory ve ark 2005).

2- Hormonlar (hormon tedavisi, ooferektomi vs.): Histerektomi ile eř zamanlı yapılan ooferektomi; over fonksiyonunun durmasına, kadının vaginal kuruluk ve dispareni yaşamasına neden olur. Operasyon sonrası verilen hormon takviyesi de psikoseksüel uyumda önemli belirleyicilerdendir (Berek ve ark. 1998, Meston ve Bradford 2004, Flory ve ark 2005).

3- Histerektominin Tipi: Histerektominin total yaya subtotal yapılması, abdominal, vaginal veya laporoskopi gibi kullanılan cerrahi

teknikler operasyon sonrası psikoseksüel uyumu etkileyen faktörlerdendir (Berek ve ark. 1998), Meston ve Bradford 2004), Flory ve ark 2005).

4- Kültür: Bazı etnik gruplar histerektomiyi kabul etmenin güç olduğunu düşünürler. Batı Hindistan'da kadınlar, menstruasyonun vücudun kirlilikten arınmasını sağlayan temizleyici rolü olduğu görüşündedir ve histerektomi olmaya isteksizdirler. Eşleri gözünde "eksik kadın" şeklinde tanımlanmalarından ve eşlerinin "bütün olan kadınlara" yönelmelerinden korku duyarlar (Berek ve ark. 1998, Youngkin ve Davis 2004).

5- Cinsel Eşe Ait Nedenler: Kadının cinsel eşinin yaşı, ereksiyon güçlüğü, erken ejakülasyon, kronik hastalıkları ve kullanılan ilaçlar histerektomi sonrası psikoseksüel uyumu etkileyebilecek faktörlerdendir (Özkan 1993, Mooradian ve Greiff 1990, Berek ve ark. 1998, Youngkin ve Davis 2004, Flory ve ark 2005, Ghielmetti ve ark 2006).

6- Kadının Uterusa Yüklelediği Anlam: Kadınlar uterusu, çocuk yapım organı, cinsel organ, salgı organı, vücut işlev düzenleyicisi, gençlik ve çekicilik organı şeklinde görmektedirler (Roover ve ark. 2003, Özkan 1993, Flory ve ark 2005, Eti 1988)'nin çalışmasında, histerektomi operasyonu olan 42 kadının %61.9'unun uterusu en önemli kadınlık organı olarak gördükleri belirlenmiştir (Eti 1988). Aynı çalışmada kadınların %33.3'ünün histerektomi sonrası cinsel yaşamlarının etkilenebileceği endişesi taşıdıkları ve yaklaşık % 12'sinin cinsel aktiviteyi bıraktığı gözlenmiştir (Eti 1988).

7- Histerektominin Yapılış Nedeniyle ilişkili Şikayetlerin Ortadan Kalkması: Yapılan çalışmalarda histerektomi sonrası cinsellik ile histerektominin yapılış nedeni arasında güçlü bir ilişki varlığı tespit edilmiştir. Myom nedeniyle ağrısı olan veya ağır kanaması olan kadınlar için, problemin kaynağının ortadan kalkması, operasyon sonrası cinsellik üzerinde oldukça olumlu etki yaratabilmektedir (Katz 2002), Ghielmetti ve ark 2006). Fibroid ya da endometriozis nedeniyle histerektomi olanlarda cinsel ilişkinin daha az ağrılı ve öncesine göre daha iyi olduğu bildirilmiştir. Histerektomi sonrası olumlu sonuçlar, anormal uterus kanamalarının kesilmesi/menstrual semptomların ve pelvik ağrıların ortadan kalkması, depresyon ve anksiyetenin azalması olarak belirtilmiştir (Youngkin ve Davis 2004).

8- Kadının Operasyona Yönelik Psikolojik Tepkileri: Literatürde, histerektomi sonrası gelişen psikolojik tepkiler ile kadının bu organı ve müdahaleyi algılayış biçimi arasında ilişki bulunduğu bildirilmektedir (Berek ve ark. 1998, Youngkin ve Davis 2004).

Histerektomide gelişen psikolojik tepkiler, fiziksel, psikiyatrik ve kültürel boyutları içinde ele alınmalıdır. Histerektomi bazıları için habis hastalık gelişimine karşı koruyucu, istenmeyen gebeliği engelleyici,

cinsel özgürlüğü arttırıcı, ağrılı menstruasyon dönemlerinden kurtarıcı bir uygulamadır. Kimileri için ise, kadınlığın ve cinselliğin kaybıdır. Başka doğum istemeyen ve hamile kalma korkusu yaşayanlar histerektomi ile rahatlar, genç olan ve çocuk isteyenler olumsuz tepki gösterirler. Histerektominin cinsel heyecan ve zevki azaltacağını düşünen kadınların operasyon sonrası libidoda azalma yaşadıkları belirtilmektedir (Youngkin ve Davis 2004). Bayram (2005)'in 93 kadın üzerinde cinsel fonksiyonların operasyon öncesi ve sonrası FSFI kullanılarak değerlendirildiği karşılaştırmalı çalışmasında; kadınların %34.4'ünün uterusun çıkarılması durumunda cinsel yaşamlarının olumsuz etkileneceğini ifade ettikleri saptanmıştır. Ayrıca kadınların %34.3'ünün ameliyat sonrası cinsel fonksiyon puanlarının, ameliyat öncesi puanlarına göre azalma gösterdiği belirtilmiştir (Bayram 2005).

Bazı kadınlarda hastalık yaratan kaynağın vücuttan uzaklaştırılması düşüncesi, cinsel eşin ondan beklediği cinsel aktivite düzeyinin daha yüksek olacağı endişesini yaratır. Bu nedenle operasyon çiftler arasındaki ilişki için olumsuz etki yaratacak bir tehlike olabilir (Youngkin ve Davis 2004). Birçok kadında cinsel arzuların, çekiciliğin, haz alma yetisinin azalacağı ve eşlerinin bağlılıklarına yönelik endişeler gelişir. Bu tepkilerin gelişmesinde yakınların, cinsel eşin tutumları da önemlidir (Özkan 1993, Youngkin ve Davis 2004).

Histerektomi Sonrası Gelişen Psikolojik ve Biofiziksel Sağlık Sorunları

Histerektomi sonrası kadınların büyük çoğunluğunda depresyon, yorgunluk, anksiyete gibi psikolojik rahatsızlıkların yanı sıra üriner inkonstans, konstipasyon, prematür over yetmezliği ve cinsel fonksiyon bozulduğunu da kapsayan yeni semptomların gelişebileceği bildirilmiştir (Claire ve Nolan 2001, Meston 2004, Berek ve ark. 1998, Youngkin ve Davis 2004, Kantar ve Sevil 2004). Aşağıda histerektomiden sonra gelişen semptomların psikolojik ve biyofizyolojik boyutlarına değinilmiştir.

Psikolojik Sağlık Sorunları: Histerektomi sonrası cinsel cevaplarda azalmanın nedeni olarak Freud'un teorilerini destekleyenler, cinsel organlardaki kaybın, bir çeşit kastrasyona neden olduğuna inanırlardı. Histerektomi sonrası bütün kadınların aynı semptomları sergilemesi gerektiğinden yola çıkarak, histerektominin cinsel fonksiyonların fizyolojik değişikliklerden çok, psikolojik stres nedeniyle engellendiği düşünülürdü. Günümüzde ise histerektomi geçirmiş kadınlarda görülen fizyolojik değişiklikleri, her kadının yaşamayacağı ve şiddetinin çeşitlilik gösterebileceği kabul edilmektedir (Katz 2002).

Kadınlığa ilişkin endişeleri olanlarda ameliyat sonrası psikososyal uyum daha güçtür (Taşkın 2003, Özkan 1993). Histerektomi yapılmış kadınların eşleri de, cinsel ilişki sırasında eşlerinin canlarını yakacakları korkusuyla anksiyete yaşayabilmektedir. Çiftin deneyimlediği depresyonun

şiddeti kültürel değerler ve ailedeki rol ilişkileriyle yakından ilgilidir. Eğer çiftler arasındaki ilişki yeterince güçlü değilse bu dönemde kriz yaşanabilmektedir (Yıldırım ve Oskay 2003).

Histerektomi sonrası psikolojik problemleri etkileyen faktörler aşağıda yer almaktadır:

- Cinsel kimlik sorunu,
- Daha önce depresyon geçirme,
- Ailede mental hastalık veya depresyon,
- 35 yaşından daha küçük olma,
- Çocuk isteme,
- Cinsel çekiciliğini kaybetme korkusu,
- Eşinin olumsuz tutumu ve işinin olmamasıdır (Sungur 1997).

Depresyon: Histerektomi sonrası en sık görülen psikiyatrik tablo depresyondur. Depresyonun başlıca sebebi; histerektominin "üreme fonksiyonunun kaybı" olarak düşünülmesi ve histerektomi sonrasında gelişen infertilitedir. Histerektomi sonrası cinsel ilginin azalması, cinsel kimlik kaybı, beden imajının değişmesi gibi durumlar genellikle depresyonun gelişmesine neden olur (Yıldırım ve Oskay 2003, Kantar ve Sevil 2004, Taşkın 2003, Yıldırım ve Oskay 2003, Berek ve ark. 1998, Youngkin ve Davis 2004, Flory ve ark 2005). Histerektomi sonrası ilk haftalarda klinik psikiyatrik sorun pek görülmezken, daha çok cerrahi girişim travması tamamen geçtikten sonra, yeni yaşama uyum dönemiyle birlikte psikolojik sorunlar gelişebilmektedir (Özkan 1993. Eti 1988)'nin çalışmasında, deney grubundaki kadınlarda operasyon öncesi ve sonrası depresyon düzeylerinin kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmektedir.

Biyofizyolojik Sağlık Sorunları: Histerektomi sonrası cinsel cevaplarda azalmanın bir başka nedeni olarak, operasyonun neden olduğu skarlı dokunun genital organların kanlanmasını bozduğu ihtimali üzerinde durulmaktadır. Ayrıca genital organların doğrudan sinirlenmesini sağlayan, önemli sempatik ve parasempatik sinirleri içeren inferior hipogastrik sinir pleksusu, operasyon sırasında zarar görmüş olabilir (Youngkin ve Davis 2004, Meston ve Bradford 2004, Ghielmetti ve ark. 2006). Histerektomi sonrası kadınların 1/3'ünde subjektif olarak orgazm şiddeti ve orgazmdan doyum değişebilmektedir. Bu durum, uterus kontraksiyonun eksikliği nedeniyle olabilmektedir. Uterus kontraksiyonlan, hem cinsel uyarı hem de orgazm ile ilişkili olduğundan, uterusun yokluğu cinsel fonksiyonu etkileyebilmektedir. Fakat cinsel ilişkiden alınan doyumunu bütünsel olarak etkilemez (Youngkin ve Davis 2004).

Tablo 1: Histerektomi Sonrası Psikoseksüel Uyumun Değerlendirildiği Çalışmaların Özetleri

Araştırmacı	Yöntem	Ölçme Aracı	Sonuç
Eti (1988)	n: 22 yaka, 20 Kontrol Post-op 5-7. gün	Soru Formu	%12 Cinsel aktiviteyi bırakma
Rhodes ve ark. (1999)	n:1101, Pre-op, Post-op 6,12,18,24. aylar Prospektif, karşılaştırmalı	Soru Formu	Disparonide azalma (% 18.6'dan, %3.6'ya) Düşük cinsel ilgide azalma (%10.4'ten, %6.2'ye)
Bayram (2005)	n: 93, Pre-op, post-op 3.ay, Prospektif, karşılaştırmalı	FSFI(Female Sexual Function Index) Beck Depresyon Ölçeği	%34.3 FSFI toplam puanında azalma Beck Depresyon Ölçek puanlarında azalma (%32.3'ten %11.8'e) Depresyon düzeyi ile cinsel fonksiyonlar arasında negatif korelasyon
Dragisic86Mila d (2004)	n:75 Pre-op, Post-op 6.ay, prospektif, karşılaştırmalı	Soru formu	Orgasm şiddetinde artış Disparonide azalma (%43'ten %8.1'e düşmüş)
Ayoubi ve ark (2003)	n: 170, TAH, VAH, Laporoskopik histerektomi Retrospektif	Soru formu	Cinsel fonksiyonlarda %60.4 değişiklik yok %21.3 gelişme %18 bozulma (en çok TAH grubunda)
Yeoum&Park (2005)	n:89 Post-op 3. ay	Soru formu	%68 vaginal sekresyonda azalma %25 koitus sıklığı ve orgasm şiddetinde değişiklik
Jeng ve ark (2005)	n:78, Vaginal histerektomi Pre-op 6 ay, post-op 6. ay, Prospektif, karşılaştırmalı	Yüzyüze görüşme ile soru formu , Analog skala	% 5.1 cinsel illgide azalma %21 orgasm sıklığında azalma
Aziz ve ark (2005)	n: 323 2 17yalnızca histerektomi, 106 TAH+BSO Pre-op, Post-op 1. yıl, karşılaştırmalı	McCoy's Sex Questinnare, Psychological Well-being Index Kupperman's Index	Post-op iyi olma durumunda her iki grupta da artış Mccoy's SQ ile PGWB arasında pozitif korelasyon
Kuppermann ve ark (2005)	n:135, TAH Post-op 6.ay ve 2. yıl, Randomize, prospektif, karşılaştırmalı	Medical Outcomes Study Sexual Problems Scale	6 ayda cinsel fonksiyonlarda iyileşme 2. Yılda cinsel fonksiyonlarda bazı problemler

Tablo 2: Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesinde Kullanılabilecek Ölçekler

isim	Ölçülen Parametreler	Madde Sayısı	Güvenirlilik
The Sexual adjustment Questionnaire (Waterhouse&Metcalf 1986)	Operasyon ya da kanserin cinsel fonksiyonlar üzerindeki etkileri	37 Likert	Pearson's Güvenirlilik Ortalama Değeri =0.6721
The Sexual Behaviours Questionnaire (Wilmoth 1993)	İletişim, cinsel tepki, ilişkinin kalitesi, teknikler, vücut skarları, mastürbasyon	49 Likert	Alpha = 0.94
Sexual Functioning after Gynecological Illness Scale (Bransfield ve ark. 1984)	Cinsel istek, partnerin varlığı, hastalık ve korkuları, doyum, sıklık, orgasm, lubrikasyon	30 Likert	Sperman-Brown split half reliability = 0.80
Watt's Sexual Function Questionnaire (Watts 1982)	Uyarılma, plato, orgasm, doyum	17 Likert	Alpha = 0.89
Degoratis Sexual Functioning Inventory (Degoratis&Melisaratos 1979)	Bilgi, deneyim, tutum, semptomlar, mood, gender rol tanımı, fantezi, beden imajı ve cinsel doyum	256 Likert	Alpha = 0.6-0.96
The Sexual Activity Questionnaire (Thirleway ve ark. 1996)	Hormonal durum, cinsel inaktivasyonun nedeni, cinsel fonksiyonlar	31 madde	Alpha = 0.56-0.88
Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (Rust&Golombok 1985)	Cinsel doyum	28 Likert	Alpha = 0.94
Female Sexual Function Index (Rosen ve ark 2000)	Cinsel istek, uyanılma, lubrikasyon, orgasm, cinsel doyum,cinsel ilişkide ağrı	19 madde	Alpha = 0.82
Women's Sexual Function (WSF) (Sanchez ve ark. 2004)	Cinsel yanıt aşaması, cinsel iletişim seviyesi	14 madde	Alpha = 0.89
The Sexual function-Vaginal changes Questionnaire (SVQ) (Jensen ve ark. 2004)	Cinsel ilgi,lubrikasyon, orgasm, disparoni, vaginal boyut, partnerin cinsel problemleri, cinsel aktivite,cinsel doyum ve beden imajı	20 madde	Alpha = 0.76-0.83

SONUÇ ve ÖNERİLER

Histerektomi sonrası psikoseksüel durumun değerlendirildiği çalışmalarda birbirinden farklı bulgular elde edilmiştir. Çalışma bulguları arasındaki farklı sonuçları açıklamada; metodolojik farklılıkların göz önüne alınması gerektiği düşünülmektedir. Konuyla ilgili net bulgulara ulaşmak için araştırmacılara;

- Operasyon öncesi ve sonrasında psikoseksüel durumun değerlendirildiği karşılaştırmalı ve prospektif çalışmalar yapmaları,
- Psikoseksüel uyumun değerlendirildiği kantitatif araştırmalarda verilerin objektifliğini sağlamak için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ölçekler kullanmaları,
- Kantitatif araştırmalar ile elde edilmesi mümkün olmayan araştırma soruları için kalitatif tasarımlar yapmaları, problemin çok boyutlu sorgulanmasına olanak veren, hem kalitatif hem de kantitatif araştırma yöntemlerinin bir arada kullanıldığı "Yöntem çeşitleme-Methodological Triangulation" modelleri kullanmaları,
- Psikoseksüel uyumu operasyondan en az 6 ay sonra değerlendirmeleri,
- Psikoseksüel uyumu etkileyebilecek faktörleri dikkate almaları, bu faktörlerin denetim altına alınmasını sağlayacak homojen gruplarla yaka-kontrol çalışmaları yapmaları önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Alıcı B (2004). Değerlendirme ve Tanı. İçinde: Kadioğlu ve ark (Ed). Kadın Seksüel Fonksiyonu ve Disfonksiyonu Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı. İstanbul: GSF Reklam ve İletişim Hizmetleri Ltd. Şti., 631-633.
2. Aydın H (1997). Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları. İçinde: Köroğlu E, Güleç C (ed). Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 2. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 605-614.
3. Ayoubi JM, Fanchin R, Monrozies X. et al (2003). Respective consequences of abdominal, vaginal, and laparoscopic hysterectomies on women's sexuality. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 111, 179-182.
4. Aziz A, Bergquist C, Nordholm L. et al (2004). Prophylactic oophorectomy at elective hysterectomy Effects on psychological well-being at 1-year follow-up and its correlations to sexuality. The European Menopause Journal, 39:5, 217-224.
5. Bayram GO (2005). Histerektominin cinsel yaşam üzerine etkilerinin belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.
6. Berek JS, Adashi EY, Hillard PA (1998). Novak Jinekoloji. 12. ed, (Çev. A Erk). Maryland: Williams & Wilkins.
7. Bransfield D, Horiot J, Nabid A (1984). Development of a scale for assessing sexual function after treatment for gynecologic cancer. Journal of Psychosocial Oncology, 2, 3-19.

8. Claire EL, Nolan LB (2001). Women's decision making regarding hysterectomy. *JOGNN*, 30, 607-616
9. Cindy M, Derogatis LR (2002). Validation instruments assessing female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 155-194.
10. Degoratis L, Melisaratos N (1979). The DFSI: a multidimensional measure of the sexual functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 5, 244-281.
11. Dragisic KG, Milad MP (2004). Sexual functioning and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190, 1416-1418.
12. Eti F (1988). Histerektomi ameliyatının kadında yaratacağı depresyonun incelenmesi ve bunun giderilmesinde hemşirenin etkinliği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı.
13. Erefe İ (2002). Hemşirelikte Araştırma. İlke Süreç ve Yöntemleri. İstanbul: Odak Ofset.
14. Flory N, Bissonnette F, Binik YM (2005). Psychosocial effects of hysterectomy Literature review. *Journal of Psychosomatic Research* 59, 117-129.
15. İstanbul Tıp Fakültesi Androloji Bilim Dalı Yayınları (2002). Kadında Cinsel aktivite ve cinsel işlev bozuklukları. 2.
16. Ghielmetti T, Kuhn P, Dreher EF, Kuhn A (2006). Gynaecological operations: Do they improve sexual life?. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology* 129, 104-110.
17. Hakim SL (2006). Female Sexual Dysfunction: Current Management. In: Ghontem G at all (Ed). London: Practical Guide to Female Pelvic Medicine, 205-215.
18. Jeng CJ, Yang YC, Tzeng CR. et al (2005). Sexual functioning after vaginal hysterectomy or transvaginal sacrospinous uterine suspension for uterine prolapse: a comparison. *J Reprod Med*, 50:9, 669-674.
19. Jensen PT, Klee MC, Thranov I. et al (2004). Validation of a questionnaire for self-assessment of sexual function and vaginal changes after gynaecological cancer. *Psychooncology*, 13:8, 577-92.
20. Kantar B, Sevil Ü (2004). Histerektomi ameliyatı olmuş kadınlarda depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 18:1, 17-24.
21. Katz A (2002). Sexuality after hysterectomy. *JOGNN*, 31, 256-262.
22. Kuppermann M, Summitt RL Jr, Varner RE. et al(2005). Sexual functioning after total compared with supracervical hysterectomy: a randomized trial. *Obster Gynecol*, 105:6, 1309-1318.
23. Küçük L (2003).Cinsel Disfonksiyonda Psikiyatrik Değerlendirme. 2.Uluslararası-9.Ulusal Hemşirelik Kongresi, Kadın Erkek Cinsel Sağlık Kursu Kitabı, İstanbul: Androloji Derneği,124-131.
24. Masters WH, Johnson V (1966). Human Sexual Response. Boston: Little Brown Company, 652-782.
25. Meston CM, Bradford A (2004). Leading comment: A brief review of the factors influencing sexualiy after hysterectomy. *Sexual and Relationship Therapy*, 19:1, 1468-1479.
26. Meston CM (2004). The effects of hysterectomy on sexual arousal in women with a history of bening uterine fibroids. *Archives of Sexual Behavior*, 33:1, 31-42.
27. Mooradian AD, Greiff V (1990). Sexuality in older women. *Arch Intern Med*, 150, 1033-1038.

28. Özkan S (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-liyezon Psikiyatrisi*. İstanbul: Roche Müstahzarlan Sanayii AŞ, 213-214.
29. Rhodes JC, Kjenlff KH (1999). Hysterectomy and sexual functions. *JAMA*, 282, 1934-1941.
30. Rodoplu G (1992). Mastektomi ve histerektomi ameliyatı sonrası beden bütünlüğü bozulmuş hastaların beden imajları konusunda hissettiklerinin incelenmesinde hemşirenin rolü. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı.
31. Roovers JWR, Vd Bom JG, Vd Vaart CH(2003). Hysterectomy and sexual well being: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy and total abdominal hysterectomy. *British Medical Journal*, 327, 774-778.
32. Rosen R, Brown C, Heiman J. et al (2000). The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy* 26:2, 191-208.
33. Rust J, Golombok S (1985). The Golombok-Rust inventory of sexual satisfaction (GRISS). *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 63-64.
34. Sanchez F, Perez Conchillo M, Borrás Valls JJ et al (2004). Design and validation of the questionnaire on Women's Sexual Function (WSF). *Aten Primaria*, 15, 286-292.
35. Sungur M (1997). *Cinsel İşlev Bozuklukları*. İçinde: Köroğlu E, Güleç C (ed). *Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 2*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 615-625.
36. Taşkın L (2003). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 665-674.
37. Thirleway K, Fallowfield L, Cuzick J (1996). The sexual activity questionnaire: a measure of women's sexual functioning. *Quality of Life Research*, 5, 81-90.
38. Yeoum SG, Park CS (2005). Adjustment after hysterectomy. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 35:6, 1174-1182.
39. Yıldırım G, Oskay OY (2003). Histerektomi sonrası kadının cinsel yaşama uyumu. *İÜFNHYO Hemşirelik Dergisi*, 13:50, 115-123.
40. Waterhouse J, Metclafe M (1986). Development of the sexual adjustment questionnaire. *Oncology Nursing Forum*, 13, 53-59.
41. Watts R (1982). Sexual functioning, health belief and compliance with high blood pressure medications. *Nursing Research*, 31, 278-283.
42. Wilmoth M (1993). Development and psychometric testing of the sexual behaviors questionnaire. *Dissertation Abstract International*, 54, 6137-6138-B.
43. Youngkin EQ, Davis MS (2004). *Women's health a primary care clinical guide*. 3.ed, New Jersey: Pearson Education Limited, 102-105.