T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN
SAĞLIK UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ
KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM ANABİLİM DALI

HİSTEREKTOMİNİN BEDEN ALGISI, KADIN CİNSELLİĞİ VE PARTNER İLİŞKİSİNE ETKİSİNİN BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ VE GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr Yelda Zindar

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2018

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN
SAĞLIK UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ
KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM ANABİLİM DALI

HİSTEREKTOMİNİN BEDEN ALGISI, KADIN CİNSELLİĞİ VE PARTNER İLİŞKİSİNE ETKİSİNİN BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ VE GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr Yelda Zindar

Tez Danışmanı: Doç.Dr.Alev Atış Aydın

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2018

I. TEŞEKKÜR

Dört yılın üzerindeki asistanlık hayatımda bana çok şey katan, yetişmemde, gelişmemde emeği olan tüm asistan arkadaşlarıma, uzmanlarıma ve başta Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. İsmail Özdemir olmak üzere, uzmanlık eğitimimde bana katkısı olan Doç. Dr. Alev Atış Aydın'a, Doç. Dr. Gökhan Yıldırım'a, Doç. Dr. Ali Gedikbaşı'na, Doç. Dr. İbrahim Polat'a, Doç. Dr. Özgür Akbayır'a ve Doç. Dr. Volkan Ülker'e, Doç. Dr. Aytül Çorbacıoğlu'na, Doç. Dr. Kerem Doğa Seçkin'e şükranlarımı sunarım.

Bu kişiler arasında ayrı bir yeri olan önce kıdemlim olan, sonrasında aynı hastanede uzman olarak çalışmaya devam eden ve nihayet tez danışmanım olan sevgili arkadaşım Op. Dr. Merve Aldıkaçtıoğlu Talmaç'a, danışman hocam Doç. Dr. Alev Atış Aydın'a, bu süreçte değerli zamanını benden esirgememiş, tezime katkıda bulunmuş olan Doç. Dr. Mehmet Aytaç Yüksel'e, Op. Dr. Nadiye Köroğlu'na ve Op. Dr. Berna Aslan Çetin'e teşekkürlerimi sunarım.

Beni yetiştiren, bugünlere getiren, kendini benim eğitimime adayan, zorlu eğitim hayatımın her anında kahrımı çeken sevgili anneme, hayatım boyunca bana destek olan babama ve kardeşime, özellikle dört yıllık asistanlık hayatım boyunca bana katlanmış olan ve benim bütün zorluklara katlanmamı sağlayan eşime ve biricik oğluma, bu süreçte yanında olamadığım zamanlarda oğlumun bakımını ve yetişmesini en iyi şekilde üstlenmiş olan, annesinin yokluğunu ona aratmayan kayınvalideme ve yine anneme sonsuz teşekkür ederim.

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR.....i

II. İÇİNDEKİLER.....ii

III. KISALTMALAR.....iii

IV. TABLO LİSTESİ.....iv

V. ÖZET.....v

VI. ABSTRACT.....vi

VII. GİRİŞ VE AMAÇ.....1

VIII. GENEL BİLGİLER.....2

IX. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....11

X. BULGULAR.....13

XI. TARTIŞMA 21

XII. SONUÇ.....26

XIII. KAYNAKLAR.....27

XIV. EK. 1: GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ.....32

XV. EK.2: BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ.....36

XVI. EK. 3: ÖZGEÇMİŞ.....39

III. KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACOG:American College of Obstetrics and Gynocology

BAÖ: Beden Algısı Ölçeği

BISF-W: Brief Index of Sexual Functioning for Women

BKS: Body Cathexis Scale

BS: Bilateral Salpenjektomi

BSO: Bilateral Salpingoooferektomi

DISF: Derogatis Interview for Sexual Functioning

FSFI: Female Sexual Function Index

GRCDÖ: Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği

GRISS: Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

KCFB: Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

LAVH: Laparoskopi Assisted Vaginal Histerektomi

PAIS: Psychosocial Adjustment to Illness Scale

TAH: Total Abdominal Histerektomi

TLH: Total Laparoskopik Histerektomi

IV. TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Demografik Özellikler

Tablo 2. Operasyonların Genel Dağılımı

Tablo 3. Ooferektomi yapılmasına göre hasta dağılımı

Tablo 4. Operasyon şekline göre hasta dağılımı

Tablo 5. Operasyon endikasyonlarının dağılımı

Tablo 6. Tüm hastalarda preoperatif-postoperatif anket sonuçlarının karşılaştırması

Tablo 7. Tüm hastaların eşlerinde preoperatif-postoperatif anket sonuçlarının karşılaştırması

Tablo8. Laparotomi ve laparoskopi olan hastalar arasında operasyon öncesi ve operasyon sonrası anket sonuçlarının karşılaştırmasına göre değişim farklarının incelenmesi

Tablo9. Laparotomi ve laparoskopi olan hastaların eşleri arasında operasyon öncesi ve operasyon sonrası anket sonuçlarının karşılaştırmasına göre değişim farklarının incelenmesi

Tablo 10. Ooferektomi olan ve olmayan hastalar arasında preoperatif ve postoperatif anket sonuçlarının karşılaştırmasına göre değişim farklarının incelenmesi

Tablo 11. Ooferektomi olan ve olmayan hastaların eşleri arasında preoperatif ve postoperatif anket sonuçlarının karşılaştırmasına göre değişim farklarının incelenmesi

V. ÖZET

Amaç: Histerektomi jinekoloji pratiğinde en sık yapılan ameliyattır. Histerektomi, psikolojik faktörlere ve pelvik anatominin vasküler ve nöral desteğinin bozulmasına bağlı, cinsel fonksiyon, beden algısı veya partner ilişkisi açısından kadınları etkileyebilmektedir. Çalışmamızın amacı benign nedenlerle yapılan histerektominin kadın cinselliği, beden algısı ve partner ilişkisine olan etkisinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çalışmamıza Şubat 2017- Eylül 2017 tarihleri arasında kliniğimizde benign nedenlerle histerektomi olmuş 124 hastayı dahil ettik. Ameliyat öncesi ve ameliyattan 6 ay sonra beden algısını değerlendirmek için Beden Algısı Ölçeği(BAÖ), kadın cinsel fonksiyonunu değerlendirmek için kadınlara Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) ve partner ilişkisini değerlendirmek için erkeklere GRCDÖ testlerini kullandık. Sonuçlar %95 güvenlik aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: 124 hastanın ortalama preoperatif GRCDÖ toplam skoru $33{,}129 \pm 10{,}126$, postoperatif GRCDÖ toplam skoru $32{,}0409 \pm 10{,}560$; eşlerinin ortalama GRCDÖ skoru preoperatif $24{,}4539 \pm 9{,}468$, postoperatif $23{,}0579 \pm 9{,}345$; ortalama BAÖ skoru preoperatif $99{,}0329 \pm 22{,}480$, postoperatif $96{,}927 \pm 23{,}032$ olarak bulunmuştur. Bu verilere göre her 3 skorda da operasyon sonrası istatistiksel olarak anlamlı iyileşme görülmüştür. Total abdominal histerektomi/ total laparoskopik histerektomi (TAH/TLH) olanlar veya ooferektomi olan ve olmayanların test skorları karşılaştırıldığında ise alt gruplar arasında birbirine göre istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmemiştir.

Sonuç: Histerektomi sonrası, operasyon şekline ve ooferektominin prosedüre eklenip eklenmemesine bakılmaksızın cinsel işlev, beden algısı ve partner ilişkisi olumlu yönde etkilenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cinsel disfonksiyon, Histerektomi, Beden algısı

VI. ABSTRACT

Objective: Hysterectomy is the most common gynecologic operation performed by gynecologists. Hysterectomy may affect female sexual function, body image or partner relationship due to psychological factors, and also due to disruption of the pelvic nerve and blood supply . The aim of this study is to evaluate the effect of hysterectomy performed for benign conditions on female sexual function, body image and partner relationship.

Methodology: We included 124 women who had hysterectomy for benign indications in Gynecology Clinic between February 2017- September 2017. Just before and six months after operation we performed Body Cathexis Scale (BKS) to evaluate body image, Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) to evaluate female sexual function and partner relationship. Results were evaluated in %95 confidence interval, p value less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: The mean preoperative GRISS total score of 124 patients was 33,1299± 10,126 , postoperative GRISS total score was 32,0409±10,560; mean GRISS preoperatively, 24,4539±9,468, postoperative 23,0579±9,345; The mean BKS was found to be 99,0329±22,480 preoperatively and 96,9279±23,032 postoperatively. According to the this results, statistically significant improvement was observed in all scores of 3 indexes after the operation. There were no difference between total laparoscopic hysterectomy (TLH) compared with total abdominal hysterectomy (TAH), and also with or without ooferectomy groups.

Conclusion: Hysterectomy have a positive effect on female sexual function, body image and partner relationship regardless of the type of operation and whether oophorectomy is added to the procedure.

Keywords: Sexual dysfunction, Hysterectomy, body image

VII. GİRİŞ VE AMAÇ

Histerektomi dünyada en sık yapılan jinekolojik operasyondur. Cerrahın tecrübesine veya hastanın özelliğine göre abdominal, vajinal veya laparoskopik olarak uygulanabilmektedir (1).

Kadın cinselliği anatomik, fizyolojik, sosyolojik, psikolojik ve tıbbi komponentleri olan multifaktöryel bir süreçtir (2). Cinselliğin bir kadının fiziksel ve ruhsal sağlığı için öneminin derecesi tartışma konusudur. Birçok kadın ve erkek sorgulandıklarında, psikolojik sağlığı etkileyen en önemli faktörlerden birinin cinsellik olduğunu belirtmişlerdir (3). Kadın veya erkeğin cinsel ilişki ile ilgili yaşadıkları her türlü problem veya normal cinsel yanıtın dışındaki her türlü durum, cinsel disfonksiyon olarak tanımlanır (2).

Beden algısı ve cinsellik arasında kuvvetli bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Özellikle kadınlar için düşük beden algısı, cinsellikten kaçınma davranışına sebep olmaktadır. Kadınlardaki bedeni beğenmeme durumu, erkeklere kıyasla kötü cinsel hayatla daha fazla ilişkilidir (4).

Literatürde histerektominin cinsel fonksiyonu bozduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Histerektominin, pelvik anatomiyi bozarak pelvik vasküler ve nöral desteği azaltması sebebiyle cinsel disfonksiyona neden olduğu düşünülmektedir (5,6). Bunun aksine disporoniyi, kanama bozukluklarını azalttığı, gebe kalma korkusunun önüne geçtiği için cinsel fonksiyona olumlu etkileri olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (7,8,9,10).

Çalışmamızdaki amaç; histerektominin beden algısı ve cinsel fonksiyon ve partner ilişkisi üzerine olan etkilerini incelemektir.

VIII. GENEL BİLGİLER

VIII.I. HİSTEREKTOMİ:

Geçmişten günümüze uterus dişilik ve doğurganlığı sağlayan cinsel organ olarak görülmüştür. Üreme fonksiyonunun devamının istenmesinin, kadının çocuğu olsa bile histerektomi sonrası depresyona yol açtığı öne sürülmüştür. Ayrıca uterus varlığının kadınlar arasında yaygın olarak cinsel fonksiyonun bir parçası olduğu düşünülür (4).

Histerektomi en sık uygulanan cerrahi prosedürlerden biridir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yılda yaklaşık 600 000 kadın histerektomi olmaktadır (11,12). Histerektominin anormal kanama, kronik pelvik ağrı ve semptomatik myomları tedavi ederek sağlıkla ilişkili genel yaşam kalitesini arttırması hedeflenir (1).

Histerektominin en sık endikasyonu leiomyoma uteri olmakla birlikte, cinsel disfonksiyona yol açan en önemli endikasyonlar arasında menoraji ve pelvik ağrı sayılabilir (13). Genel populasyonda menoraji sıklığı %13 olarak belirtilmişse de perimenopozal dönemde bu oran %27 lere çıkmaktadır (14). Pelvik ağrı ve disparoni sıklığı ise çeşitli çalışmalarda 5,6% to 30,9% olarak bildirilmiştir (15). Bu iki durum da cinsel disfonksiyonla direk ilişkilidir ve bunun dışında psikososyal sorunlara da yol açar (8). Bu durumlar için farklı tedavi alternatifleri olsa da histerektomi en efektif olması nedeniyle özellikle fertilite isteği olmayan, doğurganlığını tamamlamış hastalarda tercih sebebidir (1).

Geçmiş yıllarda uzun dönemde morbidite ve mortalite açısından potansiyel faydalarının olabileceği varsayılarak ooferektomi prosedürü rutin olarak histerektomi operasyonuna eklenmekteydi (16,17). Histerektomi sırasında premenopozal kadınlarda normal morfolojideki overlerin çıkartılması tartışma konusudur. Ooferektominin rutin olarak prosedüre edklenip eklenmemesi için belirlenmiş kriterler yoktur. Ancak erken yaşta ooferektominin düşük doz olmayan HRT kullanımında bile over kanserine yakalanma riskini azalttığını

gösteren çalışmalar vardır (17). Ooferektominin asıl amacı over kanserine karşı korunmadır. Over kanseri açısından genetik risk taşıyanlarda (Peutz Jeghers sendromu, meme, kolon ve rektum kanseri öyküsü veya kuvvetli ailevi over kanseri) ooferektomi yapılmalıdır (18). Over kanseri açısından genetik olarak yüksek risk taşımayan hastalarda ise erken yaşta östrojen eksikliğine bağlı oluşacak semptom ve sorunlar göz önünde bulundurularak, bu hastalara profilaktik ooferektomi yapılmaması günümüzde genel görüştür. Over kanserine karşı koruyucu olduğu düşüncesiyle bilateral salpenjektominin rutin olarak histerektomi prosedürüne eklenmesi önerilmektedir (19).

Kadının histerektomiden cinsel fonksiyon ve beden algısı açısından nasıl etkileneceği; sosyokültürel ve sosyoekonomik düzey, operasyon öncesi ruhsal ve cinsel sağlık, operasyon endikasyonu, operasyon başarısı, operasyona bağlı gelişen komplikasyonlar, operasyonda uygulanan teknik gibi birçok faktöre bağlıdır. Premenopozal bir kadında operasyona ooferektomi prosedürü de eklenmesi de durumu etkileyebilecek bir faktördür (20).

Histerektomi, pelvik anatomiyi, pelvisin kanlanmasını ve sinir desteğini olumsuz etkileyebilmektedir (5). Cinsel işlev bozukluğu ile de ilişkilendirilebilecek bu durum, sinir koruyucu cerrahi teknik arayışlarına sebep olmuştur. Histerektomiye alternatif olan bu konservatif cerrahi prosedürler tedavi başarısı açısından histerektominin yerini alamamıştır. Bu nedenle histerektomi hala en sık yapılan jinekolojik operasyon olmaya devam etmektedir (1).

VIII.II.KADIN CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARI

Cinsellik hem çok karmaşık, hem de temel bir davranıştır. Tüm yaşam boyunca cinselliğin gösterilmesi ve cinsel ilişki önemlidir. Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu organik, psikolojik, kişisel ve sosyal pek çok nedene bağlı oluşan, çok boyutlu bir sağlık sorunudur (21).

VIII.II.I.EPİDEMİYOLOJİ:

VIII.II.I.I. Prevalans:

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu (KCFB) prevalansı, bu konuyla ilgili tanımlamaların ve sınıflamaların yetersizliği nedeniyle tam olarak bilinmemektedir ve tespit edilenden çok daha fazla olduğu düşünülmektedir (15). KCFB yaşa bağımlıdır, sıklıkla ilerleyicidir. Kültürel etmenlerle direk ilişkili olması sebebi ile toplumdan topluma sıklığı değişkendir. Genel prevalans tüm toplumların ortalaması göz önüne alınırsa %27-%52 arasında değişmektedir (22,23,24). Çeşitli çalışmalar kadın cinsel fonksiyon bozukluğunun yaygın bir sağlık problemi olduğunu ortaya koymuştur.

VIII.II.I.II. Risk faktörleri:

Kadın cinsel fonksiyon bozukluklarına nörojenik, musküler, vasküler, endokrin, hormonal, psikolojik faktörler ve bazı ilaçlar neden olabilmektedir (25).

VIII.II.I.II.I. Nörojenik nedenler:

Merkezi sinir sistemi kanamaları, inme durumları, nörolojik tümörler, dejeneratif hastalıklar, multiple skleroz ve benzeri pek çok patoloji merkezi sinir sistemini etkileyerek KCFB'na neden olabilir. İatrojenik (özellikle jinekolojik ve pelvik cerrahiler) ve travmatik sinir yaralanmaları ile periferik nöropati yapan başta diabetes mellitus gibi patolojiler de periferik sinir sistemini etkileyerek KCFB'na yol açabilir (26).

VIII.II.I.II.II. Musküler nedenler:

Pelvik taban kasları, özellikle perine kasları ve levator ani kası, kadın cinsel fonksiyonunda önemli bir yer işgal eder. İskiokavernöz kas ve bulbokavernöz kas orgazm esnasındaki istemsiz ritmik kasılmadan sorumludur. Bu kaslar istemli kasıldıkklarında ise hem kadının hem de partnerinin orgazmına katkı sağlar ve orgazmın şiddetini etkiler. Orgazm esnasında motor cevapta görevli kaslardan en önemlisi levator ani kasıdır. Levator ani, bolbokavernöz ve iskiokavernöz kaslarda

hipertoni olması veya istemsiz kasılmalarına bağlı vajinismus, disparoni ve diğer seksüel ağrılı durumlar ortaya çıkmaktadır. Hipotonik olmaları ise vajinal kavramanın azalmasına, hipoanesteziye, koital anorgazmiye ve cinsel ilişki sırasında üriner inkontinansa veya partnerin cinsel ilişki sırasındaki doyuumunun azalmasına yol açabilir. Bu kasların travma nedeniyle hasarlanması, iyatrojenik hasarı KCFB' na neden olabilir. Yine myastenia gravis gibi kas hastalıklarında bu kaslardaki fonksiyon bozukluğuna bağlı KCFB görülebilir (25,27).

VIII.II.I.II.III. Vasküler nedenler:

Genital kan akımının azalmasının en önemli nedeni klitoral ve vajinal vasküler yetersizlik sendromu olarak adlandırılan iliohipogastrik ve pudendal damarların ateroskleroz udur. Genital bölgenin kan akımının azalması düz kasların gevşemesini de azaltarak genital organların cinsel uyarana verdiği yanıtı azaltır ve düz kasların fibrozisine yol açmaktadır. Buna bağlı olarak da vajinal kuruluk ve disparoni görülebilir. İliohipogasrik arter veya pudental arterin travmatik zedelenmesine neden olan pelvis kırıkları, travmalar, cerrahi yaralanma ve kronik perineal basıya neden olan bisiklete binme de KCFB'na neden olabilir (28).

VIII.II.I.II.IV. Hormonal nedenler:

Hipotalamo-hipofizer aksın disfonksiyonu, cerrahi veya medikal kastrasyon, menapoz, prematür over yetersizliği ve kronik doğum kontrol hapı kullanımı östrojen ve testosteron seviyelerini azaltarak kadında seksüel disfonksiyona neden olabilmektedir (29). Bu duruma bağlı olarak istek ve libidoda azalma, vajinal kuruluk ve cinsel uyarılma bozukluğu görülür. Östrojen eksikliği damarlarda, klitoriste ve vajende düz kas hücrelerinin azalmasına ve fibroza yol açmaktadır. Ayrıca östrojen azalması istek kaybına, disparoniye, cinsel aktivite sayısında azalmaya, genital duyarlılıkta azalmaya, orgazma ulaşmada zorluğa yol açar (26,28).

VIII.II.I.II.V. Psikolojik nedenler:

Altta yatan organik hastalığa bağlı olsun veya olmasın, emosyonel ve/veya ilişkiye bağlı sorunlar kadın cinsel fonksiyonunu çok belirgin olarak etkileyebilir. Beden algısı veya özgüven ile ilgili sorunlar ve partnerleriyle olan ilişkinin

kalitesinin düşük olması, kadının cinsel uyarıya cevabını anlamlı olarak azaltabilir (4). Ayrıca depresyon ve diğer ruh durumu bozuklukları ve psikolojik bozukluklar kadın cinsel fonksiyon bozukluğuna yol açabilir. Kadının partneriyle ilişkisinin durumu, taciz öyküsü önemli risk faktörleridir (28).

VIII.II.I.II.VI. İlaçlar:

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olabilecek pek çok ilaç bulunmaktadır. Antihipertansifler (α-bloker ve ß-blokerler, kalsiyum kanal blokerleri), diüretikler, kemoterapötikler ve alkilleyici ajanlar, antikolinerjikler, antikonvülzanlar, antidepresanlar, antipsikotikler, narkotikler ve sedatifler /anksiyolitikler, antiandrojenler, antiöstrojenler ve oral kontraseptifler en önemlileridir (26).

VIII.II.I.II.VII. Sigara:

Etyolojide yer yer vaskülojenik nedenler alt grubunda incelenmekte olsa da patogenezde farklı mekanizmalar da söz konusu olduğu için ayrı bir alt başlık altında incelenmiştir. Yukarıda sayılan risk faktörleri arasında en önemlisi olarak bildirilmiştir (26).

VIII.III. HİSTEREKTOMİNİN KADIN CİNSEL FONKSİYONU ÜZERİNE ETKİLERİ

Eskiden, kadınlara uygulanan çeşitli medikal ve cerrahi tedavilerin kadın cinsel fonksiyonu üzerine olan etkileri yeterince önemsenmezdi. Zamanla cinselliğin hakkında daha rahat konuşulabilir bir hal almasıyla ve cinselliğin kadın hayatındaki öneminin anlaşılmasıyla, tedavi alternatiflerinin cinsel fonksiyon üzerine olan etkilerine önem verilmeye başlanmıştır. 1970‟li yıllardan itibaren de konu hakkındaki tartışmalar giderek hız kazanmıştır (30).

Histerektomi genelde benign jinekolojik nedenlerle ve zaman zaman beraberinde pelvik tabana yönelik müdahalaleri de içeren ameliyatlar olarak yapılmaktadır. Histerektomi yapılması planlanan hastalarda cinsel işlevde kötüleşme olabileceği ameliyat öncesinde ciddi kaygılara neden olmaktadır, ancak

hekimler bu önemli noktayı genelde kaçırmakta ve hastalarla bu konuyu ameliyat öncesi yeteri kadar konuşmamaktadırlar (31). Histerektominin kadın cinselliği ve partner ilişkisini etkileyip etkilemediği tartışma konusudur ve konuyla ilgili karşıt görüşler mevcuttur.

Birçok kadının esas ilgilendiği nokta histerektominin hastanın dişiliğini kaybetmesine, cinsel doyumu azaltmasına ve eşi ile arasındaki ilişkinin niteliğinde bozulmaya neden olup olmayacağıdır (32).

Kadınlar, psikolojik olarak dişiliğin ve üremenin simgesi olan rahimlerini kaybettiklerinde, diğer vücut organlarını kaybetmelerine göre daha fazla etkilemektedirler. Hastanın ameliyattan sonra kendini kötü hissetme ihtimalini en aza indirmek için ameliyattan önce hastayı bilgilendirmek ve hazırlamak önemlidir (33). Konuyla ilgili yapılmış çalışmaların büyük kısmı histerektominin birçok hastada psikiyatrik bozukluk ve azalmış cinsel fonksiyonlara yol açmadığını hatta cinselliğin histerektomi sonrası olumlu etkilendiğini göstermektedir (7, 8).

VIII.IV.KADIN CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARINDA TANI

Kadın cinsel fonksiyon bozukluklarının tanısında hastayı sorgulama çok önemlidir. Risk faktörleri ve KCFB nedenleri ayrıntılı olarak anamnez alınmalıdır. Cinsel fonksiyon ölçülmesi oldukça zor bir kavramdır, cinsel fonksiyonu ölçmek için kadın cinsel cevabı evrelerini ayrıntılı olarak değerlendiren anket formları kullanılmaktadır (34).

Cinsel Fonksiyonu Değerlendiren Testler;

a. Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)

b. Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS)

c. Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W)

d. Female Sexual Function Index (FSFI)

e. Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF)

f. Simple Sexual Function Questionnaire

VIII.IV.I. GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ (GRCDÖ)

1986 yılında Golombok ve Rust tarafından kadınlarda ve erkelerde cinsel fonksiyonu değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçektir. Her biri 28 sorudan oluşan kadın ve erkek için ayrı ayrı olan iki formu vardır. Kadın ve erkek formlarında 5 tanesi ortak olmak üzere toplam 7 boyut bulunmaktadır. Kaçınma, dokunma, iletişim, doyum ve ilişki sıklığı alt boyutları her iki formda da ortaktır. Bunlar dışında kadın için vaginismus ve anorgazmi, erkek için ise empotans ve erken boşalma alt boyutları vardır. İlişki sıklığı ve iletişim alt boyutları iki, diğer alt boyutlar dört madde ile sorgulanmaktadır. Ayrıca formda bu alt boyutlar dışında kalan ancak cinsel ilişkinin niteliği ile ilgili dört madde yer almaktadır. Maddelerin sınıflandırılması beşli Likert tipi bir ölçek üzerinde yapılmakta ve ‘’hiçbir zaman’’ , ‘’nadiren’’ , ‘’bazen’ , ‘’çoğunlukla’’, ‘’her zaman ‘’ seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde toplam ve alt boyutlardan elde edilen puanlar kullanılabilmektedir. Yüksek puanlar cinsel işlevlerdeki bozulmaya işaret etmektedir. Elde edilen ham puanlar daha sonra 1 ile 9 arasında bulunan standart puanlara dönüştürülebilmektedir. Kadın ve erkekler için ayrı ayrı ya da çiftler için ortak bir puan çizilebilmektedir. Rust ve Golombok 1986 yılında GRCDÖ’nin güvenilir bir ölçek olduğunu çeşitli analizlerle ortaya koymuşlardır (35). Golombok ve Rust 1988 yılında yaptıkları başka bir çalışmada ölçeğin özellikle cinsel belirtilerin şiddetinin belirlenebilmesi için kullanılabilecek uygun bir ölçme aracı olduğunu göstermişlerdir (36) . Tuğrul ve arkadaşları, 1993 yılında yaptıkları çalışmada ülkemizde de Golombok Rust cinsel doyum ölçeğinin geçerli ve güvenilir olduğunu bildirmişlerdir. Ölçeğin alt boyutlarından elde edilen cronbach alfa sayısı kadınlar için 0,51 ile 0,88 arasında iken, erkekler için 0,63 ile 0,91 arasında değişmektedir (37). Kadında GRCDÖ sorularına göre altboyutlar incelenecek olursa; sıklık alt boyutunu 3. ve 15. sorular, iletişim alt boyutunu 2. ve 16. sorular , kaçınma alt boyutunu 7. 13. 20. ve 23. sorular, dokunma alt boyutunu 9. 12. 19. ve 25. sorular, doyum alt boyutunu 5. 10. 18. ve 22. Sorular, vajinismus alt boyutunu 6. 11. 17. ve 24. sorular, anorgazmi alt boyutunu 8. 14. 21. ve 28. sorular, nitelik alt boyutunu 1. 4. 26. ve 27. sorular cevaplamaktadır (35,37) (Ek 1).

Erkekte GRCDÖ sorularına göre alt boyutlar incelenecek olursa; sıklık alt boyutunu 1. Ve 17. Sorular , iletişim alt boyutunu 2. Ve 19. Sorular , kaçınma alt boyutunu 7. 14. 22. Ve 28. Sorular , dokunma alt boyutunu 6. 12. 20. Ve 25. Sorular , doyum alt boyutunu 5. 11. 15. Ve 21. Sorular , empotans alt boyutunu 3. 10. 16. Ve 23. Sorular , erken boşalma boyutunu 4. 13. 24. Ve 27. Sorular , nitelik boyutunu 8. 18. 19. Ve 26. Sorular cevaplamaktadır (35,37) (Ek 1.).

VIII.V. KADINDA BEDEN ALGISI

Beden algısı, bir kişinin kendi bedeni ile ilgili düşünce, duygu ve algılarını ifade eder (38). Kadınlarla erkekler beden algısı açısından karşılaştırılacak olunursa kadınların daha olumsuz bir beden algısına sahip oldukları ve yaşadıkları tecrübeler etkisiyle beden algılarının daha fazla değişme eğiliminde olduğu görülmektedir (39). Uterus gibi dişilikle direk ilişkilendirilmiş bir organın kaybı da kadını psikolojik açıdan etkileyerek beden algısının değişmesine neden olabilmektedir (33). Beden algısını değerlendirebilmek için Beden Algısı Ölçeğinden yararlanılabilinir (38).

VIII.V.I. BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ (BAÖ)

Bu ölçek Secord ve Jourard tarafından 1953'da geliştirilmiştir. Kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve bedenlerindeki çeşitli işlevlerden ne kadar hoşnut olduklarını ölçmeyi amaçlar. Ölçekte 40 tane vücut bölgesini veya işlevini sorgulayan madde yer almaktadır. Alınan puanların yüksekliği hoşnut olmama derecesinin de yüksekliğine işaret eder. Ölçek her bir maddesi bir organ veya bedenin bir bölümü ya da işlevi ile ilgili 40 maddeden oluşmaktadır. (1= Oldukça beğeniyorum, 2= Oldukça beğeniyorum, 3= Kararsızım, 4= Pek beğenmiyorum, 5= Hiç beğenmiyorum). En düşük puan olan 1 en olumlu durumu ifade ederken, en yüksek puan olan 5 en olumsuzu ifade etmektedir. 40 sorunun toplamında 40 ile 200 arası puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın artması, kişinin vücut bölümlerinden ya da işlevinden duyduğu memnuniyetin azaldığını, puanın azalması ise memnuniyetin arttığını belirtmektedir. Ölçeğin kesme puanı 135 dir. Bu puanın üzerinde puana sahip olanlar beden algısı düşük olarak

tanımlanmıştır. Ölçek, 1986'da Hovardaoğlu tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada iki yarım güvenirliği 0.75, madde test korelasyonları r=0.45 ile r=0.89 arasında ve Cronbach Alfa katsayısı r=0.91 olarak belirlenmiştir (Hovardaoğlu, 1992). Testin bu araştırmada uygulanması sonucu Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur (38,40). (Ek 2)

IX. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamız, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ‘nda Şubat 2017-Eylül 2017 tarihleri arasında benign endikasyonlarla histerektomi yapılan hastalar arasında prospektif olarak yapıldı. Çalışmaya 35-56 yaş arasında cinsel yönden aktif hastalar dahil edilmiştir. 35 yaş altı ve 56 yaş üstü hastalar, daha önce depresyon veya cinsel fonksiyon bozukluğu tanısı almış olanlar, cinsel disfonksiyon ve isteksizliğe neden olan ilaç kullanımı, lubrikan jel kullanımı, partnerde cinsel fonksiyona etki eden ilaç kullanımı, klimakterik semptomu olan hastalar ve malignite tanısı olan hastalar çalışma dışında tutulmuştur. Hastaların tamamı yapılacak operasyon ve çalışmanın detayları hakkında aydınlatılmış, yazılı onamları alınmıştır. Bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2017 Şubat Etik Kurul toplantısında değerlendirilmiş ve 2017/6 numaralı karar ile onaylanmıştır.

Histerektomiden bir gün önce ve operasyondan yaklaşık 6 ay sonra; hastalara ve eşlerine Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ), sadece hastaların kendilerine Beden Algısı Ölçeği (BAÖ) anketlerini doldurmaları istenmiştir. Çalışmada kadın ve erkek cinsel disfonksiyonunu değerlendirmek üzere GRCDÖ; beden algısını değerlendirmek üzere ise BAÖ anket formları kullanılmıştır. GRCDÖ, kadın ve erkek formlarında ayrı ayrı 28’er soru, 7 alt boyut olan bir cinsel fonksiyon değerlendirme anketidir. Alt boyutlarda 5 puanın üzerinde skorlar o alt boyutta sorun olduğunu gösterir. Toplam skorun yükselmesi, cinsel fonksiyon bozukluğunun fazla olduğunu göstermektedir. Birçok yayında seksüel fonksiyonun değerlendirilmesi için FSFI veya BISF-W gibi farklı indeksler de kullanılmış olup bizim çalışmamızda GRCDÖ seçmemizin nedeni, daha kapsamlı bir ölçek olması ve erkeklere de uygulanabilir olmasıdır. (7,8,15,28). BAÖ ise 40 sorudan oluşan vücudun belli bölümlerini beğenme derecesine göre puanlandırılan, alınan puanların yüksekliği ile beden algısı arasında yine ters orantı olan bir ölçektir.

Çalışmamızın birincil sonuç ölçütü benign nedenlerle yapılan histerektominin kadın cinsel fonksiyonu, beden algısı ve partner ilişkisine etkisini değerlendirmektir. İkincil sonuç ölçütü ise operasyon şeklinin (laparoskopi-laparotomi) ve ooferektomi yapılmasının cinsel fonksiyona etkisini değerlendirmektir.

Yapılan çalışmalarla pelvik iyileşme süresinin yaklaşık 6 ay olduğu ve hastaların tamamına yakınının bu süre içerisinde aktif cinsel yaşama başladıklarının gösterilmesi kontrol süremizi belirlememizi sağlamıştır (41). Hastalar operasyon sonrası yaklaşık 2 ay kadar cinsel ilişkide bulunmamaları konusunda uyarılmışlardır.

***İstatistiksel Analiz*:** Elde edilen bütün veriler SPSS 21.0 (SPSS Inc, Chicago, IL) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin dağılımını değerlendirmek için Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. Veriler normal dağılıma sahip olmadığı için alt grup analizlerinde non-parametrik testler kullanılmıştır. Cinsel fonksiyon ve beden algısındaki preoperatif döneme göre postoperatif meydana gelen değişiklikler Wilcoxon testi ile değerlendirilmiştir. Operasyon tipine ve ooferektominin varlığına göre ayrılmış olan alt grupların analizi de Mann-Whitney-U testi ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar %95 güvenlik aralığında değerlendirilmiştir. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Power analizi G. Power. 3.1.0 programı kullanılarak yapılmış örneklem büyüklüğü hesaplanmasında grup içi operasyon öncesi ve sonrası testler arasındaki farkların ana hipotez olduğu tasarımda, etki büyüklüğü 0,3; %5 yanılma payı %80 güç için gereken hasta sayısı 90 olarak bulunmuştur.

X. BULGULAR

Çalışmamıza toplam 148 hasta dahil edilmiştir. 148 hastadan 2 tanesi anket yapıldıktan 1 gün sonra, operasyon gününde opere olmaktan vazgeçip kendi istekleriyle taburcu olmuşlardır. Hastalardan 2 tanesine histerektomi yerine operasyon günü histeroskopi yapılmasına karar verilmiştir. Hastalardan 11 tanesine postoperatif dönemde ulaşılamamıştır. Hastalardan 9 tanesi de preoperatif anketleri doldurduğu halde, operasyondan 6 ay sonra anketleri doldurmayı reddetmişlerdir. %16,21 kayıp verimiz olmuştur. 124 hasta ile çalışmamız tamamlanmıştır.

36 ile 56 yaşlar arasında toplamda 124 hastamız bulunmaktadır. Hastalarımızın yaş ortalaması (45,76 ± 4,34) olarak bulunmuştur. Hastalarımızın 64 tanesi (%51,6) ilkokul mezunu, 24 tanesi (%19,4) ortaokul mezunu, 30 tanesi (%24,2) lise mezunu ve 6 tanesi (%4,8) ise üniversite mezunudur. Hastalarımızın 95 tanesi (%76,6) çalışmamakta, 29'u (%23,4) ise bir işte çalışmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Demografik Özellikler

Yaş		45,760 ±4,34
Eğitim, n (%)	İlkokul	64 (%51,6)
	Ortaokul	24(%19,4)
	Lise	30 (%24,2)
	Üniversite	6 (%4,8)
	Toplam	124 (%100)
Çalışma Durumu, n (%)	Çalışmıyor	95 (%76,6)
	Çalışıyor	29 (%23,4)
	Toplam	124 (%100)

Veriler, Ortalama±standart sapma ve/veya sayı (%) olarak belirtilmiştir.

Çalışmamıza dahil ettiğimiz 124 hastanın 54'ü (%43,5) TAH+BS, 35'i (%28,2) TAH+BSO, 22'si (%17,7) TLH+BS, 13'ü (%10,5) TLH+BSO operasyonu geçirmişlerdir (Tablo 2).

Ooferektomi olmayan hasta sayısı 76 (%61,3) iken, ooferektomi olan 48 (%38,7) hasta bulunmaktadır (Tablo 3).

Laparotomi ile histerektomi olan hasta sayısı 89 (%71,7) iken, 35 (%28,3) hasta laparoskopik histerektomi olmuştur (Tablo 4).

Hastalarımızın 97 tanesi (%78,2) myoma uteri, 20 tanesi (%16,1) anormal uterin kanama, 4 tanesi (%3,2) polip+tedaviye dirençli menometroraji ve 3 tanesi (%2,4) endometrial hiperplazi endikasyonuyla histerektomi olmuştur (Tablo 5).

Tablo 2. Operasyonların Genel Dağılımı

		N(%)
Operasyon	TAH+BS	54(43,5)
	TAH+BSO	35 (28,2)
	TLH+BS	22(17,7)
	TLH+BSO	13(10,5)
	Toplam	124(100,0)

Veriler sayı (%) olarak belirtilmiştir.

Tablo 3. Ooferektomi yapılmasına göre hasta dağılımı

		N(%)
Ooferektomi	Yok	76(61,3)
	Var	48(38,7)
	Toplam	124(100,0)

Veriler sayı (%) olarak belirtilmiştir.

Tablo 4. Operasyon şekline göre hasta dağılımı

		N(%)
Operasyon şekli	Laparotomi	89(71,7)
	Laparoskopi	35(28,3)
	Toplam	124(100,0)

Veriler sayı (%) olarak belirtilmiştir.

Tablo 5. Operasyon endikasyonlarının dağılımı

		N(%)
Endikasyon	Myoma Uteri	97(78,2)
	Anormal Uterin Kanama	20(16,1)
	Polip+Tedaviye Dirençli Menometroraji	4(3,2)
	Endometrial Hiperplazi	3(2,4)
	Toplam	124(100,0)

Veriler sayı (%) olarak belirtilmiştir.

Kadınlarda ve erkeklerde yapılan GRCDÖ'ne göre operasyondan sonra toplam cinsel disfonksiyon skorlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma tespit edilmiştir. ($p<0,05$)

Kadınlarda operasyon sonrası; sıklık, iletişim, kaçınma, anorgasmi alt boyutlarında, toplamda ve beden algısı ölçeğinde operasyon öncesine göre anlamlı iyileşme, vaginismus alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı artış tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadınlarda operasyon sonrası; dokunma ve doyum alt boyutlarında operasyon öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 6).

Erkeklerde, eşlerinin operasyonu sonrası sıklık, dokunma, doyum, empotans alt boyutlarında ve toplamda operasyon öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı iyileşme tespit edilmiştir ($p<0,05$). Erkeklerde, eşlerinin operasyonu sonrası, iletişim, kaçınma ve erken boşalma alt boyutlarında operasyon öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 7).

Tablo 6. Tüm hastalarda preoperatif-postoperatif anket sonuçlarının karşılaştırması

	Preoperatif	**Postoperatif**	**p**
Kadın Sıklık	3,895±1,458	3,516±1,340	**0,000**
Kadın İletişim	3,887±1,477	3,710±1,464	**0,040**
Kadın Kaçınma	5,282±2,606	4,903±2,461	**0,004**
Kadın Dokunma	5,323±2,431	5,234±2,372	0,376
Kadın Doyum	5,379±2,360	5,234±2,413	0,184
Kadın Vaginismus	3,597±1,925	4,000±1,896	**0,001**
Kadın Anorgasmi	5,766±2,601	5,444±2,437	**0,011**
Kadın Toplam	33,129±10,126	32,040±10,560	**<0,001**
Kadın Beden Algısı	99,032±22,480	96,927±23,032	**0,030**

Veriler, Ortalama±standart sapma olarak belirtilmiştir.

Tablo 7. Tüm hastaların eşlerinde preoperatif-postoperatif anket sonuçlarının karşılaştırması

	Preoperatif	**Postoperatif**	**p**
Erkek Sıklık	3,210±1,198	2,855±1,292	**<0,001**
Erkek İletişim	3,565±1,398	3,411±1,385	0,093
Erkek Kaçınma	3,129±2,091	2,976±1,940	0,109
Erkek Dokunma	3,984±2,260	3,597±2,266	**0,002**
Erkek Doyum	4,234±2,138	3,936±2,152	**0,012**
Erkek Empotans	3,347±2,064	3,097±1,973	**0,016**
Erkek Erken Boşalma	3,186±1,977	3,186±1,713	0,853
Erkek Toplam	24,653±9,468	23,057±9,345	**0,000**

Veriler, Ortalama±standart sapma olarak belirtilmiştir.

Kadınların BAÖ'ne göre beden algısı skorlarının histerektomi sonrası azaldığını yani beden algısı memnuniyetinin arttığını saptadık (p:0.03) (Tablo 6). Laparoskopi ve laparotomi karşılaştırıldığında ve ooferektomi yapılan ve yapılmayan hastalar karşılaştırıldığında ise beden algısı düzeyinde değişimde anlamlı fark saptanmadı (Tablo 8 ve Tablo 10).

Kadınlarda doyum alt boyutunda laparoskopik histerektomi olan hastalarla kıyaslandığında, laparotomi ile histerektomi olan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla iyileşme olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Diğer bütün parametrelerde laparotomi olan ve laparoskopi olan hastalar birbirleriyle kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 8)

Tablo 8. Laparotomi ve laparoskopi olan hastalar arasında operasyon öncesi ve operasyon sonrası değişim farklarının incelenmesi

	Laparotomi	**Laparoskopi**	**p**
Kadın Sıklık Düzeyinde Değişim	0,471±0,119	0,142±0,169	0,183
Kadın İletişim Düzeyinde Değişim	0,134±0,102	0,285±0,166	0,633
Kadın Kaçınma Düzeyinde Değişim	0,427±0,154	0,257±0,253	0,406
Kadın Dokunma Düzeyinde Değişim	0,101±0,113	0,057±0,196	0,691
Kadın Doyum Düzeyinde Değişim	0,044±0,133	0,400±0,165	**0,039**
Kadın Vaginismus Düzeyinde Değişim	-0,370±0,139	-0,485±0,225	0,764
Kadın Anorgasmi Düzeyinde Değişim	0,258±0,137	0,485±0,225	0,494
Kadın Toplam Düzeyinde Değişim	1,067±0,476	1,142±0,751	0,692
Kadın Beden Algısı Düzeyinde Değişim	2,449±1,147	1,228±2,332	0,445

Veriler, Ortalama±standart sapma olarak belirtilmiştir.

Erkeklerde, bütün parametrelerde laparotomi olan ve laparoskopi olan hastaların eşleri birbirleriyle kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 9).

Tablo9. Laparotomi ve laparoskopi olan hastaların eşleri arasında operasyon öncesi ve operasyon sonrası değişim farklarının incelenmesi

	Laparotomi	**Laparoskopi**	**p**
Erkek Sıklık Düzeyinde Değişim	0,314±0,101	0,457±0,131	0,362
Erkek İletişim Düzeyinde Değişim	0,146±0,114	0,171±0,180	0,977
Erkek Kaçınma Düzeyinde Değişim	0,224±0,112	-0,028±0,190	0,290
Erkek Dokunma Düzeyinde Değişim	0,337±0,134	0,514±0,225	0,476
Erkek Doyum Düzeyinde Değişim	0,280±0,150	0,342±0,158	0,767
Erkek Empotans Düzeyinde Değişim	0,303±0,123	0,114±0,204	0,470
Erkek Erken Boşalma Düzeyinde Değişim	-0,112±0,124	0,285±0,211	0,105
Erkek Toplam Düzeyinde Değişim	1,494±0,406	1,857±0,643	0,544

Veriler, Ortalama±standart sapma olarak belirtilmiştir.

Bütün parametrelerde ooferektomi olan ve ooferektomi olmayan hastalar birbirleriyle kıyaslandığında istatistiksel olarak birbirlerine göre anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 10).

Erkeklerde, bütün parametrelerde ooferektomi olan ve ooferektomi olmayan hastaların eşleri birbirleriyle kıyaslandığında birbirlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 11).

Tablo 10. Ooferektomi olan ve olmayan hastalar arasında preoperatif ve postoperatif anket sonuçlarının karşılaştırmasına göre değişim farklarının incelenmesi

	Ooferektomi Yok	**Ooferektomi Var**	**p**
Kadın Sıklık Düzeyinde Değişim	-0,303±1,132	-0,500±1,052	0,359
Kadın İletişim Düzeyinde Değişim	-0,184±1,003	-0,167±0,930	0,695
Kadın Kaçınma Düzeyinde Değişim	-0,408±1,618	-0,333±1,191	0,792
Kadın Dokunma Düzeyinde Değişim	-0,040±1,051	-0,167±1,155	0,625
Kadın Doyum Düzeyinde Değişim	-0,184±1,208	-0,083±1,182	0,810
Kadın Vaginismus Düzeyinde Değişim	0,329±1,370	0,521±1,238	0,215
Kadın Anorgasmi Düzeyinde Değişim	-0,395±1,415	-0,208±1,129	0,712
Kadın Toplam Düzeyinde Değişim	-1,184±5,046	-0,938±3,386	0,910
Kadın Beden Algısı Düzeyinde Değişim	-2,053±11,780	-2,188±11,685	0,916

Veriler, Ortalama±standart sapma olarak belirtilmiştir.

Tablo 11. Ooferektomi olan ve olmayan hastaların eşleri arasında preoperatif ve postoperatif anket sonuçlarının karşılaştırmasına göre değişim farklarının incelenmesi

	Ooferektomi Yok	**Ooferektomi Var**	**p**
Erkek Sıklık Düzeyinde Değişim	-0,408±0,867	-0,271±0,984	0,210
Erkek İletişim Düzeyinde Değişim	-0,171±1,063	-0,125±1,104	0,777
Erkek Kaçınma Düzeyinde Değişim	-0,066±1,193	-0,292±0,874	0,240
Erkek Dokunma Düzeyinde Değişim	-0,355±1,354	-0,438±1,183	0,692
Erkek Doyum Düzeyinde Değişim	-0,224±1,410	-0,417±1,108	0,177
Erkek Empotans Düzeyinde Değişim	-0,382±1,222	-0,042±1,071	0,101
Erkek Erken boşalma Düzeyinde Değişim	0,040±1,238	-0,063±1,156	0,774
Erkek Toplam Düzeyinde Değişim	-1,566±3,991	-1,646±3,552	0,930

Veriler, Ortalama±standart sapma olarak belirtilmiştir.

XI.TARTIŞMA

Günümüzde yapılan birçok prospektif randomize çalışma cerrahi teknikten bağımsız olarak histerektomi sonrası genel yaşam kalitesinin ve cinsel fonksiyonun olumlu yönde etkilediğini ortaya koymuştur (8,9,10). Çalışmamızda kadınlar ve partnerlerinin cinsel fonksiyonlarında, histerektomi sonrasında iyileşme olduğunu gösterdik. Thakar ve arkadaşları 2015'te yapmış oldukları çalışmada, kadınların sadece çok küçük bir kısmının histerektomiden cinsel fonsiyon açısından olumsuz etkilenebileceğini, çok büyük bir kısmının etkilenmeyeceğini hatta bir miktar olumlu etkilenebileceğini ileri sürmüşlerdir (7). Miao Yl ve arkadaşları yaptıkları çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde histerektomi sonrası cinsel yaşam kalitesinin olumlu yönde etkilendiği sonucunu çıkarmışlardır (42). Punushapai ve arkadaşları sadece total abdominal histerektomi olan kadınlarla yaptıkları bir çalışmada histerektominin seksüel fonksiyon üzerine olumlu etkileri olduğunu tespit etmişlerdir (43). Benzer şekilde, Hoffmann ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada histerektominin genel yaşam kalitesi ve cinsel yaşam üzerine oldukça olumlu etkileri olduğu sonucuna varmışlardır (20). Biz de çalışmamızda histerektomi sonrasında kadınlar ve partnerlerinde cinsel fonksiyonun olumlu yönde etkilendiğini gösterdik. Anormal uterin kanamanın ortadan kalkması, menstrüel semptomların ve pelvik ağrı ve disparoni şikayetlerinin kaybolması, yaşam kalitesinin artması, depresyon, gebe kalma korkusu ve anksiyetenin azalmasından dolayı histerektomi sonrası cinsel fonksiyon olumlu yönde etkilendiğini düşünmekteyiz.

Birçok çalışmada cinsel işlev açısından histerektomi olan kadınların değerlendirilip eşleriyle olan partner ilişkisinin değerlendirilmemiş olması bu çalışmaların eksik kalan yönleridir. Bizim çalışmamızda ise partner ilişkisi de değerlendirilmiş olup histerektomi sonrası partner ilişkisinin de olumlu etkilendiği gözlenmiştir. Yine Hoffmann ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise birçok çalışmanın aksine (44), bizim çalışmamızda olduğu gibi erkekler de

değerlendirilmiştir. Histerektomi yapılmış kadınlarda özellikle istek ve tatmin boyutlarını değerlendiren skorların iyileştiği gözlenmiştir ve bundan dolayı partnerlerinin de cinsel fonksiyonunun operasyon sonrası olumlu yönde etkilenebileceği sonucunu çıkardık.

Beden algısı ile cinsel fonksiyon arasında kuvvetli bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur (4). Bir çok çalışmada cinsel fonksiyon histerektomi ilişkisi tek başına değerlendirildiği gibi bazı çalışmalarda bizim çalışmamızdaki gibi değerlendirmeye beden algısı da katılmıştır. Bir çok çalışmada histerektominin beden algısını olumsuz etkilemediği sonucuna varılmıştır (33). Bunun aksine beden algısının olumsuz yönde etkilendiğini göstermiş çalışmalar da mevcuttur (41). Bizim çalışmamıza göre beden algısı histerektomiden olumlu etkilenmektedir. Bunun nedeni yine cinsel fonksiyonların düzelmesinde olduğu gibi anormal uterin kanama, pelvik ağrı, disparoni gibi şikayetlerin ortadan kalkması ve cinsel fonksiyon ile beden algısının sıkı bir ilişki içinde olmasıdır. Bu iki parametreden birinin iyileşmesi diğerini de iyileştirmektedir.

Kadınların histerektomi sonrası ameliyat memnuniyeti ile ilgili ortaya çıkarılmış olumlu sonuçlara rağmen kadınların küçük ama önemli bir kısmında histerektomi sonrası yeni semptomların ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Neden bazı kadınların olumlu bazılarının olumsuz sonuçlarla karşılaştığı konusu ise yeterince araştırılmamıştır (45). Kadınların olumsuz sonuçlarla karşılaşma riskini arttıran cerrahi teknik, eş zamanlı ooferektomi ya da psikososyal faktörler gibi spesifik faktörlerin olup olmadığı da tartışma konusudur (44,45). Konu ile daha eski yıllarda yapılan klinik çalışmalarda histerektominin artmış psikolojik morbiditeye ve psikiyatrik problemlere yol açtığı savunulmuştur. Ancak bu çalışmaların bir takım eksiklikleri olmuştur (6). Thakar ve arkadaşlarının yayınladığı makalede, temelde histerektominin pelvisteki anatomik yapıları etkilediği teorisine dayanarak, üst vajinadan geçen sinir donanımını kesmenin ıslaklık ve orgazmı engellediğinden bahsedilmektedir (5). Benign nedenlerle yapılan abdominal

histerektomilerden sonraki fonksiyonel sonuçları araştıran Weber ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ameliyat memnuniyetinin yüksek olduğu, üriner, gastrointestinal veya seksüel olumsuz etkilenme olmadığı sonucuna ulaşmışlardır (46). Geçmişteki çalışmaların aksine bizim çalışmamızda sonuçların olumsuz bulunmamasının nedeninin, jinekolojik cerrahi tekniklerin gelişmesi ile pelvisin nöral ve vasküler desteğindeki bozulmanın azalması olduğunu düşünmekteyiz.

Danesh ve arkadaşları 2015'te yazdıkları derlemede, inceledikleri çalışmalara dayanarak, histerektomi sonrası cinsel fonksiyona etki eden; histerektomi tekniği, fiziksel ve emosyonel faktörler gibi birçok etmenin olduğu sonucuna varmışlardır (47). Ancak birçok çalışmada ise histerektomi tekniklerinin cinselliği etkileme açısından birbirine üstünlüğü olmadığı sonucu çıkmaktadır. Tek-port laparoskopik histerektomi ve klasik laparoskopik histerektomi olan hastaları karşılaştıran bir çalışmada operasyon sonrası cinsel fonksiyon açısından her iki gruptan benzer sonuçlar elde etmişlerdir (48). Roovers ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; vaginal ve abdominal histerektomi operasyonları karşılaştırılmış, her iki grupta cinsel işlevde belirgin düzelme tespit edilmiştir. Buna karşın alt gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (49). Vajinal ve laparoskopik histerektomilerin karşılaştırıldığı bir çalışmada her iki grupta da cinsel fonksiyon skorlarının anlamlı olarak arttığı, birbirleriyle kıyaslandığında ise fark olmadığı gözlemlenmiştir (50). TAH ve TLH olan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada TLH olan grupta operasyon sonrası beden algısı ve cinsellik TAH olan gruba göre anlamlı olarak daha iyi bulunmuştur (51). TAH ve TLH olan hastaları karşılaştıran başka bir çalışmada ise her iki grupta da histerektominin cinsel fonksiyona anlamlı bir etkisinin olmadığı gösterilmiştir (52). Ercan ve arkadaşlarının 2016'da yaptığı çalışmada ister vajinal, ister abdominal, isterse de laparoskopik olsun, histerektomi cinsel fonksiyonda bozulmaya yol açmaktadır sonucuna ulaşılmıştır bunun nedeninin histerektomi sonrası vajinal uzunluğun kısalması olduğunu düşünülmüştür (53). Çalışmamızda laparotomi ile histerektomi olan ve laparoskopi ile histerektomi olan hastaları

karşılaştırdığımızda iki grup arasında cinsel disfonksiyon ve beden algısı açısından fark olmadığı görülmüştür. Biz de literatürdeki birçok çalışmaya benzer şekilde operasyon şeklinin cinsel fonksiyon veya beden algısı skorlarına etkisinin olmadığını saptadık. Bunun nedeni olarak cinsel fonksiyon veya beden algısındaki olumlu değişimler operasyon şeklinden bağımsız olarak uterusun alınması ve böylece hastaların şikayetlerinin iyileşmesi olduğunu düşünmekteyiz.

Yang ve arkadaşlarının yaptığı TAH ve TAH+BSO olan hastaları cinsel fonksiyon açısından karşılaştırdığı çalışmada cinsel fonksiyonun esas olarak ooferektomiden olumsuz etkilendiği, bu nedenle histerektomiye rutin olarak preventif ooferektominin eklenmemesi gerektiğini savunmuşlardır (54). Nathorst-Boos ve arkadaşlarının ooferektomi olan ve olmayan histerektomi olmuş hastaları kıyaslayan çalışmasında ooferektomi olan grupta belirgin olarak cinsel işlevde bozulmanın diğer gruba kıyasla daha fazla olduğu sonucu bulunmuştur. Her iki grupta ise histerektominin cinsel fonksiyona etkilerinin olumsuz olduğu sonucu izlenmiştir (55). 2017 yılında yayınlanmış bir çok çalışmanın incelendiği bir derlemede ise premenopozal kadınlarda histerektomi prosedürüne ooferektomi eklenmesinin cinsel fonksiyonu bozacağı sonucuna varılmıştır (56). Kuşçu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre ise bizim çalışmamıza benzer şekilde TAH ve TAH+BSO olan gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (57). Çalışmamızda literatürdeki çalışmaların çoğunun aksine bilateral ooferektomi olan ve ooferektomi olmayan hastalar cinsel fonksiyon ve beden algısı açısından kıyaslandığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Bunun nedeni ise bizim çaşılmamızda histerektominin sadece kısa dönem sonuçlarına bakılmış olmasıdır. Bu durum çalışmamızın kısıtlılıkları arasında sayılmaktadır. Aynı hastaların uzun dönem sonuçlarına bakılacak olursa menopozal semptomların artmasıyla birlikte ooferektomi olan grubun cinsel fonksiyon açısından ooferektomi olmayan gruba kıyasla daha kötü cinsel fonksiyon skorlarına sahip olabilir.

Histerektomiyle ilgili yapılmış olan prospektif çalışmaların çoğunda operasyon öncesi değerlendirme, operasyon ile ilgili kaygıların ve korkuların en

yüksek seviyede olduğu operasyona çok yakın zamanda yapılmıştır. Çalışmamızda kullanılan BAÖ ve GRCDÖ testleri hastalara operasyondan 1 gün önce verilmiştir. Hastalara testlerin operasyondan bir gün önce verilmesi, operasyon sonrası vajinal uzunluğun değerlendirilmemiş olması, operasyondan 6 ay sonra operasyonun kısa dönem sonuçlarının değerlendirilip, uzun dönem sonuçlarının değerlendirilmemiş olması da çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

XII. SONUÇ

Sonuç olarak histerektomi olan kadınların ve eşlerinin cinsel hayatı ve kadınların beden algısı bu operasyondan sonra, öncesine kıyasla iyileşmektedir. Bunun nedeninin kadınların histerektomi öncesi var olan şikayetlerinin histerektomi ile ortadan kaybolmasıdır. Bu durum histerektomi tekniği, overlerin alınması veya bırakılmasıyla değişmemektedir. Ancak bu konuyla ilgili preoperatif ve postoperatif vajen uzunluklarının da çalışmaya dahil edildiği, daha uzun dönem sonuçların değerlendirildiği, daha fazla sayıda hastayla yapılmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

XIII. KAYNAKLAR

1. ACOG Committee Opinion No: 701; Choosing the Route of Hysterectomy for Benign Disease. Obstet Gynecol 2017 Jun;129:e155–9.
2. Rosen R.C., J.L. Barsky; Normal sexual response in women, Obstet. Gynecol. Clin. N. Am., 2006; 33: 515-526.
3. Demirezen, E., Erdoğan, S., Önem, K. (2006). Birinci Basamak Sağlık Merkezine Başvuran Kırk Yaşın Altındaki Kadınlarda Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi. Androloji Bülteni, (25):177–180.
4. Faith MS, Scale ML (1993); The role of body image in sexually avoidant behavior. Archives of Sexual Behavior; Arch Sex Behav. 1993 Aug;22(4):345-56.
5. Thakar R, Manyonda I, Stanton SL, Clarkson P, Robinson G. Bladder, bowel and sexual function after hysterectomy for benign conditions. Br J Obstet Gynaecol. 1997 Sep;104(9):983-7.
6. Dennerstein L., Wood G., Burrows GD.; Sexual dysfunction following hysterectomy, Aust Fam Physician. 1977 May;6(5):535-43.
7. Thakar R. ; Is the Uterus a Sexual Organ?: Sexual Function Following Hysterectomy, Sex Med Rev. 2015 Oct;3(4):264-278.
8. Thakar R, Ayers S, Georgakapolou A, Clarkson P, Stanton S,Manyonda I.; Hysterectomy improves quality of life and decreases psychiatric symptoms: A prospective and randomised comparison of total vs. subtotal hysterectomy. BJOG. 2004 Oct;111(10):1115-20.
9. Bernhard LA.; Consequences of hysterectomy in the lives of women.; Health Care Women Int. 1992 Jul-Sep;13(3):281-91.
10. Carlson KJ, Miller BA, Fowler FJ Jr.; The Maine Women's Health Study: I. Outcomes of hysterectomy.; Obstet Gynecol. 1994 Apr;83(4):556-65.
11. Farquhar C, Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States 1990–1997.; Obstet Gynecol. 2002 Feb;99(2):229-34.
12. Whiteman MK, Hillis SD, Jamieson DJ, et al. Inpatient hysterectomy surveillance in the United States; Am J Obstet Gynecol. 2008 Jan;198(1):34.e1-7.
13. Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW, Guzinski GM; Hysterectomy and sexual functioning; JAMA. 1999 Nov 24;282(20):1934-41.

14. Cheong Y, Cameron IT, Critchley HOD: Abnormal uterine bleeding; Br Med Bull. 2017 Sep 1;123(1):103-114.

15. Weinberger JM, Houman J, Caron AT, Anger J.; Female Sexual Dysfunction: A Systematic Review of Outcomes Across Various Treatment Modalities.; Sex Med Rev. 2018 Feb 3. pii: S2050-0521(18)30001-5.

16. DavisR,UngerJB.; Ovarian cancer in women with prior hysterectomy.; J La State Med Soc. 2003 Mar-Apr;155(2):113-5.

17. Meijer WJ, van Lindert AC.; Prophylactic oophorectomy.; Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1992 Oct 23;47(1):59-65.

18. Haber D. Prophylactic oophorectomy to reduce the risk of ovarian and breast cancer in carriers of BRCA mutations.; N Engl J Med. 2002 May 23;346(21):1660-2.

19. ACOG Committee Opinion No. 620: Salpingectomy for ovarian cancer prevention. American College of Obstetricians and Gynecologists [published erratum appears in Obstet Gynecol 2016;127:405]. Obstet Gynecol 2015;125:279–81.

20. Lonnée-Hoffmann R, Pinas I.; Effects of Hysterectomy on Sexual Function; Curr Sex Health Rep. 2014;6(4):244-251.

21. Bozdemir N., Özcan S.; Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. Turkısh Journal Of Famıly Medıcıne And Prımary Care 2011; 5(4): 37–46.

22. Oksuz E., Malhan S.; Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women.; The Journal of Urology 2006; 175: 654–658.

23. Çayan S, Akay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E.; The prevelance of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women; Urologia International. 2004;72:52-57.

24. Laumann EO, Paik A, Rosen RC.; Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors; JAMA. 1999 Feb 10;281(6):537-44.

25. Srivastava R, Thakar R, Sultan A.; Female sexual dysfunction in obstetrics and gynecology.; Obstet Gynecol Surv. 2008 Aug; 63(8):527-37.

26. Traish AM, Botchevar E, Kim NN.; Female sexual genital arousal: biochemical mediators and potential mechanisms of dysfunction. J Sex Med. 2010 Sep;7(9):2925-46.

27. Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L.; What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction?; J Sex Med. 2006 Jul;3(4):589-95.

28. Berman JR & Bassuk J Physiology and pathophysiology of female sexual function and dysfunction.; World J Urol. 2002 Jun;20(2):111-8.

29. Farrell Am E.; Genitourinary syndrome of menopause.; Aust Fam Physician. 2017;46(7):481-484.

30. Maas C.P., Weijenborg PT, ter Kuile MM. ; The effect of hysterectomy on sexual functioning; Annual Review of Sexual Research,2003; 14 83-113.

31. Danesh M., Hamzehgardeshi Z., Moosazadeh M., Shabani-Astrami F.; The Effect of Histerectomy on Women's Sexual Function: a Narrative Rewiew; 2015 Dec; 69(6):387-92

32. Kim K.H., Lee K.A.; Symptom Experience in Women After Hysterectomy; J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.; 2001 Sep-Oct;30(5):472-80.

33. Yaman Ş, Ayaz S; The effect of education given before surgery on self-esteem and body image in women undergoing hysterectomy; Turk J Obstet Gynecol. 2015 Dec;12(4):211-214.

34. Basson, R., Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, Graziottin A, Heiman JR, Laan E, Meston C, Schover L, van Lankveld J, Schultz WW; Revised definitions of women's sexual dysfunction; J Sex Med. 2004 Jul;1(1):40-8.

35. Rust J., Golombok S.; The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction; Archives of Sexual Behavior April 1986, Volume 15, Issue 2, pp 157–165.

36. Rust J, Golombok S, Collier J. Marital problems and sexual dysfunction: How are they related? Br J Psychiatry. 1988 May;152:629-31.

37. Tuğrul, C., Öztan, N., & Kabakçı, E.; Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin standardizasyon çalışması; Turk Psikiyatri Derg, 4(2),83-88.

38. Secord, P. F., Jourard, S. M.; The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. Journal of Consulting Psychology, 17(5), 343-347.

39. Pruzinsky T.; Enhancing Quality of Life in Medical Populations: A Vision For Body Image Assesment And Rehabilitation As Standarts Of Care.; Body Image. 2004 Jan;1(1):71-81.

40. Hovardaoğlu S, Özdemir YD: Vücut Algısı Ölçeği nin güvenirlik ve geçerlik çalışması/Şizofrenik ve major depresif hastaların beden imgelerinden doyum düzeyleri. Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1990.

41. Flory N., F. Bissonnette, Binik Y.N.; Psychosocial effects of hysterectomy: literature review. J Psychosom Res. 2005 Sep;59(3):117-29.

42. Miao YL1, Zhou R, Wang JL.; Survey of long term female pelvic floor function and sexual life status after total hysterectomy; Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2012 Jul;47(7):496-9.

43. Punushapai U1, Khampitak K.; Sexuality after total abdominal hysterectomy in Srinagarind Hospital.; J Med Assoc Thai. 2006 Oct;89 Suppl 4:S112-7.

44. Lonnée-Hoffmann RA, Schei B, Eriksson Sexual experience of partners after hysterectomy, comparing subtotal with total abdominal hysterectomy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(11):1389-94.

45. Kjerulff KH, Langenberg PW, Rhodes JC, Harvey LA, Guzinski GM, Stolley PD.; Effectiveness of hysterectomy; Obstet Gynecol. 2000 Mar;95(3):319-26.

46. Weber AM., WaltersMD., Schover LR., Church JM., Piednmonte MR.; Functional outcomes and satisfaction after abdominal hysterectomy. 1999 Sep; 181(3):530-5.

47. Danesh M., Hamzehgardeshi Z., Moosazadeh M., Shabani-Astrami F.; The Effect of Histerectomy on Women's Sexual Function: a Narrative Rewiew, 2015 Dec; 69(6):387-92.

48. Lee JH, Choi JS, Hong JH, Joo KJ, Kim BY.; Does conventional or single port laparoscopically assisted vaginal hysterectomy affect female sexual function; Acta Obstet Gynecol Scand. 2011;90:1410–1415.

49. Roovers JP, van der Bom JG, van der Vaart CH, Heintz AP.; Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy; BMJ. 2003 Oct 4;327(7418):774-8.

50. Radosa JC, Meyberg-Solomayer G, Kastl C, Radosa CG, Mavrova R, Gräber S, Baum S, Radosa MP.; Influences of different hysterectomy techniques on patients' postoperative sexual function and quality of life; J Sex Med. 2014;11:2342–2350.

51. Kürek Eken M, İlhan G, Temizkan O, Çelik EE, Herkiloğlu D, Karateke A.; The impact of abdominal and laparoscopic hysterectomies on women's sexuality and psychological; Turk J Obstet Gynecol. 2016 Dec;13(4):196-202.

52. Kayataş S, Özkaya E, Api M, Çıkman S, Gürbüz A, Eser A; Comparison of libido, Female Sexual Function Index, and Arizona scores in women who underwent laparoscopic or conventional abdominal hysterectomy; Turk J Obstet Gynecol. 2017 Jun; 14(2): 128–132. Published online 2017 Jun 15.

53. Ercan Ö., Özer A., Köstü B., Bakacak M., Kıran G., Avcı F.; Comparison of Postoperative vaginal length and sexual function after abdominal, vaginal and laparoscopic hysterectomy.; 2016 Jan;132(1):39-41.

54. Yang D., Yu C.;The effect of hysterectomy on sexual behavior in women; 1999 Jun;79 (6):441-2

55. Nathorst-Boos J, von Schoultz B.; Psychological reactions and sexual life after hysterectomy with and without oophorectomy.; Gynecol Obstet Invest 1992;34:97–101.

56. Vermeulen RFM, Beurden MV, Korse CM, Kenter GG, ; Impact of risk-reducing salpingo-oophorectomy in premenopausal women.; Climacteric. 2017 Jun;20(3):212-221.

57. Kuscu NK, Oruc S, Ceylan E, Eskicioglu F, Goker A, Caglar H.; Sexual life following total abdominal hysterectomy.; Arch Gynecol Obstet. 2005 Mar;271(3):218-21.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığını sorar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (adet günleri, hastalık gibi nedenler dışında)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sizce, sizin ve eşinizin önsevişmeye (öpme, okşama gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Eşinizle sevişmekten kaçınırmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşabilir mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alırmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkâr bulur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
12. Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan rahatsız olur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
13. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, rahatsız olur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
14. Sizin için doyuma (orgazma) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?	☐	☐	☐	☐	☐
15. Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
16. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığızı söyleyebilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
17. Eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?	☐	☐	☐	☐	☐
18. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
19. Eşinizin cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
20. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
21. Önsevişme sırasında eşiniz bızırınızı (klitoris) uyardığında doyuma (orgazm) ulaşabilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
22. Sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?	☐	☐	☐	☐	☐
23. Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
24. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	☐	☐	☐	☐	☐
25. Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
26. Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
27. Cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐

Erkek Formu

Aşağıda cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her soru için "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen", "çoğu zaman". "her zaman" şeklinde beş cevap şıkkı yer almaktadır. Sizden istenen kendi cinsel yaşamınızı göz önüne alarak soruları cevaplandırmanızdır.

Cevaplandırırken:

1. Her soruyu dikkatle okuyunuz.
2. Sorulan durumun **son zamanlarda** ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.
3. Söz konusu durumun ne kadar sıklıkta ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin altındaki parantezin içine [X] işareti koyarak cevabınızı belirtiniz.
4. Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Lütfen soruları içtenlikle ve dürüstçe cevaplandırmaya özen gösteriniz. Cevaplandırırken, başkalarının görüşlerini dikkate almadan, sadece kendi görüşünüzü belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Cinsel yönden kolay uyarılır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Cinsel ilişki sırasında boşalmak için henüz erken olduğunu düşünürseniz, boşalmayı geciktirebilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Eşinizle olan cinsel yaşamınızı tekdüze (monoton) buluyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan rahatsız olur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, tedirgin ve endişeli olur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Cinsel organınızın, eşinizin cinsel organına girmesinden zevk alır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığını sorarmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
10. İlişki sırasında cinsel organınızın sertleşmediği olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
12. Eşinizin, cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
13. Cinsel birleşme sırasında erken boşalmayı engelleyebilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
14. Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
15. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar buluyor musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
16. Önsevişme (öpme, okşama gibi) sırasında cinsel organınızın sertleştiği olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
17. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (hastalık gibi nedenler dışında)	☐	☐	☐	☐	☐
18. Eşinizle karşılıklı mastürbasyon yapmaktan (kendinizi tatmin etmekten) zevk alır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
19. Eşinizle sevişmek istediğinizde, ilişkiyi siz başlatır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
20. Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
21. İstediğiniz kadar sık cinsel ilişkide bulunur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
22. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
23. Cinsel birleşme sırasında, cinsel organınızın sertliğini kaybettiği olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
24. Cinsel organınız, eşinizin cinsel organına girer girmez istemeden boşaldığınız olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
25. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alırmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
26. Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyarmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
27. Cinsel organınız eşinizin cinsel organına girmek üzereyken, istemeden boşaldığınız olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐

Beden Algısı Ölçeği

Aşağıda çeşitli vücut özellikleri ve beğenip beğenmeme ifadeleri bulunmaktadır. Yapmanız gereken, bir vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı bu ifadelere göre değerlendirmektir. Örneğin bir vücut özelliğinizi çok beğeniyorsanız, bu özellik için "çok beğeniyorum" ifadesinin bulunduğu kutuya "X" işareti koyunuz. Herhangi bir vücut özelliğinizi genel olarak beğenip beğenmediğinize göre duygularınızı değerlendiriniz.

	Çok Beğeniyorum	Oldukça Beğeniyorum	Kararsızım	Pek Beğenmiyorum	Hiç Beğenmiyorum
1.Saçlarım					
2.Yüzümün Rengi					
3.iştahım					
4.Ellerim					
5.Vücudumdaki Kıl Dağılımı					
6.Burnum					
7.Fiziksel Gücüm					
8.idrar-Dışkı Düzenim					
9.Kas Kuvvetim					
10. Belim					
11.Enerji Düzeyim					
12.Sırtım					
13.Kulaklarım					
14.Yaşım					

15.Çenem					
16.Vücut Yapım					
17.Profilim					
18.Boyum					
19.Duyularımın Keskinliği					
20.Ağrıya Dayanıklılığım					
21.Omuzlarımın Genişliği					
22.Kollarım					
23.Göğüslerim					
24.Gözlerimin şekli					
25.Sindirim Sistemim					
26.Kalçalarım					
27.Hastalığa Direncim					
28.Bacaklarım					
29.Dişlerimin şekli					
30.Cinsel Gücüm					
31.Ayaklarım					
32.Uyku Düzenim					
33.Sesim					

34.Sağlığım					
35.Cinsel Faaliyetlerim					
36.Dizlerim					
37.Vücudumun Duruş şekli					
38.Yüzümün şekli					
39. Kilom					
40. Cinsel Organlarım					

ÖZGEÇMİŞ

Unvanı,Adı Soyadı: Asist. Dr. Yelda ZİNDAR

Doğum Tarihi / Doğum Yeri: 27.05.1987 / Cidde-Suudi Arabistan

Medeni Durumu: Evli

Uyruğu: T.C.

Yabancı Dil: İngilizce

Bölümü: Kadın Hastalıkları ve Doğum

E-mail: yeldazindar@gmail.com

Uzmanlık Eğitimi:

İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2013-2018)

Tıp Fakültesi Eğitimi:

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Eğitimi:

Cağaloğlu Anadolu Lisesi

60. Yıl Ataköy İlköğretim Okulu

Özel Fatih İlköğretim Okulu

Özel Gürsoy İlköğretim Okulu

Hamdullah Suphi Tanrıöver İlköğretim Okulu

Çalıştığı Kurumlar:

Sağlık Bakanlığı – İzmit Karamürsel Devlet Hastanesi (2012-2013)

Üye Olduğu Mesleki Dernek ve Kuruluşları:

Türk Tabipler Odası Birliği

Yayınlar:

Aslan Cetin B, Aydogan Mathyk B, Barut S, Zindar Y, Seckin KD, Kadirogullari P. : Omission of a Bladder Flap during Cesarean Birth in Primiparous Women. Gynecol Obstet Invest. 2017 Sep 29. doi: 10.1159/000481283.