

Histerektomi sonrası psikososyal uyum

Arş. Gör. Güliz Onat Bayram

İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksek Okulu

GİRİŞ

Histerektomi, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) sezaryenden sonra, ikinci en sık uygulanan major cerrahi operasyondur (1). ABD'de yılda yaklaşık 650.000 histerektomi yapılmaktadır. İngiltere'de ise her hafta 1000'in üzerinde histerektomi yapılmaktadır (2). Türkiye genelinde yapılan toplam histerektomi sayısı ile ilgili bilgiye ulaşamamıştır. Ancak histerektominin en çok yapıldığı düşünülen hastanelerden biri olan İstanbul Üniversitesi İ-

stanbul 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 tehdit eder. Tüm büyük cerrahi operasyonlar vücut imajının farklılaşmasına neden olabilir. Fakat histerektomi, kadının beden imgesini ve dişilik hissini algılayışını değiştirebilir (3,4).

Tablo 1: Histerektomi Sonrası Psikoseksüel Uyumun Değerlendirildiği Çalışmaların Özetleri

Araştırmacı	Yöntem	Ölçme Aracı	Sonuç
Eti (1988)	N: 22 vaka, 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), cinsel ilgide azalma (%10.4'ten, %6.2'ye)
Bayram (2008)	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
Dragisic&Milad (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 vajinal sekresyonda azalma, %25 koitus sıklığı ve orgasm şiddetinde değişiklik
Jeng ve ark (2005)	n:78, Vajinal 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, 217yalnızca 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

Histerektominin cinsel fonksiyonlar üzerine ne derece etkili olduğu açık ve net değildir. Histerektomi olmuş kadınlar arasında cinsel disfonksiyon prevalansı, metodolojik faktörlere bağlı olarak farklılık gösterir (5). Kadınların histerektomiden sonra %10-46'sının cinsel disfonksiyon deneyimledikleri bildirilmiştir (6). 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 (7). Rhodes ve ark. (1999), Dragisic ve Milad (2004), Bayram (2008), Jeng ve ark (2005) ve Aziz ve ark.nın (2005) 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 sonuçla-

rı 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 (2008)'in dışındaki araştırmacılar, psikoseksüel durumun değerlendirilmesinde kendilerinin hazırlamış olduğu soru formlarını kullanmışlardır. Objektif tanı metodlarının 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 tanılamada kullanılmaktadır (15-18). Tablo 2'de cinsel fonksiyonların değerlendirilmesinde Female Sexual Function Index, McCoy's Sex Questionnaire, 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 (15-18). His-

Tablo 2: Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesinde Kullanılabilecek Ölçekler

İsim	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, orgazm, lubrikasyon	30 Likert	Sperman-Brown split half reliability = 0.80
Watt's Sexual Function Questionnaire (Watts 1982)	Uyarılma, plato, orgazm, 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, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, 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, orgazm, disparoni, vajinal boyut, partnerin cinsel problemleri, cinsel aktivite,cinsel doyum ve beden imajı	20 madde	Alpha = 0.76-0.83

terektomi sonrası psikoseksüel uyumun değerlendirildiği kantitatif araştırmalarda kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmış olması göz önüne alınması gereken önemli bir faktördür.

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 (2). Operasyon öncesi cinsel fonksiyonların değerlendirildiği ve operasyon sonrası fonksiyonlarla karşılaştırıldığı çalışmalar, histerektominin cinsel fonksiyonlar üzerine etkisini belirleme de oldukça değerli olan çalışmalardır. Fakat operasyon öncesindeki cinsel fonksiyonların mevcut durumu; histerektominin cinsel fonksiyonlar üzerindeki etkisini açıklamada tek başına yeterli değildir. Çünkü cinsellik; kullanılan ilaçlar, kronik hastalıklar, hormonlar, eşler arasındaki ilişki düzeyi, toplumsal normlar gibi pek çok faktör tarafından biçimlendirilen oldukça kompleks bir kavramdır (1,2,19). Tüm bu dış etkenleri kontrol altına almak ise metodolojik açıdan imkansızdır.

Rhodes'in çalışmasında histerektomiden 6, 12, 18, 24 ay sonra cinsel fonksiyonların bir önceki zaman dilimindeki değerlendirmeye göre giderek iyileştiği bildirilmektedir (8). Bu araştırma bulgusu, histerektominin üzerinden zaman geçtikçe cinsel fonksiyonlarda da iyileşmeler olduğunu, dolayısıyla cinsel fonksiyonların operasyondan sonraki değerlendirilme zamanının çalışma bulguları arasındaki farklı sonuçları açıklamada en önemli metodolojik faktör olduğunu düşündürmektedir. 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 (7). Histerektomi sonrası psikoseksüel değerlendirmelerin, operasyondan sonraki 3. ayda yapıldığı Bayram (2008) ve Yeoum (2005)'in çalışmalarında, bu dönemde histerektomi sonrası cinsel fonksiyonların olumsuz etkilendiği görülmektedir.

Cinsellik tanım olarak; cinsel doyum ve iki insanın uyum içersinde beraberliklerini kapsayan bir kavram olduğundan kadın, erkekten ayrı düşünülemez (19,21). Histerektomi sonrası psikoseksüel uyumun değerlendirildiği

Tablo 1'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, vajina boyunda kısalma, vajinal duvarda incelme, vajinal duvar elastikiyetinde azalma, labia majorlerde küçülme, labia minörlerde incelme, klitoral hassasiyette azalma, klitoriste küçülme, perineal kas tonüsünde azalma ve daha ince orgazmik platform görülür (19,21). Bu dönemin cinsel fizyoloji üzerindeki etkileri, cinsel heyecanlanma fazı ve lubrikasyon için daha uzun zamanın gerekmesi, daha az vajinal lubrikasyon oluşması ve daha seyrek orgazm deneyimlenmesi şeklinde bildirilmektedir (22). Histerektominin, genellikle klimakteriyum döneminde yapıyor olması, cinsel fonksiyonların histerektomiden değil de yukarıda sayılan ve bu dönemde yaşanan olumsuz durumlardan etkilenmesi ile karıştırılabilmektedir (7).

2- Hormonlar (hormon tedavisi, ooferektomi vs.): Histerektomi ile eş zamanlı yapılan ooferektomi; over fonksiyonunun durmasına, kadının vajinal kuruluk ve dispareni yaşamasına neden olur. Operasyon sonrası verilen hormon takviyesi de psikoseksüel uyumda önemli belirleyicilerdendir (1,7,16).

3- Histerektominin Tipi: Histerektominin total veya subtotal yapılması, abdominal, vajinal veya laporoskopi gibi kullanılan cerrahi teknikler operasyon sonrası psikoseksüel uyumu etkileyen faktörlerdendir (1,7,16).

4- Kültür: Bazı etnik gruplar histerektomiye 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 (1,2).

5- Cinsel Eşe Ait Nedenler: Kadının cinsel eşinin yaşı, ereksiyon gücü, erken ejakülasyon, kronik hastalıkları ve kullanılan ilaçlar histerektomi sonrası psikoseksüel uyumu etkileyebilecek faktörlerdendir (1,2,7,22-24).

6- Kadının Uterusa Yüklendiği Anlam: Kadınlar uterusu, çocuk yapım organı, cinsel organ, salgı organı, vücut işlev düzenleyicisi, gençlik ve çekicilik organı şeklinde

görmektedirler (7,23,25). Eti (1988)'nin çalışmasında, histerektomi operasyonu olan 42 kadının %61.9'unun uterusu en önemli kadınlık organı olarak gördükleri belirlenmiştir. Aynı çalışmada kadınların %33.3'ünün histerektomi sonrası cinsel yaşamlarının etkilenebileceği endişesi taşıdıkları ve yaklaşık %12'sinin cinsel aktiviteyi bıraktığı gözlenmiştir (13).

7- Histerektominin Yapılış Nedeniyle İlişkili 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 (24,26). 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 (2).

8- Kadının Operasyona Yönelik Psikolojik Tepkileri: Literatürde, histerektomi sonrası gelişen psikolojik tepkiler ile kadının bu organı ve müdahaleyi algılayış biçimi arasında ilişki bulunduğu bildirilmektedir (1,2).

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 artırıcı, 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 (2). Bayram (2008)'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 (10).

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 (2). Birçok kadında cinsel arzuların, çekiciliğin, haz alma yetisinin azalacağı ve eşlerinin bağlılıklarına yönelik endişeler gelişir. Bu tepkilerin gelişmesinde yakınların, cinsel eşin tutumları da önemlidir (2,23).

Histerektomi Sonrası Gelişen Psikolojik ve Biyofiziksel Sağlık Sorunları

Histerektomi sonrası kadınların büyük çoğunluğunda depresyon, yorgunluk, anksiyete gibi psikolojik rahatsızlıkların yanı sıra üriner inkonstans, konstipasyon, premenstrüel over yetmezliği ve cinsel fonksiyon bozukluğunu da kapsayan yeni semptomların gelişebileceği bildirilmiştir (1,2,6,16,27). 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 (26).

Kadınlığa ilişkin endişeleri olanlarda ameliyat sonrası psikososyal uyum daha güçtür (4,23). 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 (3).

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 (28).

Depresyon: Histerektomi sonrası en sık görülen psikiyatrik tablo depresyondur. Depresyonun başlıca sebebi; histerektominin “üreme fonksiyonunun kaybı” olarak düşünüülmesi ve histerektomi sonrasında gelişen infertilitedir. Histerektomi sonrası cinsel ilginin azalması, cinsel kimlik kaybı, beden imajının değişmesi gibi durumlar genellikle depresyonun gelişmesine neden olur (1-4, 7,27). 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 (23). 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 (2,16,24). Histerektomi sonrası kadınların 1/3'ünde subjektif olarak orgazm şiddeti ve orgazmdan doyum değişebilmektedir. Bu durum, uterus kontraksiyonunun eksikliği nedeniyle olabilmektedir. Uterus kontraksiyonları, hem cinsel uyarı hem de orgazm ile ilişkili oldu-

ğundan, uterusun yokluğu cinsel fonksiyonu etkileyebilmektedir. Fakat cinsel ilişkiden alınan doyumunu bütünsel olarak etkilemez (2).

Sonuç ve öneriler

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 sonrasındaki 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 vaka-kontrol çalışmaları yapmaları önerilmektedir.

Kaynaklar:

1. Berek JS, Adashi EY, Hillard PA.; Novak Jinekoloji, 12.ed. Çeviri Ed: A Erk, Maryland, Williams & Wilkins, 1998; 2304-2589.
2. Youngkin EQ, Davis MS.; Women's Health a Primary Care Clinical Guide, New Jersey, 3.ed, Pearson Education Limited, 2004; 102-105.
3. Yıldırım G, Oskay ÜY. Histerektomi sonrası kadının cinsel yaşama uyumu; İÜFNHYO Hemşirelik Dergisi 2003; 13(50):115-123.
4. Taşkın L.; Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2003; 665-674.
5. Meston CM, Bradford A. Leading comment: A brief review of the factors influencing sexuality after hysterectomy; Sexual and Relationship Therapy 2004;19(1):1468-1479.
6. Claire EL, Nolan LB. Women's decision making regarding hysterectomy; JOGNN 2001;30:607-616.
7. Flory N, Bissonnette F, Binik YM. Psychosocial effects of hysterectomy Literature review; Journal of Psychosomatic Research 2005;59:117-129.
8. Rhodes JC, Kjerilff KH. Hysterectomy and sexual functions; JAMA 1999;282:1934-1941.
9. Dragisic KG, Milad MP. Sexual functioning and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy; American Journal of Obstetrics and Gynecology 2004;190,1416-1418.
10. Bayram GO, Şahin NH. Hysterectomy's Psychosexual Effects in Turkish Women, Sexuality and Disability 2008;26(3):149-158.
11. Jeng CJ, Yang YC, Tzeng CR. et al. Sexual functioning after vaginal hysterectomy or transvaginal sacrospinous uterine suspension for uterine prolapse: a comparison; J Reprod Med 2005;50(9):669-674.
12. Aziz A, Bergquist C, Nordholm L. et al. Prophylactic oophorectomy at elective hysterectomy Effects on psychological well-being at 1-year follow-up and its correlations to sexuality; The European Menopause Journal 2005;39(5):217-224.
13. Eti F. Histerektomi ameliyatının kadında yaratacağı depresyonun incelenmesi ve bunun giderilmesinde hemşirenin etkinliği, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1988.
14. Kuppermann M, Summitt RL Jr, Varner RE. et al. Sexual functioning after total compared with supracervical hysterectomy: a randomized trial; Obster Gynecol. 2005;105(6):1309-1318.
15. Alıcı B.Değerlendirme ve tanı. In: Kadioğlu ve ark (Ed). Kadın Seksüel Fonksiyonu ve Disfonksiyonu Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı; İstanbul: GSF Reklam ve İletişim Hizmetleri Ltd. Şti., 2004;631-633.

16. Meston CM, Bradford A. Leading comment: A brief review of the factors influencing sexuality after hysterectomy; *Sexual and Relationship Therapy* 2004;19(1):1468-1479.
17. Hakim SL. Female Sexual Dysfunction: Current Management. In: Ghontem G at all (Ed). London: Practical Guide to Female Pelvic Medicine, 2006;205-215.
18. Küçük L (2003). Cinsel Disfonksiyonda Psikiyatrik Değerlendirme. 2.Uluslararası-9.Ulusal Hemşirelik Kongresi, Kadın Erkek Cinsel Sağlık Kursu Kitabı, İstanbul: Androloji Derneği, 124-131.
19. Masters WH, Johnson V.; *Human Sexual Response*, Boston, Little Brown Company, 1966; 652-782.
20. Yeoum SG, Park CS. Adjustment after hysterectomy; *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2005;35(6):1174-1182.
21. Aydın H (1997). Cinsellik ve cinsel işlev bozuklukları. In: Köroğlu E, Güleç C (ed). *Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 2*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 605-614.
22. Mooradian AD, Greiff V. Sexuality in older women; *Arch Intern Med* 1990;150:1033-1038.
23. Özkan S.; *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi*, İstanbul, Roche Müstahzarları Sanayii AŞ, 1993; 213-214.
24. 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.
25. Roovers JWR, Vd Bom JG, Vd Vaart CH. Hysterectomy and sexual well being: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy and total abdominal hysterectomy; *British Medical Journal* 2003;327:774-778.
26. Katz A. Sexuality after hysterectomy; *JOGNN* 2002;31;256-262.
27. Kantar B, Sevil Ü. Histerektomi ameliyatı olmuş kadınlarda depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi; *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 2004;18(1):17-24.
28. Sungur M (1997). Cinsel işlev bozuklukları. In: Köroğlu E, Güleç C (ed). *Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 2*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 615-625.
29. Kadında Cinsel Aktivite ve Cinsel İşlev Bozuklukları, İstanbul Tıp Fakültesi Androloji Bilim Dalı Yayınları 2.
30. Meston CM. The effects of hysterectomy on sexual arousal in women with a history of benign uterine fibroids; *Archives of Sexual Behavior* 2004;33(1);31-42.
31. Ayoubi JM, Fanchin R, Monrozies X. et al. Respective consequences of abdominal, vaginal, and laparoscopic hysterectomies on women's sexuality; *European Journal of Obstetrics&Gynecology and Reproductive Biology* 2003;111:179-182.
32. Waterhouse J, Metclafe M. Development of the sexual adjustment questionnaire; *Oncology Nursing Forum* 1986;13:53-59.
33. Wilmoth M. Development and psychometric testing of the sexual behaviors questionnaire; *Dissertation Abstract International* 1993;54:6137-6138.
34. Bransfield D, Horiot J, Nabid A. Development of a scale for assessing sexual function after treatment for gynecologic cancer; *Journal of Psychosocial Oncology* 1984;2:3-19.
35. Watts R. Sexual functioning, health belief and compliance with high blood pressure medications; *Nursing Research* 1982;31:278-283.
36. Degoratis L, Melisaratos N. The DFSI: a multidimensional measure of the sexual functioning; *Journal of Sex and Marital Therapy* 1979;5:244-281.
37. Thirleway K, Fallowfield L, Cuzick J. The sexual activity questionnaire: a measure of women's sexual functioning; *Quality of Life Research* 1996;5:81-90.
38. Rust J, Golombok S. The Golombok-Rust inventory of sexual satisfaction (GRISS); *British Journal of Clinical Psychology* 1985;24:63-64.
39. Rosen R, Brown C, Heiman J. et al. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function; *Journal of Sex&Marital Therapy* 2000; 26(2):191-208.
40. Sanchez F, Perez Conchillo M, Borrás Valls JJ et al. [Design and validation of the questionnaire on Women's Sexual Function (WSF)]; *Aten Primaria* 2004;15:286-292.
41. Jensen PT, Klee MC, Thranov I. et al. Validation of a questionnaire for self-assessment of sexual function and vaginal changes after gynaecological cancer; *Psychooncology* 2004;13(8):577-92.