T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS
TEZİ

HİSTEREKTOMİ GEÇİREN KADINLARA YÖNELİK GELİŞTİRİLEN HEMŞİRELİK DESTEK PROGRAMININ ETKİNLİĞİ

KÜBRA YILMAZ

DANIŞMAN
PROF. DR. ERGÜL ASLAN

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

İSTANBUL-2019

TEZ ONAYI

Bu çalışma 28.06.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Ergül Aslan
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Nevin Hotun Şahin
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Dr.Öğr.Üyesi Melike Dişsiz
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Kübra Yılmaz



İTHAF

Ailem'e ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Bu zorlu süreçte gelişimime büyük katkı sağlayan, uzak olsam dahi her daim varlığını ve desteğini hissettiğim çok kıymetli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Ergül Aslan'a

Bilgi ve tecrübeleriyle tezime önemli katkılarda bulunan değerli jüri üyelerim Prof. Dr. Nevin Hotun Şahin'e ve Dr. Öğretim Üyesi Melike Dişsiz'e

Yüksek lisans eğitimim boyunca gelişimime katkı sağlayan Prof. Dr. Nevin Hotun Şahin'e, Prof. Dr. Ümran Oskay'a, ve Doç Dr. İlkay Güngör'e

Varlığıyla ve sevgisiyle bana güç veren, en büyük motivasyon kaynağım, destekçim, biricik eşim Coşkun Yılmaz'a

Hayatıma anlam katan, güzel günlerimin mimarı canım annem, babam ve kardeşlerime sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Kübra Yılmaz

İstanbul-2019

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİİ
ÖZET ..... Xİİİ
ABSTRACT ..... XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Histerektomi ve Tarihçesi 4
2.2. Histerektomi Endikasyonları 5
2.3. Histerektomide Cerrahi Teknikler 6
2.3.1. Abdominal Histerektomi 6
2.3.2. Vajinal Histerektomi 6
2.3.3. Laparoskopik Histerektomi 7
2.4. Histerektomi Tipleri 7
2.5. Histerektomi Komplikasyonları 9
2.6. Histerektomi ve Yaşam Kalitesi 9
2.7. Histerektomi ve Ruh Sağlığı 11
2.8. Histerektomi ve Cinsellik 13
2.9. Histerektomi ve Hemşirelik Bakımı 15
2.9.1 Preoperatif Dönemde Hemşirelik Bakımı 17
2.9.2. Postoperatif Dönemde Hemşirelik Bakımı 19
2.9.3 Histerektomi Sonrası Taburculuk Eğitimi 21
3. GEREÇ VE YÖNTEM 24
3.1. Araştırmanın Amacı 24
3.2. Araştırmanın Hipotezleri 24
3.3. Araştırmanın Türü 24

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer……...24
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklem Seçimi…….25
3.5.1. Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri…….. 26
3.5.2. Örnekleme Dahil Edilmeme Kriterleri……...26
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Veri Toplama Araçları……..... 27
3.6.1. Hasta Eğitim Kitapçığı İçeriği ve Kullanımı……..28
3.6.2. Sosyodemografik Veri Formu……31
3.6.3 Postoperatif Veri Formu…….....31
3.6.4. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)……31
3.6.5. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) …….....31
3.6.6. Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS)……...32
3.6.7. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği ……33
3.7. İstatistiksel Analiz…….……33
3.8. Araştırmanın Etik Yönü …….....34
3.9. Araştırmanın Güçlü Ve Sınırlı Yönleri……..34
3.9.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri…….....34
3.9.2. Araştırmanın Sınırlı Yönleri…….....34
4. BULGULAR……35
4.1. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular……36
4.2. Kadınların Geçirdiği Operasyona İlişkin Bulgular……...38
4.3. Kadınların Postoperatif Semptomlarına İlişkin Bulgular ……...40
4.4. Kadınların Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular ……...44
4.5. Kadınların Yapılan Görüşmelere Göre Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular ……..48
4.6. Kadınların Geçirdiği Ameliyat Türüne Göre, Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular ……52
4.7. Kadınların Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalası Kesme Puanına Göre, Diğer Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular……....56
5. TARTIŞMA 61
5.1. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması……62
5.2. Kadınların Geçirdiği Operasyona İlişkin Bulguların Tartışılması……...64
5.3. Kadınların Postoperatif Semptomlarina İlişkin Bulguların Tartışılması…….65

5.4. Kadınların Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulguların Tartışılması……..71
5.5.Kadınların Yapılan Görüşmelere Göre Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulguların Tartışılması……....76
5.6. Kadınların Geçirdiği Ameliyat Türüne Göre, Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulguların Tartışılması……....80
5.7. Kadınlarin Epidemiyolojik Araştirmalar ve Merkezi Depresyon Skalası Kesme Puanına Göre, Diğer Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması……84
6. SONUÇ VE ÖNERİLER…….86
KAYNAKLAR .....……93
FORMLAR ……..109
ETİK KURUL KARARI 173
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....176
ÖZGEÇMİŞ 177

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1: Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Veriler

Tablo 4-2: Kadınların Geçirdiği Operasyona İlişkin Veriler

Tablo 4-3: Kadınların Postoperatif 6-7. Günde Yaşadığı Semptomlara İlişkin Veriler

Tablo 4-4: Kadınların Postoperatif 2. Ayda Yaşadığı Semptomlara İlişkin Veriler

Tablo 4-5: Kadınların Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Deney ve Kontrol Gruplarında Karşılaştırılması

Tablo 4-6: Kadınların Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi'nden Aldıkları Puanların Deney ve Kontrol Gruplarında Karşılaştırılması

Tablo 4-7: Kadınların Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalası'ndan Aldıkları Puanların Deney ve Kontrol Gruplarında Karşılaştırılması

Tablo 4-8: Kadınların SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Deney ve Kontrol Gruplarında Karşılaştırılması

Tablo 4-9: Görüşmelere Göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması

Tablo 4-10: Görüşmelere Göre Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması

Tablo 4-11: Görüşmelere Göre Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalası'ndan Alınan Puanların Karşılaştırılması

Tablo 4-12: Görüşmelere Göre SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden Alınan Puanların Karşılaştırılması

Tablo 4-13: Kadınların Geçirmiş Olduğu Ameliyat Türüne Göre Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği Puanları

Tablo 4-14: Kadınların Geçirmiş Olduğu Ameliyat Türüne Göre Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanları

Tablo 4-15: Kadınların Geçirmiş Olduğu Ameliyat Türüne Göre Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalası Puanları

Tablo 4-16: Kadınların Geçirmiş Olduğu Ameliyat Türüne Göre SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları

Tablo 4-17: Kadınların 1. Görüşmede Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalasından Aldıkları Puanların 1. Görüşmede Uygulanan Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Karşılaştırılması

Tablo 4-18: Kadınların 2. Görüşmede Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalasından Aldıkları Puanların, 2. Görüşmede Uygulanan Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği ve SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Karşılaştırılması

Tablo 4-19: Kadınların 3. Görüşmede Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalasından Aldıkları Puanların, 3. Görüşmede Uygulanan Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Karşılaştırılması

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Histerektomi Endikasyonları

Şekil 3-1: Araştırma Akış Şeması

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

TAH: Total Abdominal Histerektomi

BSO: Bilateral Salpingooferektomi

LAH: Laparoskopik Abdominal Histerektomi

SAH: Subtotal (Supraservikal) Abdominal Histerektomi

SLH: Supraservikal Laparoskopik Histerektomi

VH: Vajinal Histerektomi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

MSDÖ: Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği

KCFİ: Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi

EAMDS: Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalası

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development

ACOG: Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği

EKG: Elektrokardiyogram

DVT: Derin Ven Trombozu

PLISSIT: Permission Limited İnformation Specific Suggestions İntensive Theraphy

PRECEDE: Predisposing, Reinforcing and Enabling Contsructs in Educational Diagnosis and Evaluation

ÖZET

Yılmaz, K. (2019). Histerektomi Geçiren Kadınlara Yönelik Geliştirilen Hemşirelik Destek Programının Etkinliği. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma histerektomi geçiren kadınlara yönelik geliştirilen hemşirelik destek programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılmış randomize kontrollü bir çalışmadır. Çalışma, Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Servisi'nde Kasım 2017- Kasım 2018 tarihinde yapılmıştır. Benign nedenlerle histerektomi geçirmiş 60 kadın deney ve kontrol gruplarına ayrılarak postoperatif 1-2. günde, postoperatif 6-7. günde ve postoperatif 2. ayda değerlendirilmiştir. İlk görüşmede Sosyodemografik Veri Formu, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ), Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS), SF-12 Yaşam Kalitesi ölçeği, postoperatif 6-7. günde Postoperatif Veri Formu, Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ), EAMDS, SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği, postoperatif 2. ayda ise Postoperatif Veri Formu, MSDÖ, KCFİ, EAMDS ve SF-12 Yaşam Kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Hemşirelik destek programı kapsamında hasta eğitimleri ve telefon desteği sadece deney grubundaki hastalara uygulanmıştır. Çalışmada deney grubundaki kadınlarda menopoz semptomları kontrol grubuna göre daha hafif düzeyde yaşanmıştır ($p<0,001$). Cinsel işlevler deney grubunda, kontrol grubuna göre daha olumlu değişiklik göstermiştir. Kadınların depresif semptomları postoperatif dönemde özellikle deney grubunda önemli ölçüde azalmıştır ($p<0,001$). Kadınların SF-12 Yaşam Kalitesi ölçek puanı preoperatif döneme göre olumlu yönde değişim göstermiştir ($p<0,001$).

Sonuç olarak hemşirelik destek programı kapsamında hastalara verilen eğitim ve telefon desteği, menopoz semptomlarının şiddetinin azalmasında, cinsel işlevlerin kötüleşmesini engellemede, depresif semptomların azalmasında ve yaşam kalitesinin yükselmesinde etkili olmuştur.

Anahtar Kelimeler: histerektomi, menopoz semptomları, cinsellik, depresyon, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Yılmaz, K. (2019). The Effectiveness of Nursing Support Program Developed for Women Undergoing Hysterectomy. İstanbul University-Cerrahpaşa, Institute of Graduate Studies, Women Health and Gynecologic Nursing. Master Dissertation. İstanbul.

This is a randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of the nursing support program for women undergoing hysterectomy. The study was performed on November 2017, November 2018 at the Department of Obstetrics and Gynecology, Obstetrics and Gynecology Department of Suleyman Demirel University Research and Application Hospital. Sixty women who had undergone hysterectomy for benign reasons were divided into experimental and control groups and postoperative 1-2. day, postoperative 6-7. day evaluated daily and postoperatively at 2 months. Sociodemographic Data Form, Female Sexual Function Index (KCFI), Epidemiological Research and Central Depression Scale (EAMDS), SF-12 Quality of Life Scale, postoperative 6-7. Postoperative Data Form, Menopause Rating Scale (MRS), EAMDS, SF-12 Quality of Life Scale, Postoperative Data Form, MSRS, KCFI, EAMDS and SF-12 Quality of Life Scale were used in the postoperative day. Patient trainings and phone support were given to the experimental group as part of the nursing support program. Menopausal symptoms were found to be milder in the experimental group than in the control group ($p < 0.001$). Sexual functions showed a more positive change in the experimental group than the control group. The depressive symptoms of women decreased significantly in the experimental group in the postoperative period ($p < 0.001$). The SF-12 Quality of Life scale scores of the women showed a positive change compared to the preoperative period ($p < 0.001$).

As a result, the nursing support program reduces the severity of menopausal symptoms, prevents the worsening of sexual functions, decreases depressive symptoms, and increases the quality of life.

Keywords: hysterectomy, menopause symptoms, sexuality, depression, quality of life

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadınlar yaşam dönemleri boyunca birçok jinekolojik problemle karşılaşmakta ve bu problemler nedeniyle operasyon geçirmektedir. Yaşanan jinekolojik sorunlar ve özellikle cerrahi tedavi kadının vücut bütünlüğünü, günlük yaşam aktivitelerini ve sosyal yaşamını etkileyen önemli bir stres faktörüdür. Jinekolojik cerrahi ayrıca kadının üreme yeteneği ve cinsel işlevlerinde değişikliklere yol açar (Dağ ve ark. 2014; Taşkın 2016).

Histerektomi, çeşitli cerrahi teknikler kullanılarak uterusun abdominal ya da vajinal yolla çıkarılmasıdır. Genellikle 30-50 yaş arası kadınlarda sezaryenden sonra kadınlara sıklıkla uygulanan cerrahi bir prosedürdür (Wilson ve ark. 2019). Histerektomi hastanın yaşı, tıbbi tanısı, uterusun büyüklüğü, beden kitle indeksi, abdominal cerrahi öyküsü ve nulliparite gibi nedenler sonucu farklı cerrahi yaklaşımlarla abdominal, vajinal yolla ve laparotomik olarak uygulanır (Terzi ve ark. 2016; Ramdhan ve ark. 2017). En sık histerektomi endikasyonunun miyoma uteri, endometriyal kanama, pelvik kitleler, pelvik ağrı ve uterin prolapsusu olduğu belirlenmiştir (Uzun ve ark. 2009; Salman ve ark. 2015; Terzi ve ark. 2016). Histerektomi sonrasında görülen en yaygın komplikasyonlar enfeksiyon, kanama, sinir hasarı, tromboembolitik olaylar, genitoüriner ve gastrointestinal sistem yaralanmalarıdır (Clarke Pearson ve Geller 2013).

Histerektomi kadınları fiziksel, cinsel ve psikososyal yönden etkileyen önemli bir cerrahi girişimdir. Histerektomi sonrası üreme organı yokluğu birçok kadın tarafından çekiciliğin ve cinselliğin kaybı, kadın olarak kendini kusurlu ya da eksik hissetme olarak yorumlanabilir (Şenel ve Akyüz 2016; Taşkın 2016). Bu nedenle histerektomi geçiren kadınların rutin uygulamaların yanında daha çok bilgiye ve destekleyici hemşirelik bakımına gereksinim vardır (Taşkın 2016). Benign nedenlerle histerektomi operasyonu geçirmiş kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların %53'ünün histerektomiye ilişkin olumsuz görüşlere sahip olduğu belirlenmiştir. Genel olarak ''Kadınlığımdan bir parça gitti'', ''Artık eşimi mutlu edemeyeceğim'' şeklinde ifadeleri olmuş ve histerektomi öncesinde menopoza girmemiş kadınlarda menopoza ilişkin endişelerin arttığı belirlenmiştir (Özdemir ve Pasinlioğlu 2009).

Histerektomi sonrasında görülen en yaygın ruhsal bozukluğun depresyon olduğu gösterilmiştir (Göktaş ve ark. 2015). Yapılan bir çalışmada histerektomi sonrası kadınlarda anksiyete görülme oranı %1,9 iken depresyon görülme oranı %4,8'dir (Wang

ve ark. 2007). Tayvan'da yapılan toplum temelli bir çalışmada histerektomi sonrası kadınlarda depresyon görülme olasılığının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Chou ve ark. 2015). Diğer taraftan histerektomi sonrasında kadınların depresyon düzeylerinde azalma olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Yapılan bir çalışmada postoperatif dönemde nitelikli hemşirelik bakımı verilen hastaların operasyondan memnuniyetinin arttığı ve postoperatif 3. ayda depresyon düzeylerinde azalma olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bahri ve ark. 2016). Ayrıca daha önce menopoza girmemiş kadınlarda histerektomi sonrası depresyon düzeyinin preoperatif döneme göre daha yüksek olduğunu gösteren bulgular mevcuttur. Bu durumun ooferektomi nedeniyle gonad hormonların yoksunluğundan kaynaklı olduğu düşünülmektedir (Göktaş ve ark. 2015).

Histerektomi kadınların cinsel işlevlerini önemli ölçüde etkileyen bir cerrahi girişimdir (Bankowski ve ark. 2008). Cinsel ilişki sırasında orgazma uterin kasılmalar da katılmaktadır. Histerektomi sonrası kadınlarda orgazm değişikliği yaşanmaktadır (Gibbs ve ark. 2010). Operasyon sırasında genital bölgede doku ve sinir hasarı olabilmektedir. Ayrıca ooferektomi de yapılmışsa cinsel işlevler için gerekli olan östrojen ve androjen seviyeleri azalmaktadır (Bankowski ve ark. 2008). Histerektomi sonrası 100 kadının cinselliğinin değerlendirildiği bir çalışmada kadınların operasyon sonrası cinsel yaşamının olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir (Peterson ve ark. 2010; Rodriguez ve ark. 2012). Bazı çalışmalarda ise histerektomi sonrası cinsel işlevlerde düzelme olduğuna dair bulgulara rastlanmaktadır (Fram ve ark. 2013).

Histerektomi geçiren kadınların çoğu histerektomi ile ilgili olumsuz düşünürken, bir kısmı da yeterince çocuk sahibi olduğu, ağrı ve kanamadan kurtulacağı ve ibadetlerini aksatmadan yerine getirebileceği için olumlu düşünmektedir (Özdemir ve Pasinlioğlu 2009). Histerektomi sonrası kadınların yaşam kalitesini değerlendiren bir çalışmada postoperatif 6-8. haftada tam olarak iyileşme sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır (Lee ve ark. 2009).

Kadınların histerektomi sonrası sorunlarla başa çıkabilmesi, ameliyat sonrası döneme uyum sağlayabilmesi, gereksinimlerini karşılayabilmesi ve sorunların üstesinden gelebilecek bilgi ve beceriyi kazanabilmesi için eğitime gereksinim vardır. Bu doğrultuda hastaların gereksinimlerine uygun planlı eğitim vermek ise hemşirenin sorumluluğu altındadır (Şenyuva ve Taşocak 2007; Kaya 2009; Aygül ve Ulupınar 2012). Histerektomi uygulanan kadınlarla yapılan bir çalışmada histerektomi operasyonu sonrasında

kadınların bilgi gereksinimlerinin yüksek olduğu ve kadınlık organı olarak nitelendirilen uterusun yokluğuna bağlı olarak benlik algılarının olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (Gerçek ve ark. 2016). Histerektomi sonrasında hastalara verilen eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada hastaların ameliyat ve evde bakım konusunda bilgi eksikliğinin olduğu ve eğitimin hastaları ameliyat sonrası döneme ilişkin bilgilendirdiği sonucuna ulaşılmıştır (Karazeybek ve Özbayır 2005). Ayrıca histerektomi sonrası hemşireler tarafından verilen eğitimin yaşam kalitesini artırdığı, cinsel işlevleri iyileştirdiği depresyon ve anksiyete düzeylerini azalttığı yönünde çalışmalar bulunmaktadır (Saylam ve Terzioğlu 2005; Özdemir ve Pasinlioğlu 2008; Tütüncü ve Yıldız 2012). Histerektomiyle birlikte ooferektomi yapılan durumlarda kadınlar cerrahi menopoza girmektedir. Bu durumda kadınlar hormonların ani düşüşüne bağlı olarak menapoz semptomlarını daha şiddetli yaşayabilir (Taşkın 2016). Boğa ve Kılıç 2013 yılında yapmış olduğu çalışmada hastalara verilen menopoz dönemine ilişkin eğitimle, menopoz semptomlarının şiddetinin azaldığını belirlemiştir (Boğa ve Kılıç 2013).

Histerektomiden sonra aynı gün taburculuğun planlandığı bir çalışmada histerektomi öncesi ve sonrası hasta eğitim videoları kullanılmış, hastalara bu şekilde 5 ay boyunca danışmanlık ve eğitim verilmiş, materyallerle verilen eğitim ve danışmanlığın erken taburcu oluşların sayısını artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Fountain ve Havrilesky 2017). Histerektomi sonrası aynı gün taburculuğu planlanan hastalara verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirildiği başka bir çalışmada ise hastaların cerrahiden 48-72 saat sonra iyileşme algıladıkları saptanmıştır. Ayrıca verilen bu bilgilerden dolayı hasta memnuniyetinin yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan bu çalışmalar maliyet ve komplikasyonların azalması için amaçlanan erken taburculuğun ancak sistematik bir şekilde verilen eğitimle mümkün olabileceğini ortaya koymaktadır (Lynch ve Le Fort 2016).

Bu çalışma histerektomi geçiren kadınlara yönelik olarak geliştirilen hemşirelik destek programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Histerektomi ve Tarihçesi

Histerektomi, çeşitli cerrahi teknikler kullanılarak uterusun abdominal ya da vajinal yolla çıkarılmasıdır. Genellikle 30-50 yaş arası kadınlarda uygulanmaktadır (Wilson ve ark. 2019). Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development-OECD) raporuna göre de histerektomi dünyada sıklıkla 45-49 yaş arasında yapılmaktadır (OECD 2013). Kadınların %40'ının 64 yaşına gelmeden önce histerektomi olduğu tahmin edilmekte ve genel olarak benign nedenlerle yapıldığı düşünülmektedir (Lowenstein ve ark. 2005; Doğanay ve ark. 2019).

ABD'de her yıl 600.000 den fazla benign nedenlerle histerektomi yapılmaktadır (Wright ve ark. 2013; Multinu ve ark. 2019). OECD raporlarında en yüksek histerektomi oranları Amerika ve Kanada'da iken İspanya, İskoçya ve İrlanda'da da en düşük orandadır (OECD 2013). Türkiye'de ise tam olarak kesin histerektomi sayılarına ulaşılamamıştır. Yapılan araştırma sonucu bir eğitim araştırma hastanesinde 2001-2011 yılları arasında benign nedenlerle 8066 histerektomi yapıldığı tespit edilmiştir (Doğanay ve ark. 2012).

Histerektominin uzun ve farklı bir tarihi vardır. Bazı kaynaklarda histerektominin Hipokrat döneminde yapıldığı yer almaktadır. Onaltıncı yüzyılda Avrupa'da İtalya, Almanya, İspanya gibi ülkelerde histerektominin yapıldığı bilinmektedir. 1600'lü yıllarda Grabenherg'den Schenck 26 vajinal histerektomi vakası kaydetmiştir. ABD'de ilk vajinal histerektomi ise 1829 yılında John Collins Warren tarafından uygulanmıştır. Fakat hasta postoperatif 4. gününde ölmüştür (Rock ve Howard 2013).

Tanımlanan ilk abdominal histerektomi ise 1825'de Lagenbeck tarafından yapılmıştır. İlerleyen servikal kanser nedeniyle yaptığı 7 dakika süren bu operasyon birkaç saat içinde hastanın ölümüyle sonuçlanmıştır. Abdominal cerrahi ölümcül şekilde postoperatif kanama ile seyretmektedir. Ondokuzuncu yüzyılın ortalarında Manchester'dan A.M. Heath uterin arteri ilk kez bağlamış ve bu operasyon daha güvenli ve yaygın bir prosedür halini almıştır (Rock ve Howard 2013).

Almanya'dan W.A. Freund 1878 yılında anestezinin ve antiseptik tekniklerin kullanıldığı trendelenburg pozisyonunda, ligamentlerin ve büyük damarların ligate edildiği gelişmiş bir histerektomi tekniği kullanmıştır. John Hopkins Hastanesi cerrahları

abdominal histerektomiyi bu gelişmiş tekniklerle yapmış ve mortalite oranı %5,9'a gerilemiştir. Yirminci yüzyılın ilk yarısında histerektomi jinekolojik hastalık ve semptomların tedavisinde sık kullanılan bir operasyon halini almıştır **(**Rock ve Howard 2013). Laporoskopik histerektomi ise ilk olarak 1989 yılında Hary Reich tarafından yapılmıştır (Reich ve ark. 1989).

2.2. Histerektomi Endikasyonları

Histerektominin nedenleri çeşitlidir ve hem benign hem de malign etiyoloji içermektedir (Beckmann ve ark. 2015).

Benign Hastalıklar	**Malign Hastalıklar**
Anormal Uterin Kanamalar	Servikal Kanserler
Miyoma Uteri	Atipik Endometrial Hiperplazi
Adenomiyozis, Endometriyozis	Endometriyum Kanseri
Pelvik Organ Prolapsusu	Over Kanseri
Pelvik İnflamatuvar Hastalık	Fallop Tüp Kanseri
Kronik Pelvik Ağrı	Gestasyonel Trofoblastik Tümörler
Gebelik İle İlgili Durumlar (Septik abortus, Uterus rüptürü)	

Şekil 2-1: Histerektomi Endikasyonları (Beckmann ve ark. 2015; Taşkın 2016).

Histerektomi endikasyonları arasında sıklıkla görülen miyoma uteridir (Dolgun ve İnan 2017; Seo ve ark. 2018). Histerektomi geçiren 223 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada hastaların %61,8'i miyoma uteri, %17'si disfonksiyonel uterin kanama, %16,5'i adneksiyel kitle, %4,4'ü pelvik organ prolapsusu nedeniyle histerektomi geçirmiştir (Keskin ve ark. 2013). Maresh ve arkadaşlarının 37.298 histerektomi vakasını incelediği çalışmada ise en sık görülen histerektomi endikasyonu %46 oranında disfonksiyonel uterin kanama olarak bildirilmiştir (Maresh ve ark. 2002).

2.3. Histerektomide Cerrahi Teknikler

Histerektomi abdominal, vajinal yolla ve laparotomik olarak uygulanmaktadır. Bu yöntemlerin seçimi çeşitli faktöre bağlıdır. Uterus ve pelvisin özellikleri, cerrahi endikasyon, over ve tuba uterinalarda patoloji durumu, maliyet, hastanın yaşı, vücut kitle indeksi, daha önce abdominal bir operasyon geçirme durumu, hastanede kalış ve iyileşme süresi histerektomi planlarken göz önünde bulundurulur (Schorge ve ark. 2010; Terzi ve ark. 2012; Ramdhan ve ark. 2017).

Her ne kadar abdominal histerektomi dünya çapında hala en yaygın yöntem olarak kullanılmaya devam etse de randomize kontrollü çalışmalarda vajinal histerektominin daha az komplikasyonlar seyrettiği, hastanede kalış süresini kısalttığı, daha hızlı iyileşme sağladığı ve daha düşük maliyette yapıldığı kanıtlanmıştır **(**Rock ve Jones 2013**)**. Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği (American College of Obstetricians and Gynecologist-ACOG) önerisine göre ise gerekli kriterler sağlanmış ise öncelikli olarak vajinal histerektomi tercih edilmelidir (ACOG 2017).

ABD'de histerektominin en sık %66 oranında abdominal, %22 oranında vajinal ve %12 oranında laporoskopik olarak uygulandığı belirtilmiştir (Wu ve ark. 2006; Köroğlu ve ark. 2018). Türkiye'de bir eğitim araştırma hastanesinde 2001-2011 yılları arasında benign nedenlerle yapılan 8066 histerektominin %68,1'i abdominal, %30,1'i vajinal ve %1,7 si laporoskopik olarak yapılmıştır (Doğanay ve ark. 2012).

2.3.1. Abdominal Histerektomi

Uterusun abdominal insizyonla alınması işlemidir. Abdominal histerektomi pelvik organların en iyi şekilde maniplasyonunu sağlar ve büyük pelvik organ patolojileri ve yaygın adhezyon durumunda tercih edilir. Abdominal histerektomi de ameliyat süresi daha kısadır ve ileri düzey enstrüman ve deneyim gerektirmez. Ancak abdominal histerektomide iyileşme süresi daha uzun, hastanede kalış daha fazla süreli, insizyon ağrısı daha fazla, insizyon enfeksiyonu ve üreter perforasyonu daha sık görülmektedir (Schorge ve ark. 2010).

2.3.2. Vajinal Histerektomi

Uterusun transvajinal yolla çıkarılmasıdır. Genel olarak benign hastalıklarda uygulanan bir tekniktir. Uterus çok büyük değil ve şüpheli adneksiyel kitle mevcut değil ise, pelvik organ prolapsusu varsa tercih edilmelidir. Vajinal histerektomi aynı zamanda

vajinal tamir yapılacaksa uygulanmaktadır (Schorge ve ark. 2010; Beckmann ve ark. 2015; Taşkın 2016).

2.3.3. Laparoskopik Histerektomi

Histerektominin laparoskopik yolla gerçekleşmesidir. Laparoskopik yaklaşım hem vajinal hem de abdominal yolla gerçekleşebilmektedir. Laparoskopik histerektomi abdominal histerektomi sayısını azaltmayı amaçlamaktadır (Beckmann ve ark. 2015; Rock ve Jones 2013).

Laparoskopik histerektomi pelvik organların küçük olduğu, yaygın adhezyon beklenmeyen, uterus desensusunun az olduğu kadınlarda ve cerrahlar deneyimliyse tercih edilir. Laparoskopik histerektomide hastanede kalış süresi azalmakta ve pelvis daha iyi görüntülenmektedir. Ancak daha uzun ameliyat süresi ve daha pahalı ekipman gerektirir (Schorge ve ark. 2010). Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği (ACOG) laparoskopik histerektomiyi vajinal histerektomi endikasyonlarının sağlanamadığı durumlarda abdominal histerektomiye alternatif olarak uygulanması gerektiğini bildirmektedir (ACOG 2017).

2.4. Histerektomi Tipleri

Total Histerektomi: Uterusun serviksle beraber tümünün çıkarılmasıdır. Tuba uterina ve overler bırakılır.

Panhisterektomi: Uterus, serviks, fallop tüpleri ve her iki overin çıkarılmasıdır. Total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi (TAH+BSO) adını da alır. Overlerin tek taraflı çıkarılması durmuna ise total abdominal histerektomi unilateral salpingooferektomi denir. Benign nedenlerle gerçekleşen histerektomi olgularının yarısında overler proflaktik olarak alınmaktadır. Özellikle 50 yaş üzeri kadınlarda bilateral salpingooferektomi tipiktir.

Subtotal (Supraservikal) Histerektomi: Uterus korpusunun çıkarılıp, serviksin bırakılmasıdır. Subtotal histerektomi sonrası kadınlarda cinsel istek ve tatminin korunduğu bildirilmektedir. Ancak bazı çalışmalar total histerektomi ile subtotal histerektomi arasında cinsel işlevler bakımından bir fark olmadığını göstermiştir. Ayrıca teknik olarak zor bir cerrahi prosedür, intraoperatif ve postoperatif komplikasyon görülme riskinin yüksek olması nedeniyle çoğunlukla daha az tercih edilen bir histerektomi tipidir.

Radikal Histerektomi (Wertheim's operasyonu): Panhisterektomi, kısmi vajinektomi ve pelvik lenf nodu diseksiyonunu içermektedir. Radikal histerektomide intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar fazladır ve özellikle malign durumlarda tercih edilmektedir (Stovall 1996; Schorge ve ark. 2010; Taşkın ve Koç 2016).

Vajinal Histerektomi Laparoskopik Olmayan Abdominal Histerektomiyle Karşılaştırıldığında;

- Hastanede kalış süresi daha kısadır.
- Günlük yaşam aktivitelerine geri dönüş daha hızlıdır.
- Postoperatif dönemde iyileşme daha hızlıdır ve ağrı daha az görülür.
- Solunum ve bağırsak komplikasyonları daha az görülür.
- Vajinal histerektomide, abdominal histerektomiye oranla postoperatif enfeksiyon riski daha düşüktür (Schorge ve ark. 2010; Taşkın 2016; ACOG 2017).

Abdominal Histerektomi Vajinal Histerektomiyle Karşılaştırıldığında;

- Ameliyat süresi daha kısadır.
- Abdominal organlardaki sorunlar, oluşabilecek komplikasyonlar daha iyi gözlemlenmektedir (Schorge ve ark. 2010; Taşkın 2016; ACOG 2017).

Laparoskopik Histerektomi, Abdominal Histerektomiyle Karşılaştırıldığında;

- Günlük yaşam aktivitelerine daha hızlı dönüş sağlanır.
- Hastanede kalış süresi daha kısadır.
- Daha küçük insizyon yeri ve insizyon yeri enfeksiyonu görülür.
- Laparoskopik histerektomide operasyon süresi daha uzundur ve maliyeti daha yüksektir.
- Laporoskopik histerektomide mesane ve üreter hasar riski daha yüksektir (Schorge ve ark. 2010; Taşkın 2016; ACOG 2017).

2.5. Histerektomi Komplikasyonları

Histerektominin en sık görülen komplikasyonları enfeksiyon, venöz tromboembolizm, genitoüriner ve gastrointestinal sistem yaralanmaları ve hemorajidir. Histerektomiye bağlı komplikasyon riskinin artmasında ileri yaş, obezite, kronik hastalıklar ve malignensi etkilidir **(**Rock ve Jones 2013; Clarke ve ark. 2013).

Histerektomi sonrası enfeksiyon en sık görülen komplikasyonlardandır. Jinekolojik ameliyatlar içinde genitoüriner yaralanmalar %1-2 oranında görülmektedir ve bu yaralanmaların %75'inin histerektomi sırasında meydana geldiği tahmin edilmektedir. Venöz tromboembolitik olaylar ve kanama ise histerektomi sonrası nadiren yaşanmaktadır (Clarke ve ark. 2013).

Histerektomi sonrası görülen komplikasyonlar uygulanma yollarına göre değişkenlik göstermektedir. Makinen ve arkadaşları 5875 abdominal, 1801 vajinal ve 2434 laparoskopik yolla gerçekleştirilen toplam 10110 histerektomi vakasını komplikasyonlar açısından incelemiştir. Enfeksiyon abdominal histerektomide % 10,5, vajinal histerektomide % 13, laparoskopik histerektomide % 9 oranında görülen en yaygın komplikasyonlardan biri olarak tespit edilmiştir. Vajinal histerektomide bağırsak yaralanmaları, laparoskopik histerektomide ise üreter yaralanmaları daha sık görülmüştür. Fakat vajinal histerektomi ve laparoskopik histerektomide artan deneyimle birlikte sık görülen bağırsak ve üreter yaralanmalarında azalma eğilimi de görülmüştür (Makinen ve ark. 2001; Clarke ve ark. 2013).

2.6. Histerektomi ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi 2. dünya savaşından sonra öncelikle batı toplumunda önemli olduğu kabul edilen bir kavram olmuştur. Yaşam kalitesinin önemi giderek artmış ve hemşirelik ve tıp çalışmalarında değerlendirilen önemli bir kriter halini almıştır (Rannestad 2005). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesi grubu yaşam kalitesini "yaşanılan kültür ve değer sistemi içerisinde bireyin amaç, beklenti, standart ve ilgileri doğrultusunda hayattaki konumunu algılaması" olarak tanımlamıştır. Yaşam kalitesi fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler, bağımsızlık düzeyi, dini ve kişisel inançlar, çevre gibi olgularda öznel ve nesnel göstergeleri içermektedir (DSÖ 1998; Rannestad 2005; Edisan ve Kadıoğlu 2011).

Jinekolojik problemler kadının yaşamında fiziksel, ruhsal ve cinsel açıdan önemli değişikliklere neden olmaktadır (Taşkın 2016). Histerektominin en sık

endikasyonlarından olan miyoma uteri, pelvik ağrı ve anormal uterin kanamalar yaşam kalitesini ve konforu da olumsuz etkilemektedir. Bu kapsamda histerektomi medikal tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda semptomları hafifletmek ve yaşam kalitesini artırmak için sıklıkla uygulanan cerrahi bir prosedürdür **(**Rannestad 2005). Histerektomi geçiren kadınların histerektomi hakkındaki görüşlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada kadınların %53'ü histerektomiye ilişkin olumsuz görüşlere sahipken bir kısmıda olumlu düşüncelere sahip olduğu görülmüştür. Kadınlar histerektomi sonrası kanama, ağrı gibi şikayetlerden kurtulmuş olmaları nedeniyle bu operasyonu olumlu yönde değerlendirmiştir (Özdemir ve Pasinlioğlu 2009).

Histerektomi sonrası kadınlarda yaşam kalitesinin olumlu ya da olumsuz etkilendiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Miyoma uteri nedeniyle histerektomi geçirmiş 50 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada hastaların sağlıkla ilişkili olarak bütün yaşam kalitesi alanlarında önemli iyileşme olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Uzun ve ark. 2009). Premenopozal dönemde benign nedenlerle histerektomi geçirmiş kadınların operasyon sonrası yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada fiziksel sağlıkta düzelme olduğu tespit edilmiştir (Yang ve ark. 2006).

Yılmaz ve ark.'nın 224 kadını histerektomi sonrası değerlendirdiği çalışmada hastaların ameliyat sonrası yaşam kalitesi, ameliyat öncesine göre daha yüksek bulunmuştur (Yılmaz ve ark. 2011). Buna karşın histerektominin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Histerektomi geçirmiş 522 kadının incelendiği bir çalışmada kadınların %47,5 uykusuzluk, %59,7'sinin ise cinsel fonksiyon bozukluğu yaşadığı ve buna bağlı yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir **(**Castro ve ark. 2018).

Bazı kadınlar histerektomiyi cinsel kimliklerinin kaybı olarak görmektedir. Bu nedenle cinselliği ve çekiciliği kaybedeceği ve eşiyle ilişkisinin olumsuz etkileneceğine dair endişeler yaşamaktadır. Bu durum kadınları ruhsal açıdan olumsuz etkilemektedir (Taşkın 2016). Kadınların histerektomi sonrası yaşadığı cinsel ve psikolojik sorunlar yaşam kalitelerini de olumsuz yönde etkilemektedir. Esen ve Çam'ın histerektomi geçiren 82 kadını değerlendirdiği bir çalışmada ameliyat sonrası yaşanan psikolojik sorunlar nedeniyle kadınların yaşam kalitesinin fiziksel, ruhsal ve sosyal alt boyutlarının olumsuz yönde etkilendiği tespit edilmiştir (Esen ve Çam 2006).

Histerektomi sonrası yaşam kalitesinin yapılan ameliyat türüne ve uygulama yoluna bağlı olarak değişiklik gösterdiği görülmektedir. Total abdominal histerektomi ile vajinal histerektominin karşılaştırıldığı bir çalışmada total abdominal histerektomi (TAH) uygulanan hastalarda yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur. Ayrıca vajinal histerektomi geçiren hastalarda daha az ağrı ve daha yüksek hasta memnuniyeti belirlenmiştir **(**Silva Filho ve ark. 2006). Subtotal laparoskopik histerektomi (SLH), TAH, subtotal abdominal histerektomi (SAH) ve vajinal histerektomi (VH) uygulanan 392 kadının değerlendirildiği bir çalışmada ise hastaların postoperatif 2. ay ve 12. ayında yaşam kalitelesi SLH uygulanan kadınlarda diğer ameliyat türlerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Skorupska ve ark. 2016). Abdominal ve laparoskopik histerektominin karşılaştırıldığı bir çalışmada ise hastalar histerektomi sonrası 4. yıllarında değerlendirilmiş ve 4 yıllık takip sonucunda laparoskopik histerektomide daha yüksek yaşam kalitesi bildirilmiştir **(**Nieboer ve ark. 2012).

2.7. Histerektomi ve Ruh Sağlığı

Depresyon dünyada ciddi sağlık problemlerinin başında gelen çok yaygın bir hastalıktır. Her beş kişiden biri yaşamının herhangi bir döneminde depresif semptomlar geçirmektedir. Literatürde depresyonun kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Kessler ve ark. 2003; Ergin ve Ergün 2014). Depresyonun kadınlarda sık görülmesinde özellikle üreme çağı boyunca yaşanan hormonal değişiklikler ve jinekolojik problemler etkin rol oynamaktadır (Taşkın 2016; Weiss 2016).

Jinekolojik cerrahiler arasında, özellikle histerektomi kadınlarda emosyonel rahatsızlıklara yol açan bir girişimdir. Depresyon ise histerektomi sonrası en sık görülen emosyonel problemlerden biridir. Histerektomi sonrası emosyonel problemleri etkileyen faktörler şöyledir; zayıf cinsel kimlik, depresyon öyküsü, ailede mental hastalık veya depresyon, 35 yaşından küçük olma, çocuk isteme, cinsel çekiciliğini kaybetme korkusu, eşinin negatif tutumu ve işinin olmamasıdır (Taşkın 2016). Histerektomi sonrası depresif bozukluk riskinin incelendiği bir çalışmada histerektomi yapılan grupta depresyon geçirme olasılığı histerektomi yapılmayan gruba göre 1,78 kat daha yüksek bulunmuştur (Chou ve ark. 2015).

Histerektomi sonrası olumsuz beden algısı, cinsel işlev bozukluğu, cinselliğin ve çekiciliğin kaybına dair endişeler, operasyon sonrası yaşanan fiziksel sağlık sorunları depresyon gelişme riskini artıran faktörlerdir. Harnod ve ark.'nın 30-49 yaş arası 7872

kadını retrospektif olarak değerlendirildiği bir çalışmada histerektominin hastalarda depresyon riskini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Harnod ve ark. 2018). Ayrıca yapılan ameliyatın türü de ameliyat sonrası depresyon görülme durumunu etkilemektedir. Depresif belirtiler açısından 1047 kadının incelendiği bir çalışmada hastalar 12 ay boyunca takip edilmiş, bilateral salpingooferektomi (BSO) yapılan hastalar unilateral ooferektomi ve overlerin korunduğu histerektomi türleri ile karşılaştırıldığında BSO geçiren hastalarda depresif semptom görülme riski daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun BSO sonrasında gelişen ani hormonal değişiklikler nedeniyle olduğu düşünülmektedir (Rohl ve ark. 2008).

Histerektomi öncesi görülen fiziksel sağlık problemleri özellikle pelvik ağrı ve aşırı kanama gibi jinekolojik problemler depresif belirtilerin artmasında etkili olabilmektedir. Bu nedenle bazı hastalarda ameliyat sonrası fiziksel sağlık durumunda iyileşme sağlanması depresif semptomlar üzerine olumlu etkiler gösterebilmektedir (Weiss ve ark. 2016). Bu konuyla ilgili olarak literatürde histerektominin depresif semptomları azalttığına dair çalışmalar bulunmaktadır. Benign nedenlerle yapılan histerektominin psikolojik sonuçlarını değerlendirmek için yapılan bir metaanaliz çalışmasında histerektominin genel olarak azalmış depresyon riski ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Darwish ve ark. 2014).

Bahri ve ark.'ları histerektomi geçiren hastaları ameliyat öncesi ve postoperatif 3. ayda depresif semptomlar açısından değerlendirmiştir. Hastaların ameliyat sonrası 3. ayda ortalama depresyon skorlarının azaldığı belirlenmiştir (Bahri ve ark. 2016). Benign nedenlerle histerektomi geçirmiş 419 kadının değerlendirildiği bir çalışmada ise ameliyat öncesi dönemde depresyon sıklığı %24 iken 3. ayda %19, 12. ayda depresyon sıklığı ise %21 olarak belirlenmiştir (Theunissen ve ark. 2017).

Hastaların psikososyal açıdan desteklenmesi çok önemlidir. Özellikle hemşireler ameliyat sonrası dönemde vereceği eğitimlerle hastaların duygularını ve sorunlarını ifade etmesine fırsat vermeli ve hastanın yanlış bilgilerini düzeltmelidir (Taşkın 2016). Endikasyonlara uygun şekilde yapılan cerrahi girişimlerin ve postoperatif dönemde verilen kaliteli hemşirelik bakımının histerektomi sonrası depresyon riskini azaltacağı düşünülmektedir (Bahri ve ark. 2016).

2.8. Histerektomi ve Cinsellik

Histerektomi kadınların benlik kavramında, üreme kapasitesinde ve cinsel yaşantısında önemli değişikliklere neden olmaktadır. Bir çok kadın için üreme organlarının özellikle de uterusun sembolik bir önemi vardır (Taşkın 2016). Literatürde kadınların histerektomi sonrası görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmış bir çok çalışma bulunmaktadır. Kadınların bir kısmının histerektomi sonrasında ‘’kadınlığımdan bir parça gitti, kendimi boş bir çuval gibi hissediyorum, kadınlığımın en önemli parçasını kaybettim, içimde bir boşluk oluştu, kendimi erkek gibi hissediyorum’’ şeklinde ifadeleri olduğu belirlenmiştir (Reis ve ark. 2008; Özdemir ve Pasinlioğlu 2009).

Kadın cinselliği hormonal, vasküler, nörolojik, farmakolojik, psikojenik ve fiziksel faktörlerden etkilenmektedir ve cinselliğe yönelik yaşanan problemler çoğu zaman birden fazla faktöre bağlı olabilir. Histerektomi ise kadınların cinsel işlevlerini önemli ölçüde etkileyen ve sıklıkla uygulanan bir cerrahi girişimdir (Bankowski ve ark. 2008). Cinsel ilişki sırasında orgazma uterin kasılmalar eşlik etmektedir bu nedenle histerektomi sonrası kadınlarda orgazm değişikliği yaşanmaktadır (Gibbs ve ark. 2010). Peterson ve ark.’nın yaptığı bir çalışmada kadınların histerektomi sonrasında cinsel ilişki sırasında ağrı ve orgazm problemleri yaşadığı belirlenmiştir (Peterson ve ark. 2010).

Histerektominin cinsel yaşamı olumsuz etkilediğine dair birçok görüş vardır. Klitoris, perine ve vajinanın otonom innervasyonu sakral ve hipogastrik pleksustan sağlanır. Bu pleksus daha sonra uterosakral ve kardinal ligament yoluyla perineye iner. Bu ligamentler total abdominal histerektomi sırasında hasar görürler ve normal cinsel işlev için gerekli olan nöral yol bozulmuş olur (Bankowski ve ark. 2008). Bu bilgiler kapsamında yapılan literatür taramasında histerektomi sonrası kadınların cinsel işlev bozukluğu yaşadığını belirten bir çok çalışma tespit edilmiştir (Peterson ve ark. 2010; Rodríguez ve ark. 2012; Wong ve Arumugam 2012).

Cinsel işlevde, zengin vasküler ve sinir içeriğinin olması nedeniyle serviksin yokluğu cinsel zevk ve genital uyarılma fizyolojisinde negatif etkiye yol açabilir. Vajinal ve total histerektomiyi karşılaştıran çalışmalar kadının cinsel işlevleri açısından serviksin korunmasını önermektedir (Gibbs ve ark. 2010). Los Angeles’ta Kaliforniya Üniversitesi açıklamalarına göre 1940 yılından önce yapılan histerektomilerin %95’inin supraservikal histerektomi olduğu bildirilmiştir. Fakat yıllar içerisinde serviks kanserini önlemek amacıyla TAH daha sık uygulanmaktadır (Bankowski ve ark. 2008). Brucker ve ark.’nın

laparoskopik supraservikal histerektomi (LSH) ve total laparoskopik histerektomi (LAH) geçiren 915 kadını yaşam kalitesi ve cinsel fonkisyonları bakımından değerlendirmiş, LSH geçiren hastaların LAH geçirenlere göre cinsel istek düzeyi daha yüksek bulunmuş ve cinsel aktiviteye daha erken dönemde başladıkları tespit edilmiştir (Brucker ve ark. 2014). Buna karşın 2003 yılında yayınlanan bir çalışmada ise (145 kadın TAH, 89 kadın VH, 76 kadın subtotal) histerektomi geçiren kadınlar prospektif olarak değerlendirilmiş ve üç cerrahi metodun da cinsel işlevler açısından farklı olmadığı belirlenmiştir (Gibbs ve ark. 2010).

Histerektomi sonrası cinsel yaşam yapılan operasyonun türüne göre değişiklik göstermektedir. Radikal histerektomi ve TAH sonrası pelvik taban fonksiyonlarındaki değişkliklerin incelendiği çalışmada, radikal histerektominin cinsel işlevler üzerine olumsuz etkilerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Selçuk ve ark. 2016).

Premenopozal dönemdeki kadınlarda TAH+BSO ile overlerin alınmasına bağlı, androjen ve östrojen düzeylerinde ciddi bir azalma söz konusudur. Hormonal dengenin bozulmasına neden olan bu durum cinsel isteği ve aktiviteyi olumsuz yönde etkilemektedir (Parker ve ark. 2009; Beckmann ve ark. 2015). Östrojen, androjen, oksitosin ve dopaminerjik agonistlerin cinsel işlevleri olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Östrojen kayganlığı arttırarak vajina duvarının incelmesini ve kurumasını önler. Östrojen aynı zamanda pudental sinir boyunca dokunma reseptör alanlarının dağılımının sağlanması için gereklidir ki bu sinir uyarılma ve orgazm için esas olan duygusal fonksiyonu korur. Ayrıca östrojen iliohipogastrik damar sisteminin aterosklerozunu önler ve bu şekilde vajinal, klitoral ve üretal kan akımı korunmuş olur (Bankowski ve ark. 2008; Gibbs ve ark. 2010).

Kadın cinselliği androjenlerin fiziksel ve kimyasal rolünden etkilenmektedir. Bu kapsamda androjen eksikliğinde cinsel istekte, genital duyarlılıkta, libido ve orgazmda azalma görülmektedir. Özellikle histerektomi sonrası cerrahi menopoza giren kadınlarda androjenlerde ani azalmaya bağlı cinsel işlev bozuklukları yaşanabilir. Androjenlerin aynı zamanda sex hormon bağlayıcı globülini (SHBG) düşürüp, östrojeni serbestleştirerek biyolojik yararlılığı artırdığı da söylenebilir. Diğer yandan cerrahi menopozla birlikte kadınlarda vajen PH'ında artma nedeniyle üriner ve vajinal enfeksiyon görülme sıklığı artabilir ve buna bağlı olarak kadınların cinsel işlevleri olumsuz etkilenebilir (Bankowski ve ark. 2008; Gibbs ve ark. 2010). Wong ve Arumugam'ın çalışmasında histerektomi

geçiren kadınların %62,3'ünün vajinal kuruluk %43.2'sinin cinsel isteksizlik yaşadığı belirlenmiştir (Wong ve Arumugam 2012).

Histerektominin cinsel yaşam üzerine olumlu etkileri olduğunu veya herhangi bir etkisi olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Yazıcı ve ark. premenopozal dönemde abdominal histerektomi geçiren ve histerektomi geçirmeyen 98 kadının cinsel işlevlerini karşılaştırmış ve çalışmanın sonunda histerektominin cinsel yaşama olumsuz bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşmıştır (Yazıcı ve ark. 2016). Benign nedenlerle histerektomi geçirmiş 124 hastanın incelendiği bir çalışmada hastaların %75'inde cinsel işlevlerinde iyileşme olduğu belirlenmiştir (Fram ve ark. 2013). Pelvik ağrı, anormal uterin kanama gibi nedenlerle histerektomi geçiren kadınlarda hastalık sürecine bağlı olarak cinsel işlevler etkilenebilmektedir. Operasyon sonrasında ise semptomlar ortadan kalktığı için cinsel yaşamda iyileşme olabilir (Bankowski ve ark. 2008).

Histerektomi sonrası cinsel işlevsellik kadının yaşı, ruhsal durumu yapılan ameliyatın türü, cinselliğe bakış açısı, eşi ile olan ilişkisi, beden imajı gibi bir çok faktörden etkilenmektedir (Bankowski ve ark. 2008; Bayram ve Şahin 2008). Bu nedenle kadınlar histerektomi sonrası bu faktörler göz önünde bulundurularak kapsamlı bir şekilde değerlendirilmeli ve destekleyici bir yaklaşımla cinsel işlevlere ilişkin bilgilendirme yapılmalıdır (Taşkın 2016).

2.9. Histerektomi ve Hemşirelik Bakımı

Kadınlar yaşam dönemleri boyunca çeşitli jinekolojik problemle karşılaşmakta ve bu problemler nedeniyle jinekolojik operasyon geçirmektedir. Yaşanan bu jinekolojik sorunlar ve cerrahi tedavi kadının vücut bütünlüğünü, günlük yaşam aktivitelerini ve sosyokültürel faaliyetlerini tehlikeye atan önemli bir stres faktörüdür. Jinekolojik cerrahide kadının üreme yeteneği ve cinsel işlevleri de tehdit altındadır. Bu nedenle histerektomi geçiren kadınların rutin uygulamaların yanında daha çok bilgiye ve destekleyici hemşirelik bakımına gereksinimleri vardır (Taşkın 2016; Dağ ve ark. 2014).

Histerektomi sonrasında gelişen üreme organı yokluğu bir çok kadın tarafından çekiciliğin ve cinsel işlevselliğin yok olması olarak yorumlanabilir (Taşkın 2016). Yapılan kalitatif bir çalışmada; kadınların histerektomi sonrasında ''kendimi boş bir çuval gibi hissediyorum, artık bir kadın gibi hissetmiyorum, eşimi eskisi kadar mutlu edemeyeceğim, erkek gibi hissediyorum'' şeklinde ifadeleri olmuş (Reis ve ark. 2008).

Histerektomi kadınları fiziksel, psikososyal ve cinsel açıdan etkileyen bir cerrahi girişimdir. Bu nedenle kadınların histerektomi sonrası sorunlarla başa çıkabilmesi, postopoperatif döneme uyum sağlayabilmesi, gereksinimlerini karşılayabilmesi ve sorunların üstesinden gelebilecek bilgi ve beceriyi kazanabilmesi için eğitime gereksinim vardır (Şenyuva ve Taşocak 2007; Kaya 2009; Aygül ve Ulupınar 2012). Bir jinekoloji servisinde 224 hasta ile yapılan bir görüşmede genel olarak gereksinim duyulan konularda hastaların bilgilendirilmediği tespit edilmiştir. Görüş bildiren hastaların %48,9'u taburculuk hakkında bilgi almak istediğini belirtmiştir (Aksakal ve Bilgili 2008). Jinekoloji operasyon geçiren kadınların öğrenim gereksinimlerinin incelendiği bir çalışmada ise hastaların %56,4 'ü tedavi süreciyle ilgili bilgi aldığını %43,6'sı ise bilgi almadığını belirtmiştir. Yine bu çalışmada hastaların en çok bilgi gereksinimi olduğu konular sırasıyla tedavi süreci ve komplikasyonlar, ameliyat sonrası yaşam ve aktivite, ilaç kullanımı ve yaşam kalitesi olmuştur (Dağ ve ark. 2014).

Histerektomi uygulanan kadınlarla yapılan bir çalışmada histerektomi operasyonu sonrasında kadınların bilgi gereksinimlerinin yüksek olduğu ve benlik algılarının olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (Gerçek ve ark. 2016). Histerektomi sonrasında hastalara verilen eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada hastaların ameliyat ve evde bakım konusunda bilgi eksiğinin olduğu ve eğitimin hastaları ameliyat sonrası döneme ilişkin bilgilendirdiği sonucuna ulaşılmıştır (Karazeybek ve Özbayır 2005). Bolsoy ve ark.'nın çalışmasında histerektomi geçiren kadınların %92,2'sinin histerektomiye ilişkin bilgilendirildiği belirlenmiştir. Fakat hastaların %73,5'i doktordan %26,5'i ise hemşirelerden bilgi almıştır. Hastaların %70'i ise ameliyat sonrasında cinsel yaşama yönelik bir bilgi almadığını ifade etmiştir. (Bolsoy ve ark. 2014). Histerektomi uygulanan kadınların ameliyat sonrası dönemde özellikle cinselliklerine ilişkin endişeleri olduğu dikkate alındığında hastaların gereksinimleri doğrultusunda planlı bir eğitim ve destekleyici bakım sunmak özellikle hemşirenin sorumluluğu altındadır. (Kaya 2007; Aygül ve Ulupınar 2012; Orgun ve Şen 2015).

Histerektomi sonrası verilen eğitimin yaşam kalitesini arttırdığı, cinsel işlevleri iyileştirdiği depresyon ve anksiyete düzeylerini azalttığı yönünde çalışmalar bulunmaktadır**.** Histerektomi ameliyatı olan kadınlara ameliyat öncesi ve sonrası verilen danışmanlık hizmetinin yaşam kalitesi ve cinsel sorunlara etkisini inceleyen tez çalışmasında, danışmanlık alan deney grubundaki hastaların kontrol grubuna göre tüm

yaşam kalitesi alanlarında ameliyat sonrası dönemde yükselme, olduğu bulunmuştur (Saylam ve Terzioğlu 2005). Histerektomi sonrası verilen eğitimin cinselliğe olan etkisini inceleyen başka bir çalışmada ise, kadınların cinsel işlev bozukluğu yaşama oranı eğitim almayan grupta anlamlı düzeyde yüksek olarak belirlenmiştir (Tütüncü ve Yıldız 2012). Histerektomi sonrası aynı gün taburculuğu planlanan hastalara verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirildiği başka bir çalışmada ise hastaların cerrahiden 48-72 saat sonra iyileşme algıladıkları saptanmıştır. Ayrıca verilen bilgilerden dolayı hasta memnuniyetinin yüksek olduğu açığa çıkmıştır (Lynch ve ark. 2016). Histerektomi uygulanmış kadınlara PRECEDE (Predisposing, Reinforcing and Enabling Contsructs in Educational Diagnosis and Evaluation) modeli temel alınarak verilen eğitimin kadınların cinsel işlevlerinde iyileşme sağladığı yönünde bulgulara da rastlanmaktadır (Hosseini ve ark. 2016).

2.9.1. Preoperatif Dönemde Hemşirelik Bakımı

Ameliyat planlanan hastalarda başarılı bir tedavi sürecinin sağlanması için cerrahi teknik, bilgi ve beceri kadar ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası etkin bakım uygulamaları da önemlidir. Ameliyat öncesi bakımda temel öge hasta hazırlığı ve güveni üzerinde odaklanır. Ameliyat öncesi hazırlık ve bakımın amacı fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel açıdan operasyonun neden olabileceği olumsuz etkilerle başa çıkmak ve erken iyileşmeyi sağlamaktır (Aksoy 2012; Güngör 2006_a).

Cerrahi operasyon geçirecek hastaların bakımında ilk adım ameliyat öncesi hazırlıktır. Bu dönemde hemşireler hastaların servise kabulü, ameliyat için hazırlanması, girişim sırasında bakımın sürdürülmesi ve iyileşmenin hızlanmasında önemli rol üstlenir. Hemşirelerin bu rolleri yerine getirebilmesi için öncelikle bilimsel bilgi ve deneyimle donanımlı olması gerekir (Güngör 2006_a; Aksoy 2012).

Genel olarak tüm cerrahi girişimler kapsamı ne olursa olsun hasta tarafından yaşamı tehtit edici, korkutucu bir deneyim olarak algılanabilir. Jinekolojik cerrahide ise bu duruma ek olarak kadınların cinsel yaşamları tehlikededir. Bu nedenle jinekolojik operasyon geçiren kadınların özel bilgilendirme gereksinimi ortaya çıkmıştır (Güngör 2006_a; Aksoy 2012; Taşkın 2016).

Preoperatif dönemde hastaların fiziksel ve psikososyal açıdan değerlendirilmesi ayrıntılı bir anamnezle başlar. Hastanın tıbbi öyküsü, cerrahi ve anestezi deneyimi, genel sağlık durumu, aile öyküsü, cerrahi girişimin tipi, hasta destek sistemlerinin varlığı olası

komplikasyonları önlemek amacıyla mutlaka sorgulanmalıdır. Jinekolojik operasyonların hasta tarafından beden imajına, öz saygısına, benlik kavramına ya da yaşam biçimine tehdit olarak algılanması söz konusu olabilir. Bu durumda kadınlar anksiyete, korku ve umutsuzluk gibi ruhsal problemler yaşayabilir. Histerektomi sonrası, öyküsünde psikiyatrik problemleri olan, üreme anatomisi ve fizyolojisine ilişkin yeterli bilgi sahibi olmayan cerrahi menopoza girmiş olan, daha önce doğum yapmamış ve malign nedenlerle operasyon geçirecek olan kadınlar preoperatif dönemde mutlaka değerlendirilmesi gereken riskli gruptur. Bu dönemde hasta ve ailesiyle olumlu ilişkiler kurularak güven ve destek verilmelidir. Hemşireler hastaların görüşmesi sırasında duygularını paylaşmasına fırsat tanımalıdır. Hastaların gereksinimleri doğrultusunda planlanan hemşirelik bakımı ve danışmalık endişe ve korkunun azalmasında etkili olmaktadır. (Güngör 2006$_a$; Aksoy 2012; Taşkın ve Koç 2016).

Histerektomi planlanan kadınlara preoperatif dönemde rutin olarak uygulanan testler vardır. Kan grubu ve cros-match, tam kan, hemoglobin ve hematokrit düzeyleri, kan şekeri düzeyleri, kanama zamanı, kan elektrolit düzeyleri, üre, kreatin düzeyi, tam idrar analizi, kalp, akciğer grafisi ve elektrokardiyogram (EKG) incelemesi ameliyat öncesi dönemde mutlaka yapılmalıdır (Aksoy 2012; Chard 2013$_a$).

Cerrahi girişim çoğu hasta için korkutucu, stres yaratıcı ve yabancı bir yaklaşım olarak düşünüldüğünden hemşireler hasta ve ailenin eğitimi üzerine odaklanmalıdır. Bu süreçte hastaların internetten bilgi almasının yararlı olabileceği gibi yanlış bilgi edinmesine de yol açabileceği ihtimaline karşın sağlık profesyonellerinden bilgi almaları önerilmektedir (Aksoy 2012).

Preoperatif dönemde operasyon sonrasında uygulanacak egzersizler mutlaka hastaya öğretilmelidir. Ameliyat öncesi hastaya eğitim verilmesi gereken egzersizler arasında solunum, öksürme, erken mobilite, ayak egzersizleri ve ağrı yönetimine ilişkin eğitim yer almaktadır. Derin nefes egzersizleri solunum kapasitesini arttırırken aynı zamanda hastanın rahatlayarak gevşemesine de yardımcı olmaktadır. Bireysel spirometre uygulaması akciğerlerin yeterince genişlemesini sağlar ve solunum sorunlarının önler. Ayrıca hastanın kendi bakımına katılımını destekleyici ve yaşam kalitesinin yükselmesine katkı sağlayıcı bir uygulamadır. Öksürük egzersizleri ameliyat sonrası her 1-2 saatte derin nefes egzersizleri ile birlikte yapıldığında solunum komplikasyonlarını önlediği belirtilmektedir. Fakat öksürük egzersizleri uygulaması bazı cerrahlar tarafından

zararlı olacağı düşüncesiyle önerilmemektedir. Ameliyat sonrası dönemde erken mobilizasyon dolaşımı yükseltme, venöz stazı engelleme, eklem rijiditesini önleme ve en üst düzeyde solunum ve eliminasyon fonksiyonlarını sağlama bakımından önemlidir. Bu nedenle hasta hemşireler tarafından ameliyat sonrası en az 2 saatte bir pozisyon değişikliği için bilgilendirilmelidir. Yatak içi pozisyon değişikliği sırasında üriner katater ve drenaj tüplerine zarar vermeden nasıl döneceği, yatak kenarlıklarının kullanımı, insizyon yerini desteklemenin önemi konusunda hastaya bilgi verilmelidir. Ameliyat sonrası dönemde hastada venöz staz ve emboli riskini önlemek için anti embolitik çoraplar ve ayak egzersizleri ameliyat öncesi dönemde hastalara öğretilmelidir (Aksoy 2012; Chard 2013$_a$; Taşkın ve Koç 2016).

2.9.2. Postoperatif Dönemde Hemşirelik Bakımı

Ameliyattan hemen sonra başlayan ameliyat sonrası dönem hasta normal fonksiyonlarına kavuşunca yada tıbbi bakım sonlanıncaya kadar devam eden süreci kapsar. Bu süreç çeşitli faktörlerin etkisiyle birkaç günden birkaç haftaya kadar uzanabilir. Postoperatif dönemde bakımın amacı, bozulan homeostatik dengenin yeniden sağlanması, komplikasyonların önlenmesi ve kısa sürede günlük yaşam aktivitelerine geri dönüşün sağlanmasıdır. Ameliyat sonrası hastalar bir süre anestezi sonrası bakım ünitesinde takip edilir. Postoperatif erken dönemde olası sorunları önleyebilmek için hava yolu açıklığı, yaşam bulguları, kalp hızı ve ritmi, biliç durumu, pupillerin reaksiyonu, ameliyat bölgesi, pansumanların durumu, drenajın tipi ve miktarı mutlaka değerlendirilmelidir. Hasta yer zaman ve olaylara oryante, solunum depresyonu yok ve yaşam bulguları stabil ise klinik birime kabul edilir (Akyolcu 2012; Chard 2013$_b$).

Hasta ameliyat sonrası kliniğe geldiğinde yatağına alınır ve olası aspirasyon riskini önlemek için başı yan çevirilir ve vital bulguları değerlendirilir. Doktor istemine göre uygun dozda analjezik uygulanır, IV sıvı tedavisine başlanır, aldığı çıkardığı sıvı takibi değerlendirilir ve idrar rengi, miktarı izlenerek kayıt edilir. Bu dönemde verilen hemşirelik bakımının temel amacı komplikasyonları belirlemek veya gelişimini önlemektir (Akyolcu 2012; Chard 2013$_b$).

Postoperatif dönemde sıklıkla görülen solunum komplikasyonları atelektazi, pnömoni ve akciğer ödemidir. Bu komplikasyonların önlenmesi için hasta preoperatif dönemde öğretilen derin solunum ve hareket egzersizleri yapması için desteklenmelidir. Hastanın bilinci yerine geldikten sonra yatak başı yükseltilmeli ve 1-2 saatte bir 10 kez

derin solum ve öksürük egzersizi yapması, spirometre kullanması sağlanmalıdır. Hastanın solunum fonksiyonlarını iyileştirmek için erken dönemde mobilizasyon ve 1-2 saatte bir pozisyon değişikliği yapılmalıdır. Derin solunum ve öksürük egzersizi sırasında hastanın insizyon bölgesini desteklemesi gerektiği söylenmelidir. Ayrıca sekresyonların atılımını kolaylaştırmak için yeterli hidrasyon sağlanmalıdır (Akyolcu 2012; Chard 2013$_b$; Taşkın 2016).

Derin ven trombozu (DVT) cerrahi girişimden 7-14 gün sonra, özellikle yaşlı, şişman, enfeksiyon, malignite ve varisi olan immobil hastalarda uzun süren jinekolojik ameliyatlar sonrasında yaygın olarak görülmektedir. Ayrıca DVT akciğer, kalp ve beyinde emboli oluşturabileceği için yaşamı tehdit eden bir komplikasyondur. Bu komplikasyonun önlenmesi için, hasta 1-2 saat aralıklarla yatak içinde dönme ve bacak egzersizleri yapma konusunda desteklenmeli ve bacaklar olası bir tromboflebite karşı Homan's bulgusu yönünden değerlendirilmelidir (Akyolcu 2012; Chard 2013$_b$; Taşkın 2016).

Ameliyat sonrası bağırsakların elle tutulması sonucu peristaltizmin yavaşlaması, anestetik ve narkotik ilaçların etkisi nedeniyle abdominal distansiyon, bulantı-kusma ve hıçkırık gibi semptomlar gelişebilir. Postoperatif dönemde batın dört kadranda bağırsak seslerinin varlığı ve sıklığı bakımında değerlendirilmelidir. Abdominal distansiyon ile birlikte beklenmeyen ağrı, bulantı ve kusma varsa ileustan şüphelenmeli ve doktora bildirilmelidir. Bağırsak sesleri alınıncaya kadar hastaların ağızdan beslenmesine izin verilmez. Hasta oral alıma başladığında önce sıvı gıdalar verilir ve intravenöz sıvı tedavisi devam eder, oral alımı iyi tolere edebilirse hastaların bağırsak sesleri intravenöz sıvı tedavisi kesilir ve tolere edebileceği ölçüde yumuşak gıdalara geçilir. Erken mobilizasyon ve 1-2 saatte bir yapılan kısa yürüyüşler abdominal distansiyonu önlemede etkilidir. Ayrıca hastalara gaz çıkarmanın istenilen ve gerekli bir şey olduğu anlatılmalı ve cesaretlendirilmelidir. Sık pozisyon değişikliği ve sağ lateral pozisyon gazın transfers kolona yükselmesini sağlayarak atılımı kolaylaştırır (Akyolcu 2012; Chard 2013$_b$; Taşkın 2016; Taşkın ve Koç 2016).

Preoperatif dönemde uygulanan üriner kataterin mümkün olduğunca erken dönemde çıkarılması üriner enfeksiyonları önlemek adına önemlidir. Ahmed ve ark.'nın 2014 yılında yapmış oldukları bir çalışmada, total abdominal histerektomi geçiren hastalarda postoperatif 6. saatte kataterin çıkarılmasının idrar yolu enfeksiyonlarının

önlenmesi bakımından daha avantajlı olduğu belirlenmiştir (Ahmed ve ark. 2014; Aksoy ve ark. 2018). Ayrıca gelişebilecek enfeksiyonları önlemek için hastaya 4-6 saatte bir veya her eliminasyondan sonra perine bakımı verilmelidir. Hasta üriner sistem enfeksiyonu belirtileri açısından takip edilmeli ve oral beslenmeye başladıktan sonra enfeksiyondan korunmak için günde en az 6-8 bardak su içmesi söylenmelidir. Vajinal akıntının özelliği, miktarı, kokusu ve rengi takip edilmeli ve insizyon bölgesinin temiz ve kuru tulması sağlanmalıdır (Güngör 2006$_b$; Coşkun ve ark. 2016; Taşkın ve Koç 2016).

2.9.3. Histerektomi Sonrası Taburculuk Eğitimi

Postoperatif dönemde hasta tabucu olmadan önce bilgilendirilmesi gereken konular tekrar incelenmeli ve ameliyat sonrası döneme ilişkin bilgiler yazılı bir kaynak şeklinde hastaya sunulmalıdır. Hastaya ameliyat sonrası dönemde aktivitesi, beslenmesi, banyosu, kontrole ne zaman gelmesi gerektiği, acil durumda nereye başvurması gerektiği, histerektominin fiziksel, ruhsal ve cinsel etkilerine ilişkin bilgi verilmelidir (Stowall 1996; Taşkın 2016).

Hasta ile ilk olarak histerektominin ne olduğu, niçin ve nasıl yapıldığı, yarar ve riskleri basit ve anlaşılır sözcüklerle detaylı bir biçimde tartışılır. Ameliyattan sonra 6-8 hafta boyunca ağır kaldırmaması ve abdominal kasları gerecek hareketlerden kaçınması gerektiği söylenir. Düzenli aralıklarla yürüyüş yapması ve evde ya da yolculukta uzun süre hareketsiz kalmaması gerektiği söylenir. Her besin grubundan yeterli ve dengeli miktarda tüketmesi gerektiği ve günde 6-8 bardak su içmesi gerektiği söylenir. Ayrıca konstipe olmaması gerektiği belirtilir. Konstipasyonu önlemek için bol sıvı ve lifli gıda tüketiminin önemi anlatılır. Banyosunu ayakta duş şeklinde yapması ve mümkünse insizyon bölgesine ilk 1 hafta su ile temas ettirmemesi gerektiği ve ameliyattan sonra 6-8 hafta sonra kontrole gelmesi gerektiği hakkında bilgi verilir (Stowall 1996; Güngör 2006; Coşkun ve ark. 2016; Taşkın ve Koç 2016).

Hastalara insizyon bölgesinde kızarıklık, şişlik, kötü kokulu akıntı ve ağrı gibi enfenksiyon belirtileri görüldüğünde, ateş yükselmesi (37.8 °C ve üzeri), fazla vajinal kanama ve kötü kokulu vajinal akıntı durumlarında, şiddetli bulantı kusma, idrar yapmama, idrar ve gaitadan kan gelmesi durumunda hemen sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği söylenir (Stowall 1996; Güngör 2006$_b$; Coşkun ve ark. 2016; Taşkın ve Koç 2016).

İlk haftalarda kendini güçsüz ve yorgun hissetmesinin normal olduğu, iyileşme süresinde depresyon, ağlama isteği ve sinirli davranışlar gibi ruhsal dalgalanmaların olabileceği, bunların zamanla geçeceği söylenebilir. Cinsel işlevlerine 6-8 hafta sonra başlayabileceği önerilir. Cinsel işlevlerinde olabilecek değişiklikler tartışılır. Bu değişikliklerin cinsel yaşamı engellemeyeceği, zamanla şikayetlerinin azalacağı, disparoni için sıvı lubrikantlar kullanabileceği hastaya açıklanır. Eğer overleri alınmış ise cerrahi menopoza gireceği ve menopoz döneminde görülecek değişikliklere ilişkin bilgi verilir (Stowall 1996; Güngör 2006$_b$; Coşkun ve ark. 2016; Taşkın ve Koç 2016).

Menopozla birlikte kadınlarda görülebilecek semptomlara ilişkin hasta mutlaka bilgilendirilmelidir. Menopoz döneminde vazomotor değişiklikler (sıcak basması, gece terlemesi, uyku bozuklukarı) emosyonel rahatsızlıklar, genital atrofi, osteoporoz, cinsel işlev bozukluğu, cilt değişiklikleri, kardiyovasküler rahatsızlıklar kadınların yaşayabileceği açıklanmalıdır (Şahin 2015; Karanisaoğlu ve Dinç 2016).

Sıcak basması menopoz döneminde sık görülen semptomlardan biridir. Sıcak basması sırasında vantilatör açmak, duş almak, soğuk içecekler tüketmek, sıcaklık artışı hissedilen bölgelere buz uygulaması yapmak, derin ve yavaş nefes alıp vermek kadınları rahatlatacaktır. Ayrıca hastalara baharatlı yiyeceklerden, çay, kahve ve alkol tüketiminden, stres ve heyecandan uzak durması gerektiği söylenmelidir. Hastaların pamuklu giysi ve çarsaf kullanması, kat kat ince kumaşlı giysiler tercih etmesi önerilmelidir (Karanisaoğlu ve Dinç 2016; Taşkın 2016).

Menopoz döneminde yaşanabilecek ruhsal problemlere yönelik hasta bilgilendirilmelidir. Stres, depresyon anksiyete gibi problemlerle başa çıkabilmesi için solunum egzersizleri, yoga ve meditasyon gibi gevşeme teknikleri ve sosyal faaliyetler önerilebilir. Özellikle postmenopozal dönemde görülen uterin prolapsus, stres inkontinans gibi genital atrofi belirtilerine karşın hastalara kegel egzersine ilişkin bilgi verilmelidir. Ayrıca cinsel işlev bozukluklarına yönelik kadınlara danışmalık verilmeli ve vajinal kuruluğa yönelik suda eriyen sıvı kayganlaştırıcı önerilebilir (Karanisaoğlu ve Dinç 2016; Taşkın 2016).

Osteoporoz gelişimini önlemek için hastaya beslenme ve egzersize yönelik eğitim verilmelidir. Kadınlara kalsiyum ve D vitami bakımından zengin besinlerle beslenmesi, aynı zamanda D vitamini için güneş ışınlarından yararlanması gerektiği söylenmelidir. Tuz, gereğinden fazla protein ve kafein alımı azaltılmalı yeşil yapraklı sebzelerin tüketimi

arttırılmalıdır. Kadınlar kemik yıkımını geciktirdiği için yürüme, merdiven çıkma gibi egzersizler önerilmelidir. Menopoz döneminde östrojen eksikliğine bağlı olarak lipid metobolizmasında meydana gelen değişiklikler nedeniyle kadınlar kardiyovasküler hastalıklar bakımından risk altındadır. Bu nedenle kadınlara beslenme ve egzersize yönelik eğitim verilmelidir. Kadınlar, karbonhidratlı ve yağlı besinlerden kaçınmalı, yemeklerde sıvı yağ özellikle de zeytinyağı tercih etmeli, tuz ve şeker tüketimini azaltmalı, sigara, alkol ve stresten uzak durmalı ve posa içeriği yüksek besinler tercih etmelidir. Günde en az 30 dakika süren yürüme, merdiven çıkma gibi fiziksel aktiviteler önerilmelidir (Şahin 2015; Karanisaoğlu ve Dinç 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Çalışma histerektomi geçiren kadınlara yönelik olarak geliştirilen hemşirelik destek programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Histerektomi geçiren kadınlara yönelik geliştirilen hemşirelik destek programı menopoz semptomlarını iyileştirir.

Histerektomi geçiren kadınlara yönelik geliştirilen hemşirelik destek programı cinsel işlevleri iyileştirir.

Histerektomi geçiren kadınlara yönelik geliştirilen hemşirelik destek programı depresif semptomları azaltır.

Histerektomi geçiren kadınlara yönelik geliştirilen hemşirelik destek programı yaşam kalitesini yükseltir.

3.3. Araştırmanın Türü

Araştırma randomize kontrollü tek kör deneysel tasarımda bir çalışmadır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Kasım 2017- Kasım 2018 tarihleri arasında histerektomi için Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Servisi'ne yatmış olan kadınlarla yapıldı. Doğum ve Kadın Hastalıkları Servisi toplam 38 yatak kapasitesinde jinekolojik onkoloji, obstetri ve genel jinekoloji hastalarının birlikte takip edildiği bir birimdir. Anabilim dalı kapsamında toplam 6 uzman doktor bulunmaktadır. Mesai saatlerinde , 2 asistan, 4 intörn doktor ve 3 hemşire çalışmaktadır. Nöbet sisteminde ise 1 asistan doktor, 2 intörn doktor ve 2 hemşire görev almaktadır.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, jinekoloji polikiliniğinde yapılan muayeneler ve tetkikler sonucu TAH+BSO veya LAH+BSO planlanan hastalara ameliyat için tarih veriliyor. Ameliyat planlanan hastalar operasyondan 1 gün önce kliniğe geliyor ve yatış işlemleri yapılıyor, işlemler sonrasında hastalar izinli olarak eve gönderiliyor. Hastalara operasyon günü sabah 8'de hastanede olması gerektiği

söyleniyor. Sabah kliniğe gelen hastaların ameliyat hazırlığı yapılıyor ve hastalar ameliyat saati için bekletiliyor.

Klinikte ortalama olarak gerçekleşen TAH+BSO veya LAH+BSO vaka sayısı aylık 6-10'dur. Ameliyat sonrasında bir komplikasyon gelişmemiş ise ortalama olarak hastalar 1 veya 2 gün içerisinde taburcu edilmektedir. Hastalara taburcu olmadan önce asistan doktorlar tarafından yazılı bir materyal kullanmadan taburculuğa ilişkin kısa bilgi verilmektedir. Hastalara genel olarak cinsel yaşama ne zaman başlaması gerektiği, ağırlık kaldırmaması gerektiği, beslenme durumu ve reçete edilen ilaçların kullanımına ilişkin bilgiler verilmektedir.

3.5. Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini benign nedenlerle Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları servisinde yatmakta olan histerektomi uygulanmış kadınlar oluşturmaktadır.

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde Tütüncü ve Yıldız tarafından yapılan (2012) PLISSIT (permission limited information specific suggestions intensive theraphy) modeli doğrultusunda kadınlara verilen eğitimin histerektomi sonrası cinselliklerine etkisinin değerlendirildiği çalışmanın verileri temel alındı. İstatistik biriminden alınan danışmanlık hizmetiyle örneklem büyüklüğü hesaplandı. Tütüncü ve Yıldız'ın çalışmasında kontrol grubunda Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) ölçeği toplam puan ortalaması ve standart sapması sırayla 29,83-2,07 olarak belirlenmiştir. Deney grubunda KCFİ ölçek toplam puan ortalaması ve standart sapması sırayla 26,82-4,38 olarak tespit edilmiştir (Tütüncü ve Yıldız 2012). Bu bilgiler doğrultusunda çalışmanın etki büyüklüğü d=0.81'dir. Bu değerler ışığında yapılan güç analizi sonucunda %80 güçle ve 0,05 hata payı ile deney ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistik olarak önemliliğini ortaya koymak için en az 25 deney ve 25 kontrol ünitesi ile çalışılması gerektiği belirlendi. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde Saylam ve Terzioğlu tarafından yapılan (2005) histerektomi ameliyatı öncesi ve sonrası verilen danışmanlık hizmetinin yaşam kalitesi ve cinsel yaşama etkisinin değerlendirildiği çalışmanın verileri temel alındı. Saylam ve Terzioğlu'nun çalışmasında kontrol grubu SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği toplam puan ve standart sapması sırayla 38,13-12,12 olarak belirlenmiştir. Deney grubunda ise SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği ortalama ve standart sapması sırayla 51,54-

10,97 olarak tespit edilmiştir (Saylam ve Terzioğlu 2005). Çalışmanın etki büyüklüğü d=1.16'dır. Bu değerler ışığında yapılan güç analizi sonucunda %80 güçle ve 0,05 hata payı ile deney ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistik olarak önemliliğini ortaya koymak için en az 21 deney ve 21 kontrol ünitesi ile çalışılması gerektiği belirlendi. Araştırma sürecinde yaşanabilecek olası riskler ve kliniğin genel durumu göz önüne alınarak deney grubu 30 kontrol grubu 30 olarak toplam örneklem büyüklüğünün N=60 olarak belirlendi. Çalışma belirlenen örneklem sayısı dahilinde, kayıp yaşanmadan toplam 60 hasta ile tamamlandı.

Gruplarda yer alacak hastalar random.org kullanılarak belirlendi. Deney ve kontrol grubunda olacak hastalar klinik sekreterinden alınan ameliyat randevu listesine göre, histerektomi vakalarının sırası random.org.'dan alınan örneklem numaralarıyla eşleştirilerek belirlendi.

Deney grubu örneklem numaraları ; 1, 3, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 28, 30, 31, 34, 39, 44, 46, 47, 49, 51, 53, 55, 57, 58, 59.

Kontrol grubu örneklem numaraları; 2, 4, 8, 10, 11, 14, 18, 19, 23, 24, 26, 27, 29, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 45, 48, 50, 52, 54, 56, 60.

3.5.1. Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri

- Abdominal ve laparoskopik girişimle TAH+BSO operasyonu geçirme
- Psikiyatrik bir tanı konulmamış olma
- Bilinci açık, soruları cevaplayabilme
- Okuma yazma bilme

3.5.2. Örnekleme Dahil Edilmeme Kriterleri

- İletişim kurmayı engelleyecek (farklı bir dilde konuşma vb.) bir durumun olması
- Vajinal histerektomi geçirme
- Kanser tanısı konulması

3.6. Araştırmanın Verilerinin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Araştırma Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Servisi'nde yatmakta olan TAH+BSO ve LAH+BSO geçirmiş kadınlar ile yürütüldü. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. İlk görüşme hasta odasında, 2. ve 3. görüşmeler ise kadınların evlerinde yapıldı. Örneklem dahilinde deney (30) ve kontrol grubundan (30) toplam 60 kadın değerlendirildi. İlk görüşmede kadınlara çalışmanın amacı ve nasıl uygulanacağına ilişkin bilgileri içeren bilgilendirilmiş gönüllü onam formu okundu ve kadınlardan yazılı onam alındı (Ek-1).

Deney grubuna; Postoperatif 1-2. gün (1. Görüşme) Sosyodemografik Veri Formu, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ), Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS) uygulandı. Formlar uygulandıktan sonra ''Histerektomi Ameliyatı Sonrası Yaşam'' isimli eğitim kitapçığı kullanılarak kadınlara eğitim verilmiştir. Görüşme sonrası eğitim kitapçığı hastaya verildi ve soruları cevaplandı. Postoperatif 6-7. günde (2. Görüşme) deney grubuna yapılan ev ziyaretinde ise hastaya ameliyat sonrası döneme ilişkin semptomları değerlendirmek amacıyla geliştirilen, Postoperatif Veri Formu, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS), SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı. Formlar uygulandıktan sonra ''Menopoz Döneminde Kadın Sağlığı'' isimli eğitim kitapçığı kullanılarak kadınlara eğitim verildi. Görüşme sonrası eğitim kitapçığı hastaya verildi ve soruları cevaplandı. Postoperatif 2. ayda (3. görüşme) ise ev ziyareti yapılarak hastanın mevcut durumu değerlendirildi, soruları cevaplandı ve ''Menopoz Döneminde Kadın Sağlığı'' isimli eğitim kitapçığının kısa bir tekrarı yapıldı. Aynı zamanda Postoperatif Veri Formu, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ), Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ), Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS) ve SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı. Ayrıca kadınlara telefonla danışmanlık hizmeti verildi.

Telefon Desteği: Deney grubunda bulunan kadınlara düzenli olarak, haftada 1 kez 15-20 dakika süren telefon görüşmesi yapılarak danışmanlık hizmeti verildi. Bu görüşmelerde kadınların yaşadığı sorunlar, ilaç kullanımı ve izlemlerine yönelik bilgiler verildi ve hazırlanan eğitim kitapçığında yer alan konulara ilişkin bilgilendirme yapıldı.

Ayrıca kadınlara gerektiğinde ulaşabilecekleri bir telefon numarası verildi ve istedikleri zaman arayabileceği söylendi.

Kontrol grubuna rutin hastane protokolü uygulandı ve eğitim verilmedi. Klinikte rutin olarak asistan doktor tarafından cinsel yaşama ne zaman başlaması gerektiği, ağırlık kaldırmaması gerektiği, 2 hafta sonra kontrole gelmesi gerektiği ve reçete edilen ilaçların kullanımı konusunda kadınlara bilgi verildi. Kadınlara postoperatif 1-2. Gün (1. Görüşme) hastanede Sosyodemografik Veri Formu, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS) uygulandı. Operasyon sonrası 6-7. Günde (2. Görüşme) yapılan ev ziyaretinde kadınlara Postoperatif Veri Formu, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS), SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı. Postoperatif 2. ayda ise ev ziyareti yapılarak Postoperatif Veri Formu, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ), Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ), Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS), ve SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı.

3.6.1. Hasta Eğitim Kitapçığının İçeriği ve Kullanımı

Literatür taraması yapılarak ‘’Rahim Alınması (Histerektomi) Ameliyatı Sonrası Yaşam’’ ve ‘’Menopoz Döneminde Kadın Sağlığı’’ başlıklı iki eğitim kitapçığı hazırlandı. Eğitim kitapçığı için 3 hemşirelik bölümü öğretim üyesinden uzman görüşü alındı ve öneriler doğrultusunda yeniden revize edildi. Ayrıca eğitim kitapçığı 7 hasta üzerinde pilot çalışma yapılarak tekrar değerlendirildi ve revize edildi. Histerektomi sonrasında deney grubuna verilen eğitim 2 aşamalı olarak yapıldı. Ameliyattan sonra 1-2. gün hastalara ‘’Rahmin Alınması (Histerektomi) Ameliyatı Sonrası Yaşam’’isimli kitapçıkla eğitim verildi ve eğitim sonrası kitapçık hastaya verildi (Ek-13). Ameliyat sonrası 6-7. günde ise ‘’Menopoz Döneminde Kadın Sağlığı’’ isimli kitapçıkla eğitim verildi ve eğitim sonrası kitapçık hastaya verildi (Ek-14). Postoperatif 2. aydaki son görüşmede ise hastaların soruları cevaplandı ve ‘’Menopoz Döneminde Kadın Sağlığı’’ eğitiminin kısa bir tekrarı yapıldı. Hastalara verilen eğitim 25-30 dakikalık bir süreyi kapsadı, anlatım ve demostrasyon yöntemleri kullanıldı.

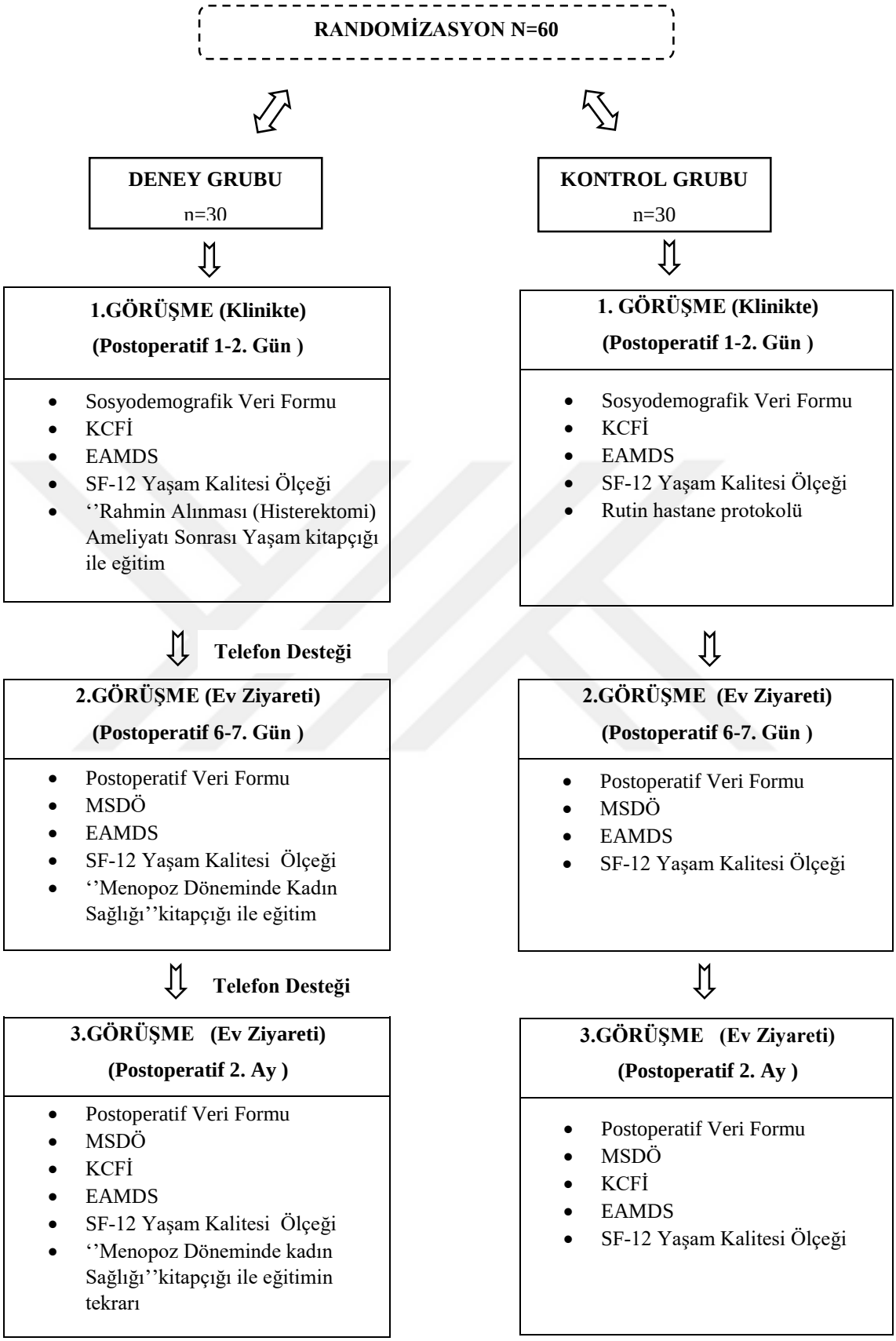
‘’Rahmin Alınması (Histerektomi) Ameliyatı Sonrası Yaşam’’ kitapçığında anlatılan konular:

- Dış genital ve iç genital organların yapısı ve işleyişi

- Histerektominin tanımı, tipleri, endikasyonları ve uygulanma şekli
- Ameliyat sonrası erken dönemde sık görülen yakınmalar ve fiziksel, emosyonel ve cinsel yakınmalarla başetme yolları
- Ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonlar ve hastaneye başvurması gereken durumlar
- Ameliyat sonrası dönemde iyileştirmeyi hızlandıracak uygulamalar

‘’Menopoz Döneminde Kadın Sağlığı’’ kitapçığında anlatılan konular:

- Histerektomi sonrası ilerleyen dönemlerde fiziksel, emosyonel ve cinsel değişimler
- Histerektomi sonrasında iyileşme sürecinde görülebilecek sorunlar ve bu sorunların çözümüne yönelik uygulamalar
- Menopoz semptomları ve başetme yolları



Şekil 3-1: Araştırma Akış Şeması

3.6.2. Sosyodemografik Veri Formu

Literatür kapsamında geliştirilen 17 soruluk bir formdur. Sosyodemografik veri formunda; yaş, gelir durumu, mesleği, eğitim düzeyi, sosyal güvencesi, taburculuk eğitimi alıp almadığı gibi sorular yer almaktadır (Ek-2).

3.6.3. Postoperatif Veri Formu

Literatür kapsamında geliştirilen 12 soruluk bir formdur. Ameliyat sonrası dönemde yaşanabilecek semptomları sorgulamak amacıyla geliştirildi. Postoperatif veri formunda insizyon yeri ile ilgili bir problem, halsizlik, yorgunluk gibi semptomların olup olmadığı sorgulanmaktadır (Ek-3).

3.6.4. Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)

Menopoz semptomları değerlendirme ölçeği ilk olarak Heinemann ve arkadaşları tarafından almanca olarak geliştirilmiş. Heinemann ve arkadaşları daha sonra ölçeği ingilizceye çevirerek geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmıştır (Heinemann ve ark. 2004). Menopozal semptomların şiddetini ve yaşam kalitesine etkisini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek somatik şikayetler, psikolojik şikayetler ve ürogenital şikayetler olmak üzere toplam üç alt boyuttan oluşmaktadır. Menopozal yakınmaları içeren toplam 11 maddeden oluşan likert tipi ölçekte her bir madde için "0= Hiç yok", "1= Hafif", "2= Orta", "3= Şiddetli" ve "4= Çok şiddetli" şeklinde puanlanmaktadır (Ek-4). Her bir madde için verilen puanlar esas alınarak ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 44'dür. Ölçekten alınan toplam puanın artması bir yandan yaşanan şikâyetlerin şiddetindeki artışı ifade ederken, diğer yandan yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini de göstermektedir (Heinemann ve ark. 2004; Gürkan 2005). Ölçeğin ilk versiyonu olan almanca versiyonunun Cronbach alfa katsayısı 0,82 olarak belirlenmiştir (Heinemann ve ark. 2004).

Ölçeğin türkçe geçerlilik, güvenirliği 2005 yılında Gürkan tarafından yapılmış ve Cronbach's alfa güvenirlik katsayısı 0.84 bulunmuştur (Gürkan 2005). Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı 0,76 olarak belirlendi ve ölçek kullanımına ilişkin yazardan gerekli izin alındı (Ek-8).

3.6.5. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ)

Rosen ve ark. tarafından kadınların son dört haftadaki cinsel işlevlerını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Rosen ve ark. 2000). Ölçek istek, uyarılma,

lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrı olmak üzere altı alt boyut ve 19 sorudan oluşan likert tipli bir ölçektir (Ek-5) Ölçekte sorular 0'dan 5'e kadar puanlanmaktadır. Her bir alt boyut için belirlenmiş faktör yükleri bulunmaktadır. Alt boyut ortalamaları bu faktör yükleriyle çarpıldıktan sonra, her bir alt boyut toplanıyor ve böylece ölçekten alınacak en yüksek puan 36 en düşük puan 2 olarak hesaplanmaktadır. Ölçek toplam puanı artması daha iyi cinsel işlevi göstermektedir. Cinsel işlev durumu ölçek toplam puanı 30 puan ve üzeri ise iyi, 23-29 puan arasında ise orta 23 puan altında ise kötü şeklinde belirlenmiştir. Ölçeğin kesme noktası 26,55'tir. KCFİ toplam puanı 26,55'in altındaysa cinsel fonksiyon bozukluğu olduğu düşünülmektedir. (Rosen ve ark. 2000; Aygin ve Aslan 2005; Öksüz ve Malhan 2005; Wiegel ve ark. 2005). Rosen ve ark. yaptığı çalışmada Cronbach alfa değeri 0,79-0,82 aralığında belirlenmiştir. (Rosen ve ark. 2000).

Ölçeğin türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması ise Aygin ve Aslan ile Öksüz ve Malhan tarafından 2005 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri Aygin ve Aslan'ın çalışmasında 0,98, Öksüz ve Malhan'ın çalışmasında 0,92 bulunmuştur. (Aygin ve Aslan 2005; Öksüz ve Malhan 2005). Bu çalışmada ise Cronbach alfa değeri 0,98 olarak belirlendi ve ölçek kullanımına ilişkin gerekli izin alındı (Ek-9).

3.6.6. Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS)

Ölçek Radloof tarafından 1974 yılında depresif semptomları belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Genel popülasyona ve özel gruplara uygulanabilen bu ölçek son bir haftayı değerlendirmektedir. Ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 0-3 puan alabilmekte 4, 8, 12 ve 16. maddeler ters puanlanmaktadır. 0= Nadiren ya da hiç (haftada 1 gün ya da daha az), 1= Ara-sıra (haftada 1–2 gün), 2= Sıklıkla (haftada 3–4 gün), 3= Çoğu zaman ya da her zaman (haftada 5-7 gün) şeklinde puanlanmaktadır (Ek-6). Ölçek toplam puan 0-60 arasında değişebilmekte 16 ve üzeri puan depresyon olasılığını düşündürmektedir. EAMDS depresif duygulanım, olumlu duygulanım, bedensel şikayetler ve kişiler arası ilişkiler olmak üzere toplam 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Radloff tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,85 olarak bulunmuştur (Radloff 1974; Yılmaz ve Beji 2010).

EAMDS Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Yılmaz ve Beji tarafından yapılmıştır ve Cronbach alfa katsayısı 0,85 olarak bulunmuştur (Yılmaz ve Beji 2010). Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı 0,83 olarak belirlendi. Ölçek kullanımına ilişkin yazardan gerekli izin alındı (Ek-10) (Radloff 1974; Yılmaz ve Beji 2010).

3.6.7. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ware ve arkadaşları tarafından geliştirilen SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin farklı 8 alt boyutundan 12 soru alınarak yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla oluşturan bir ölçektir (Ek-7). Ölçeğin daha kısa olması uygulanabilirliği açısından daha kolaydır. Ölçeğin SF-36'dan farklı bir skorlama yöntemi bulunmaktadır. Kısa form SF-12'de alt boyut olarak fiziksel (SF12-PCS) ve mental (SF12-MCS) bileşen özeti puanları hesaplanmaktadır. Ölçeğin fiziksel ve mental bileşen özeti toplam puanı 0-100 arasında değişmektedir ve alınan puan arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır. Ware ve ark.'nın yaptığı çalışmaya göre ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur (Ware ve ark. 1988; Jenkinson ve ark. 1997; Larson 2002).

Ataoğlu ve ark.'nın 2017 yılında fibromiyalji hastalarının yaşam kalitesini değerlendirdiği makalede SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ataoğlu ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur (Ataoğlu ve ark. 2017). Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı 0,74 olarak belirlendi ve ölçeğin kullanımına ilişkin yazardan gerekli izin alındı (Ek-11).

3.7. İstatistiksel Analiz

Çalışmanın istatistiksel analizleri SPSS 20.0 (IBM Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanılarak gerçekleştirildi. Tüm değişkenlere ilişkin tanımlayıcı ölçümler hesaplandı. Kategorik değişkenler frekans ve yüzde oranı, sayısal değişkenler ise ortalama±SS kullanılarak tablolarda sunuldu. Ölçek puanlarına ilişkin sayısal değişkenlerin normallik testi Kolmogorov-Smirnov yöntemi ile analiz edildi. Ancak puanların normal dağılmadığı görüldü. İki bağımsız grup karşılaştırması için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Tekrarlı görüşmelere ait skorların karşılaştırılmasında Wilcoxon işaretli sıra sayılar testi ile Friedman İki Yönlü Varyans Analizi tercih edildi. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında, Ki Kare testi ve Fisher's Exact test kullanıldı. Ölçeklere ait güvenirlik analizleri yapılarak Cronbach's alpha değerleri hesaplandı. Ölçekler arasındaki ilişkilerin tespit edilmesi için Spearman's korelasyon katsayıları hesaplandı. Çalışmanın tamamında tip-I hata değeri %5 alınarak $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik izni Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Arştırmalar Etik Kurulu'ndan alındı (Sayı: 72867572.050.01-180501, Tarih: 10.10.2017). Araştırmanın yapıldığı Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan kurum izni alındı (Ek-12). Kadınlar için çalışmanın amacı, nasıl uygulanacağına ilişkin bilgileri içeren bilgilendirilmiş gönüllü onam formu geliştirildi ve bu form aracılığıyla yazılı onamları alındı (Ek-1) Ayrıca 3. görüşmeden sonra ''Menopoz Döneminde Kadın Sağlığı'' eğitimi ve eğitim kitapçığı kontrol grubundaki hastalara da verildi.

3.9. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

3.9.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Araştırmanın tek kör randomize kontrollü bir çalışma olarak yapılmış olması
- Yazılı ve görsel bir materyalle eğitim verilmiş olması
- Deney grubundaki hastalara ev ziyareti yapılarak eğitim verilmesi ve telefon desteği sağlanması

3.9.2. Araştırmanın Sınırlı Yönleri

- Araştırmanın sadece tek bir merkez temel alınarak Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na başvuran kadınlarla yapılması
- Araştırmanın sonucunda kadınlara verilen eğitimin 2 aydan daha uzun dönem etkilerinin incelenememesi
- Araştırma kapsamında değerlendirilen hastaları ameliyat öncesi dönemdeki durumun değerlendirilememesi.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın sonucunda elde edilen veriler, tablolar şeklinde istatistiksel analizleriyle 7 bölümde sunulmuştur.

1. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

2. Kadınların Geçirdiği Operasyona İlişkin Bulgular

3. Kadınların Postoperatif Semptomlarına İlişkin Bulgular

4. Kadınların Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

5. Kadınların Yapılan Görüşmelere Göre Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

6. Kadınların Geçirdiği Ameliyat Türüne Göre, Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

7. Kadınların Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalası Kesme Puanına Göre, Diğer Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

4.1. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların deney ve kontrol grubuna göre sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4-1: Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Veriler

		Toplam (N=60)	Deney Grubu (n=30)	Kontrol Grubu (n=30)	Test Değeri	P
		n (%)	n (%)	n (%)		
Eğitim Durumu	İlkokul	37(61,7)	18(60)	19(63,3)	X^2:3,971*	0,265
	Ortaokul	6(10)	2(6,7)	4(13,3)		
	Lise	9(15)	7(23,3)	2(6,7)		
	Üniversite	8(13,3)	3(10)	5(16,7)		
Sosyal güvence	Var	59(98,3)	29(96,7)	30(100)	X^2:1,017	1,000[f]
	Yok	1(1,7)	1(3,3)	0 (0)		
Gelir durumu	Gelir giderden az	17(28,3)	10(33,3)	7(23,3)	X^2:0,739[a]	0,390
	Gelir gidere denk veya fazla	43(71,7)	20(66,7)	23(76,7)		
Çalışma durumu	Evet	11(18,3)	4(13,3)	7(23,3)	X^2:1,002	0,317
	Hayır	49(81,7)	26(86,7)	23(76,7)		
Kronik hastalık	Evet	25(41,7)	12(40)	13(43,3)	X^2:0,069	0,793
	Hayır	35(58,3)	18(60)	17(56,7)		
Adet görme	Evet	44(73,3)	22(73,3)	22(73,3)	X^2:0,000	1,000
	Hayır	16(26,7)	8(26,7)	8(26,7)		
Yaş	Ortalama±SS (Min –Maks.)	48,18±4,11 (40-55)	48,10±4,49 (40-55)	48,17±3,78 (42-55)	Z: -0,052	0,959
Evlenme Yaşı	Ortalama±SS (Min –Maks.)	19,10± 2,98 (14-27)	19,20±3,08 (14-26)	19,00±2,94 (15-27)	Z:-0,0416	0,677
Yaşayan Çocuk Sayısı	Ortalama±SS (Min –Maks.)	2,28± 1,02 (0-7)	2,10±0,80 (0-4)	2,47±1,20 (1-7)	Z:-1,129	0,259
Menopoz Süresi(Yıl) (n=16)	Ortalama±SS (Min –Maks.)	4,50 ±2,25 (1-8)	4,5±2,33 (1-8)	4,5±2,33 (1-8)	Z:0,000	1,000

*f=Fisher's Exact Test; X^2= Pearson Chi-Square Test; *sd=3, Z= Mann-Whitney U Test*

Tablo 4-1'de kadınların sosyodemografik özelliklerine ilişkin veriler deney ve kontrol gruplarına göre değerlendirildi.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların tümü evliydi. Deney grubundaki kadınların %60'ı ilkokul, %23,3'ü lise %10'u üniversite, %6,7'si ortaokul mezunuydu ve %96,7'sinin sosyal güvencesi vardı. Kontrol grubundaki kadınların ise %63,3'ü ilkokul, %16,7'si üniversite %13,3'ü ortaokul, %6,7'si lise mezunu ve %100'ünün sosyal güvencesi vardı.

Kadınların gelir düzeyleri incelendiğinde, deney grubundaki kadınların %66,7'si kontrol grubundaki kadınların %76,7'sinin gelirlerinin giderlerine denk veya fazla olduğu tespit edildi. Ayrıca deney grubundaki kadınların %86,7'si kontrol grubundaki kadınların ise %76,7'si çalışmıyordu.

Her iki grupta da kadınların %26,7'sinin menopozda olduğu belirlendi. Deney grubundaki kadınların %60'ının kontrol grubundaki kadınların %56,7'sinin kronik bir hastalığı yoktu.

Kadınların yaşı, evlenme yaşı, yaşayan çocuk sayısı ve kaç yıldır menopozda olduğuna ilişkin veriler deney ve kontrol grubunda Mann- Whitney U testi ile değerlendirildi. Sosyodemografik özelliklere ilişkin bu bulgular deney ve kontrol grubunda anlamlı farklılığa sahip değildi ($p>0,05$).

Deney grubundaki kadınların yaş ortalaması 48,10±4,49 olup, evlenme yaşı 19,20±3,08 olarak belirlendi. Yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2,10±0,80 olan deney grubundaki kadınların menopoz yılı ortalaması ise 4,5±2,33 olarak belirlendi.

Kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması 48,17±3,78 olup, evlenme yaşı 19,00±2,94 olarak belirlendi. Yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2,47±1,2 olan kontrol grubundaki kadınların menopoz yılı ortalaması ise 4,5±2,33 olarak belirlendi.

4.2. Kadınların Geçirdiği Operasyona İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların jinekolojik öyküsü, ameliyat türü ve tedavi sürecine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4-2: Kadınların Geçirdiği Operasyona İlişkin Veriler

		Toplam	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Test Değeri	P
		n (%)	n (%)	n (%)		
Jinekolojik operasyon geçirme	Evet	11(18,3)	5(16,7)	6(20)	X^2:0,111	0,739
	Hayır	49(81,7)	25(83,3)	24(80)		
Ameliyat türü	TAH+BSO	27(45)	15(50)	12(40)	X^2:0,606	0,436
	LAH+BSO	33(55)	15(50)	18(60)		
Tedavi sürecinde bilgi alma	Evet	36(60)	18(60)	18(60)	X^2:0,000	1,000
	Hayır	24(40)	12(40)	12(40)		
Bilgi alma durumu	Hemşire	4(11,1)	4(22,2)	0(0)	4,500 [f]	0,104
	Doktor	32(88,9)	14(77,8)	18(100)		
Bilgi almak istediği sağlık profesyoneli	Hemşire	25(41,7)	12(40)	13(43,3)	X^2 :0,069	0,793
	Doktor	35(58,3)	18(60)	17(56,7)		
Ameliyat endikasyonları	Anormal Uterin Kanama	24(40)	13(43,3)	11(36,7)	X^2:2,558*	0,465
	Miyoma Uteri	23(38,3)	13(43,3)	10(33,3)		
	Adneksiyal Kitle	9(15)	3(10)	6(20)		
	Pelvik Organ Prolapsusu	4(6,7)	1(3,3)	3(10)		

*f=Fisher's Exact Test; X^2= Pearson Chi-Square Test, *sd=3*

Tablo 4-2'de kadınların jinekolojik öykülerine bakıldığında, deney grubundaki kadınların %83,3'ünün, kontrol grubundaki kadınların %80'inin daha önce bir jinekolojik operasyon geçirmediği belirlendi. Deney grubundaki kadınların %50'sinin kontrol grubundaki kadınların ise %60'ının LAH+BSO geçirdiği tespit edildi.

Tedavi sürecine ilişkin bilgilendirilme durumu, deney ve kontrol grubunda eşit oranlardaydı (%60). Deney grubundaki kadınların çoğunun (%77,8), kontrol grubundaki kadınların ise tamamının hastalık sürecinde sadece doktordan bilgi aldıkları belirlendi. Buna karşın deney grubundaki kadınların %43,3'ü kontrol grubundaki kadınların ise %40'ı hastalık sürecinde hemşireden bilgi almak istediklerini ifade etti.

Kadınlar ameliyat endikasyonlarına göre incelendiğinde, deney grubundaki kadınların %43,3'ü anormal uterin kanama, %43,3'ü miyoma uteri, %10'u adneksiyal kitle, %3,3'ü pelvik organ prolapsusu nedeniyle operasyon geçirdi. Kontrol grubunda ise kadınların %36,7'si anormal uterin kanama, %33,3'ü miyoma uteri, %20'si adneksiyal kitle, %10'u pelvik organ prolapsusu nedeniyle operasyon geçirdi.

4.3. Kadınların Postoperatif Semptomlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların postoperatif 6-7. günde ve postoperatif 2. ayda ameliyat sonrası yaşadığı semptomlara ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4-3: Kadınların Postoperatif 6-7. Günde Yaşadığı Semptomlara İlişkin Veriler

Postoperatif Semptomlar		Toplam (N=60)		Deney Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)			
		n (%)		n (%)		n (%)		X^2	p
Sıcak basması	Evet	39	65	19	63,3	20	66,7	0,073	0,787
	Hayır	21	35	11	36,7	10	33,3		
Halsizlik, yorgunluk	Evet	35	58,3	17	56,7	18	33,3	0,069	0,793
	Hayır	25	41,7	13	43,3	12	66,7		
Güçsüzlük	Evet	34	56,7	19	63,3	15	50	1,086	0,297
	Hayır	26	43,3	11	36,7	15	50		
Uykusuzluk	Evet	16	26,7	19	63,3	19	63,3	0,000	1,000
	Hayır	44	73,3	11	36,7	11	36,7		
Ruhsal olarak kötü hissetme	Evet	15	25	5	16,7	10	33,3	2,222	0,136
	Hayır	45	75	25	83,3	20	66,7		
İdrar yaparken ağrı, yanma	Evet	13	21,7	10	33,3	3	10	4,812	0,028
	Hayır	47	78,3	20	66,7	27	90		
Kabızlık	Evet	9	15	4	13,3	5	16,7	0,131[f]	1,000
	Hayır	51	85	26	86,7	25	83,3		
İştahsızlık	Evet	8	13,3	4	13,3	4	13,3	0,000[f]	1,000
	Hayır	52	86,7	26	86,7	26	86,7		
Kötü kokulu vajinal akıntı	Evet	4	6,7	3	10	1	3,3	1,071[f]	0,612
	Hayır	56	93,3	27	90	29	96,7		
İshal	Evet	4	6,7	2	6,7	2	6,7	0,000[f]	1,000
	Hayır	56	93,3	28	93,3	28	93,3		
İnsizyon yerinde ağrı	Evet	2	3,3	1	3,3	1	3,3	0,000[f]	1,000
	Hayır	58	96,7	29	96,7	29	96,7		
İdrar kaçırma	Evet	1	1,7	100	0	1	3,3	1,017[f]	1,000
	Hayır	59	98,3	30	0	29	96,7		

f=Fisher's Exact Test; *X^2= Pearson Chi-Square Test*

Tablo 4-3'te çalışmaya katılan kadınların postoperatif 6-7. günde yaşadıkları semptomlar verilmiştir.

Deney grubundaki hastaların %63,3'ünün kontrol grubundaki hastaların ise %66,7'sinin ateş basması ve terleme şikayeti yaşadığı belirlendi. Ayrıca deney grubunda halsizlik ve yorgunluk yaşayan hastaların oranı %56,7 kontrol grubunda ise %33,3 olarak belirlendi. Hastaların toplam %56,7'sinde güçsüzlük yaşandığı belirlenirken, bu oran deney grubundaki hastalarda %63,3 kontrol grubundaki hastalarda ise %50 olarak tespit edildi.

Ameliyat sonrası uykusuzluk yaşadığını belirten hastaların oranları deney ve kontrol grubunda eşit olarak belirlendi (%63,3). Ruhsal olarak kendini kötü hisseden hastaların oranları deney grubunda %16,7 kontrol grubunda ise; %33,3 olarak tespit edildi. Deney grubundaki hastaların %33,3'ü kontrol grubundaki hastaların %10'u idrar yaparken ağrı ve yanma yaşadığını bildirdi. Deney grubunda bulunan kadınların %13,3'ünün kontrol grubundaki kadınların %16,7'sinin konstipasyon yaşadığı belirlendi. Ayrıca hem deney hem de kontrol grubundaki katılımcıların %13,3'ünün ameliyat sonrasında iştahsızlık yaşadığı saptandı.

Ameliyat sonrası kötü kokulu vajinal akıntı bildiren deney grubunda 3 (%10) kontrol grubunda ise 1 (%3,3) hasta vardı. Ayrıca diyare yaşadığını belirten hastaların oranları deney ve kontrol grubunda eşit oranlardaydı (%6,7). Deney grubunda ve kontrol grubunda hastaların %3,3'ünde ameliyat bölgesinde kızarıklık, akıntı ve ağrı olduğu belirlendi. Ameliyat sonrasında sadece kontrol grubunda 1 (%3,3) hastanın idrar kaçırma problemi yaşadığı sonucuna ulaşıldı.

Tablo 4-4: Kadınların Postoperatif 2. Ayda Yaşadığı Semptomlara İlişkin Veriler

Postoperatif Semptomlar		Toplam (N=60)		Deney Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)			
		n (%)		n (%)		n (%)		X^2	p
Sıcak basması	Evet	47	78,3	21	70	26	86,7	2,455	0,117
	Hayır	13	21,7	9	30	4	13,3		
Halsizlik, yorgunluk	Evet	26	43,3	12	40	14	46,7	0,271	0,602
	Hayır	34	56,7	18	60	16	53,3		
Güçsüzlük	Evet	14	23,3	7	23,3	7	23,3	0,000	1,000
	Hayır	46	76,7	23	76,7	23	76,7		
Ruhsal olarak kötü hissetme	Evet	11	18,3	2	6,7	9	30	5,455	0,020
	Hayır	49	81,7	28	93,3	21	70		
Uykusuzluk	Evet	9	15	5	16,7	4	13,3	0,131[f]	1,000
	Hayır	51	85	25	83,3	26	86,7		
İdrar yaparken ağrı, yanma	Evet	5	8,3	3	10	2	6,7	0,218[f]	1,000
	Hayır	55	91,7	27	30	28	93,3		
Kabızlık	Evet	4	6,7	4	13,3	0	0	4,286[f]	0,112
	Hayır	56	93,3	26	86,7	30	100		
İdrar kaçırma	Evet	2	3,3	2	6,7	0	0	2,069[f]	0,492
	Hayır	58	96,7	28	93,3	30	100		
İshal	Evet	1	1,7	0	0	1	3,3	1,017[f]	1,000
	Hayır	59	98,3	30	100	29	96,7		
İştahsızlık	Evet	1	1,7	1	3,3	0	0	1,017[f]	1,000
	Hayır	59	98,3	29	96,7	30	100		
Kötü kokulu vajinal akıntı	Evet	0	0	0	0	0	0	-	N/A
	Hayır	60	100	30	100	30	100		
İnsizyon yerinde ağrı	Evet	0	0	0	0	0	0	-	N/A
	Hayır	60	100	30	100	30	100		

f=Fisher's Exact Test; *X^2= Pearson Chi-Square Test*

Tablo 4-4'de çalışmaya katılan kadınların postoperatif 2. ayda yaşadıkları semptomlar verilmiştir. Deney grubundaki hastaların %70'inin kontrol grubundaki hastaların ise %86,7'sinin ateş basması ve terleme şikayeti yaşadığı belirlendi. Deney grubunda halsizlik ve yorgunluk yaşayan kadınların oranı %40 kontrol grubunda ise

%46,7 bulundu. Ameliyat sonrası güçsüzlük yaşayan hastalar deney grubunda ve kontrol grubunda eşit oranlara (%23,3) sahipti.

Ruhsal olarak kendini kötü hisseden hastaların oranları deney grubunda %6,7 kontrol grubunda ise, %30 olarak tespit edildi. Deney grubundaki kadınların %16,7'sinin kontrol grubundaki kadınların %13,3'ünün uykusuzluk yaşadığı belirlendi. Deney grubundaki hastaların %10'u kontrol grubunda ise %6,7'si idrar yaparken ağrı ve yanma yaşadığını ifade etti.

Deney grubunda bulunan hastaların %13,3'ü konstipasyon yaşarken, kontrol grubunda bulunan hastalardan konstipasyon yaşayan yoktu. Ameliyat sonrasında sadece deney grubunda 2 (%6,7) hastanın idrar kaçırma problemi yaşadığı sonucuna ulaşıldı. Ameliyat sonrası diyare yaşadığını belirten toplam 1 (%3,3) hasta vardı ve bu hasta kontrol grubunda bulunuyordu. Ayrıca deney grubunda sadece 1(%3,3) hastanın iştahsızlık yaşadığı belirlendi. Ameliyat sonrası kötü kokulu vajinal akıntı ve insizyon bölgesinde kızarıklık, ağrı bildiren hasta yoktu.

4.4. Kadınların Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların 1. 2. ve 3. görüşmede Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ), Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ), Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Sklası (EAMDS) ve SF-12 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması deney ve kontrol gruplarına göre karşılaştırıldı.

Tablo 4-5: Kadınların Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeğinden (MSDÖ) Aldıkları Puanların Deney ve Kontrol Gruplarında Karşılaştırılması

MSDÖ	Deney Grubu (n=30)	Kontrol Grubu (n=30)		
	Ortalama±SS (medyan)	Ortalama±SS (medyan)	Test Değeri	p
2.Görüşme Toplam Puan	10,20±5,96 (8,5)	7,73±4,56 (7)	-1,994	0,095
Somatik Şikayetler	4,10±2,93 (3)	2,40±1,71 (2)	-0,318	**0,023***
Psikolojik Şikayetler	1,50±1,98 (1)	2,07±1,91 (2)	-1,586	0,113
Ürogenital Şikayetler	2,27±1,74 (2)	2,80±1,77(2,5)	-1,366	0,172
3.Görüşme Toplam Puan	5,87±3,67 (4)	7,63±3,66 (8)	-1,668	**0,046***
Somatik Şikayetler	2,87±2,10 (2,5)	2,83±1,39 (3)	-2,275	0,751
Psikolojik Şikayetler	1,50±1,98 (1)	2,07±1,91 (2)	-1,586	0,113
Ürogenital Şikayetler	2,27±1,74 (2)	2,80±1,77(2,5)	-1,366	0,172

*Mann Whitney-U testi (*p<0,01)*

Tablo 4-5'de çalışmaya katılan kadınlara 2. ve 3. görüşmede uygulanan MSDÖ toplam puanları ve alt boyut puanları deney ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılmıştır.

Kadınların 2. görüşmede MSDÖ toplam puanı deney grubunda daha yüksekti ve anlamlı farklılığa sahip değildi (p=0,095). Somatik şikayetler alt boyut puanı kontrol grubunda daha düşüktü ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,023). Kadınların 3. görüşmede MSDÖ toplam puanı deney grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük olarak tespit edildi (p=0,046).

Tablo 4-6: Kadınların Cinsel Fonksiyon İndeksinden (KCFİ) Aldıkları Puanların Deney ve Kontrol Gruplarında Karşılaştırılması

KCFİ	Deney Grubu (n=30)	Kontrol Grubu (n=30)		
	Ortalama±SS (medyan)	Ortalama±SS (medyan)	Test Değeri	p
1.Görüşme Toplam Puan	12,78 ± 9,94 (10,7)	11,78±9,80 (6)	-0,200	0,841
İstek	1,18±2,50 (2,4)	2,40±0,91 (2,4)	-0,084	0,933
Uyarılma	1,75±1,59 (0,6)	1,38±1,69 (0,0)	-0,474	0,635
Lubrikasyon	1,94±1,85 (1,2)	1,85±2,24 (0,0)	-0,097	0,923
Orgazm	1,87±1,72 (0,8)	1,65±1,89 (0,0)	-0,199	0,842
Memnuniyet	1,50±2,83 (2,8)	2,47±1,26 (2,4)	-0,903	0,367
Ağrı	2,57±2,29 (0,6)	2,03±2,51 (0,0)	-0,475	0,635
3.Görüşme Toplam Puan	10,05±10,92 (6,1)	5,82±7,11 (2,4)	-3,541	**<0,001***
İstek	0,99±2,78 (2,4)	1,74±0,78 (1,2)	-4,033	**<0,001***
Uyarılma	1,82±1,11 (0,0)	0,61±1,29 (0,0)	-1,080	0,28
Lubrikasyon	2,13±1,31 (0,0)	0,63±1,41 (0,0)	-1,167	0,243
Orgazm	1,91±1,17 (0,0)	0,53±1,18 (0,0)	-1,186	0,236
Memnuniyet	1,46±2,92 (3,2)	1,55±1,07 (1,2)	-3,847	**<0,001***
Ağrı	2,59±1,63 (0,0)	0,76±1,72 (0,0)	-1,169	0,242

*Mann Whitney-U testi (*p<0,01)*

Tablo 4-6'de çalışmaya katılan kadınlara 1. ve 3. görüşmede uygulanan KCFİ toplam puanları ve alt boyut puanları deney ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılmıştır.

İlk görüşmede toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin puanlar deney ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığa sahip değildi. Toplam puan, uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve ağrı alt boyutlarından elde edilen puanlar deney grubunda daha yüksek, istek ve memnuniyet boyutları ise kontrol grubunda daha yüksek bulundu. 3. görüşmede ölçek toplam puanı deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek belirlendi (p<0,001). İstek ve memnuniyet alt boyutundan elde edilen puanlar ise kontrol grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (p<0,001, p<0,001).

Tablo 4-7: Kadınların Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalasından (EAMDS) Aldıkları Puanların Deney ve Kontrol Gruplarında Karşılaştırılması

EAMDS	Deney (n=30)	Kontrol (n=30)		
	Ortalama±SS (medyan)	Ortalama±SS (medyan)	Test Değeri	P
1.Görüşme Toplam Puan	21,27±9,35 (22,50)	14,83±5,61 (15)	-2,747	**0,006***
Depresif Duygulanım	6,37±4,10 (6)	3,63±2,50 (3)	-2,683	**0,007***
Olumlu Duygulanım	7,13±1,85 (7)	5,77±1,61 (6)	-2,962	**0,003***
Bedensel Şikayetler	7,63±4,41 (7)	5,40±2,13 (5)	-2,027	**0,043***
Kişiler Arası İlişkiler	0,13±0,35 (0)	0,03±0,18 (0)	-1,390	0,165
2.Görüşme Toplam Puan	14,50±7,02 (12)	9,53±5,70 (9)	-3,146	**0,002***
Depresif Duygulanım	3,00±3,06 (2)	1,77±2,25 (1)	-1,865	0,062
Olumlu Duygulanım	6,50±1,63 (6)	4,37±2,40 (4)	-3,813	**<0,001***
Bedensel Şikayetler	4,93±3,08 (5)	3,40±1,77 (3)	-1,884	0,060
Kişiler Arası İlişkiler	0,07±0,25 (0)	0±0 (0)	-1,426	0,154
3.Görüşme Toplam Puan	7,23±4,09 (6)	9,00±5,59 (8)	-1,187	0,235
Depresif Duygulanım	1,03±1,52 (0)	1,53±2,27 (0)	-0,579	0,563
Olumlu Duygulanım	3,70±1,56 (4)	4,83±2,69 (4,5)	-1,283	0,199
Bedensel Şikayetler	2,50±1,81 (2)	2,63±1,75 (2)	-0,286	0,775
Kişiler Arası İlişkiler	0±0 (0)	0±0 (0)	0,00	N/A

*Mann Whitney-U testi (*p<0,01)*

Tablo 4-7'de kadınların EAMDS puanları deney ve kontrol grubuna göre karşılaştırıldı.

İlk görüşmede deney ve kontrol gruplarında anlamlı fark vardı (p<0,01 p=0,006). 1. görüşmede EAMDS depresif duygulanım, olumlu duygulanım ve bedensel şikayetler alt boyutlarından elde edilen puanlar deney grubunda anlamlı düzeyde daha yüksekti (p=0,006, p=0,007 p=0,003 p=0,043). Kadınların 2. görüşmede EAMDS toplam puanı ve olumlu duygulanım alt boyut puanı deney grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. (p<0,01 p=0,002) 3. görüşmede EAMDS toplam puan ve alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılığa sahip değildi fakat ölçek toplam puanları ve alt boyut puanları deney grubunda kontrol grubuna göre daha düşüktü.

Tablo 4-8: Kadınların SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Deney ve Kontrol Gruplarında Karşılaştırılması

SF-12 Yaşam Kalitesi	Deney Grubu (n=30)	Kontrol Grubu (n=30)		
	Ortalama±SS (Medyan)	Ortalama±SS (Medyan)	Test Değeri	p
1.Görüşme Fiziksel Bileşen Özeti	36,98±6,73(35,6)	38,61±6,67 (37,8)	-0,961	0,337
1.Görüşme Mental Bileşen Özeti	43,15±6,63(44,4)	42,68±6,36 (42,4)	-0,444	0,657
2.Görüşme Fiziksel Bileşen Özeti	38,20±4,05(38,5)	41,62±4,41(41,1)	-1,094	**0,007***
2.Görüşme Mental Bileşen Özeti	39,89±8,53(39,3)	37,45±5,73 (36,6)	-0,547	0,169
3.Görüşme Fiziksel Bileşen Özeti	41,91±4,40(42,6)	43,39±5,33 (44,1)	-2,720	0,274
3.Görüşme Mental Bileşen Özeti	40,29±4,26(40,7)	40,83±4,43(40,2)	-1,375	0,584

*Mann Whitney-U testi (*p<0,01)*

Tablo 4-8'de deney ve kontrol grubundaki kadınların SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirilmiştir.

İlk görüşmede deney grubundaki kadınların fiziksel bileşen skoru, kontrol grubuna göre daha düşük, mental bileşen skoru ise daha yüksekti. İlk görüşmede fiziksel ve mental bileşen skoru deney ve kontrol grubunda anlamlı faklılığa sahip değildi ($p>0,05$).

2. görüşmede fiziksel bileşen skoru deney grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük olarak tespit edildi ($p<0,01$). Mental bileşen skoru ise deney grubunda daha yüksekti ve bu fark anlamlı değildi ($p>0,05$). 3. görüşmeye ait toplam ölçek puanları ortalaması deney ve kontrol grubunda anlamlı farklılığa sahip değildi.

4.5. Kadınların Yapılan Görüşmelere Göre Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların yapılan görüşmelere göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalası ve SF-12 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar deney ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılmıştır.

Tablo 4-9: Görüşmelere Göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeğinden (MSDÖ) Alınan Puanların Karşılaştırılması

MSDÖ		2.Görüşme	3.Görüşme		
		Ortalama±SS (medyan)	Ortalama±SS (medyan)	Test Değeri	p
Toplam	**Deney**	10,20±5,96(8,50)	5,87±3,67(4)	-3,749[b]	**<0,001***
	Kontrol	7,73±4,56(7)	7,63±3,66(8)	-0,830[b]	0,406
Somatik Şikayetler	**Deney**	4,10±2,93(3)	2,87±2,10(2,50)	-2,526[b]	**0,012***
	Kontrol	2,40±1,71(2)	2,83±1,39(3)	-1,225[d]	0,221
Psikolojik Şikayetler	**Deney**	1,50±1,98(1)	1,50±1,98(1)	0,000[c]	1,000
	Kontrol	2,07±1,91(2)	2,07±1,91(2)	0,000[c]	1,000
Ürogenital Şikayetler	**Deney**	2,27±1,74(2)	2,27±1,74(2)	0,000[c]	1,000
	Kontrol	2,80±1,77(2,5)	2,80±1,77(2,5)	0,000[c]	1,000

Wilcoxon işaretli sıra sayıları testi (p<0,01)

Tablo 4-9'da MSDÖ puanlarının gruplara göre görüşmeler arasındaki karşılaştırılması değerlendirilmiştir.

Deney grubunda MSDÖ toplam puanı ve somatik şikayetler alt boyutunda istatistiksel olarak görüşmeler arası anlamlı bir azalma belirlendi (p<0,001, p=0,012). Kontrol grubunda ise anlamlı bir fark yoktu.

Tablo 4-10: Görüşmelere Göre Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksinden (KCFİ) Alınan Puanların Karşılaştırılması

KCFİ		1.Görüşme	3.Görüşme		
		Ortalama±SS (medyan)	Ortalama±SS (medyan)	Test Değeri	p
Toplam	Deney	12,78±9,94 (10,70)	10,05±10,92(6,10)	-0,649[b]	0,517
	Kontrol	11,78±9,8(6)	5,82±7,11(2,40)	-3,430[b]	**0,001***
İstek	Deney	1,18±2,50(2,40)	0,99±2,78(2,40)	-1,324[b]	0,185
	Kontrol	2,40±0,91(2,40)	1,74±0,78(1,20)	-3,277[c]	**0,001***
Uyarılma	Deney	1,75±1,59(0,60)	1,82±1,11(0)	-1,137[b]	0,255
	Kontrol	1,38±1,69(0)	0,61±1,29(0)	-2,323[b]	**0,020***
Lubrikasyon	Deney	1,94±1,85(1,20)	2,13±1,31(0)	-1,091[b]	0,275
	Kontrol	1,85±2,24(0)	0,63±1,41(0)	-2,860[b]	**0,004***
Orgazm	Deney	1,87±1,72(0,80)	1,91±1,17(0)	-1,199[c]	0,231
	Kontrol	1,65±1,89(0)	0,53±1,18(0)	-2,685[c]	**0,007***
Memnuniyet	Deney	1,50±2,83(2,80)	1,46±2,92(3,20)	-0,172[c]	0,864
	Kontrol	2,47±1,26(2,40)	1,55±1,07(1,20)	-3,471[b]	**0,001***
Ağrı	Deney	2,57±2,29(0,60)	2,59±1,63(0)	-0,788[c]	0,431
	Kontrol	2,03±2,51(0)	0,76±1,72(0)	-2,763[c]	**0,006***

Wilcoxon işaretli sıra sayıları testi (p<0,01)

Tablo 4-10'de KCFİ ölçeği puanlarının gruplara göre görüşmeler arası karşılaştırılması değerlendirilmiştir.

Deney grubunda KCFİ uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve ağrı alt boyut puanlarında görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir artış olduğu belirlendi.

Deney grubunda ilk görüşmede KCFİ toplam puanı daha yüksekti ve 3. görüşmede istatistiksel olarak anlamlı bir azalma belirlendi (p=0,001). Kontrol grubunda KCFİ toplam puanı ve diğer tüm alt boyutları olan istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrı puanları 3. görüşmede, ilk görüşmeye oranla anlamlı düzeyde düşük bulundu (p=0,001, p=0,001, p=0,020, p=0,004, p=0,007, p=0,001, p=0,006).

Tablo 4-11: Görüşmelere Göre Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalasından (EAMDS) Alınan Puanların Karşılaştırılması

EAMDS		1.Görüşme	2.Görüşme	3.Görüşme		
		Ortalama±SS (medyan)	**Ortalama±SS (medyan)**	**Ortalama±SS (medyan)**	**Test Değeri**	**p**
Toplam	Deney	21,27±9,35[b](22,50)	14,50±7,02[a](12)	7,23±4,09[a,b] (6)	-3,338[b]	**<0,001***
	Kontrol	14,83±5,61[a,b] (15)	9,53±5,70[a] (9)	9,00±5,59[b] (8)	-3,940[b]	**<0,001***
Depresif Duygulanım	Deney	6,37±4,10[a] (6)	3,00±3,06[a] (2)	1,03±1,52[a] (0)	-3,348[b]	**<0,001***
	Kontrol	3,63±2,50[a,b] (3)	1,77±2,25[a] (1)	1,53±2,27[b] (0)	-3,425[b]	**0,001***
Olumlu Duygulanım	Deney	7,13±1,85[b] (7)	6,50±1,63[a] (6)	3,7±1,56[a,b] (4)	-4,180[b]	**<0,001***
	Kontrol	5,77±1,61 (6)	4,37±2,40(4)	4,83±2,69(4,50)	-1,305	0,101
Bedensel Şikayetler	Deney	7,63±4,41[b] (7)	4,93±3,08[a] (5)	2,50±1,81[a,b] (2)	-3,371[b]	**<0,001***
	Kontrol	5,40±2,13[a,b] (5)	3,40±1,77[b] (3)	2,63±1,75[a] (2)	-3,292[b]	**<0,001***
Kişiler Arası İlişkiler	Deney	0,13±0,35(0)	0,07±0,25(0)	0,0±0,0(0)	-1,192	0,901
	Kontrol	0,03±0,18(0)	0,0±0,0(0)	0,0±0,0 (0)	-1,173	0,368

*Friedman İki Yönlü Varyans Analizi (*p<0,001)*

Tablo 4-11'de EAMDS puanlarının gruplara göre görüşmeler arasındaki karşılaştırılması değerlendirilmiştir.

Görüşmeler arasında EAMDS puanları önemli düzeyde farklılığa sahipti. İlk görüşmede yüksek olan EAMDS toplam puanı diğer görüşmelerde azalma gösterdi ve 3. görüşmede deney grubunda kontrol grubuna göre daha düşüktü. Depresif duygulanım alt boyut puanları deney ve kontrol grubunda farklıydı. İlk görüşmede yüksek olan puan diğer görüşmelerde azalma göstermiş ve 3. görüşmede deney grubunda kontrol grubuna göre daha düşük olduğu tespit edildi (p<0,001). Olumlu duygulanım alt boyutuna ait toplam puan sadece deney grubunda anlamlı farklılığa sahipti ve deney grubunda daha düşüktü(p<0,001). Bedensel şikayetler alt boyut puanında ise hem deney hem de kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir azalma vardı ve deney grubunda kontrol grubuna göre daha düşüktü (p<0,001).

Tablo 4-12: Görüşmelere Göre SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Alınan Puanların Karşılaştırılması

SF-12 Yaşam Kalitesi		1.Görüşme	2.Görüşme	3.Görüşme		
		Ortalama±SS (medyan)	**Ortalama±SS (medyan)**	**Ortalama±SS (medyan)**	**Test Değeri**	**p**
Fiziksel Bileşen Özeti	Deney	36,98±6,73[a] (35,61)	38,20±4,05[b] (38,55)	41,91±4,40[a,b] (42,65)	-3,425[b]	**<0,001***
	Kontrol	38,61±6,67[a] (37,85)	41,62±4,41 (41,17)	43,39±5,33[a] (44,16)	-2,643[b]	**0,007***
Mental Bileşen Özeti	Deney	43,15±6,63 (44,40)	39,89±8,53 (39,39)	40,29±4,26 (40,77)	-1,841[b]	0,061
	Kontrol	42,68±6,36[a] (42,45)	37,45±5,73[a] (36,36)	40,83±4,43 (40,25)	-2,170[c]	**0,026***

*Friedman İki Yönlü Varyans Analizi (*p<0,001)*

Tablo 4-12'de SF-12 yaşam kalitesi ölçeğinin gruplara göre görüşmeler arasındaki karşılaştırılması değerlendirilmiştir.

Deney grubunda 1. ve 3. görüşme puanları ile 2. ve 3. görüşme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artış gösterdi (p<0,001). Kontrol grubunda ise 1. ve 3. görüşme arasında fiziksel bileşen puanları arasında anlamlı fark vardı (p= 0,007). Deney grubunda mental bileşen puanları anlamlı farklılığa sahip değildi. Mental bileşen özeti ise kontrol grubunda 1. ve 2. görüşme arasında anlamlı bir azalma gösterdi (p =0,026).

4.6. Kadınların Geçirdiği Ameliyat Türüne Göre, Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların geçirmiş olduğu ameliyat türüne göre Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalası ve SF-12 Yaşam Kalitesi ölçeğinden alınan puanlar deney ve kontrol gruplarına göre değerlendirilmiştir.

Tablo 4-13: Kadınların Geçirmiş Olduğu Ameliyat Türüne Göre Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) Puanları

Ameliyat Türü		TAH+BSO	LAH+BSO		
MSDÖ		**Ortalama±SS (medyan)**	**Ortalama±SS (medyan)**	**Test değeri**	**P**
2.Görüşme Toplam	Deney	10,33± 4,68(9)	10,06 ± 7,17(8)	-1,668	0,095
	Kontrol	9,25± 5,10(8)	6,72 ±3,98 (6)		
Somatik Şikayetler	Deney	4,13 ±2,74(4)	4,06 ±3,19(3)	-2,275	**0,023**
	Kontrol	2,58± 1,88(2,50)	2,27± 1,63 (2)		
Psikolojik Şikayetler	Deney	1,33±1,39(1)	1,66± 2,46(1)	-1,586	0,113
	Kontrol	2,50 ±1,93(2)	1,77± 1,89 (2)		
Ürogenital Şikayetler	Deney	2,13 ±1,84 (2)	2,40± 1,68(2)	-1,366	0,172
	Kontrol	3,25 ±1,81 (4)	2,50± 1,72 (2)		
3.Görüşme Toplam	Deney	5,93± 3,45(4)	5,80 ±4,00(4)	-1,994	**0,046**
	Kontrol	8,33 ±3,77 (8)	7,16 ±3,61 (7,50)		
Somatik Şikayetler	Deney	2,80± 1,78(3)	2,93± 2,43(2)	-0,318	0,751
	Kontrol	3,00 ±1,41 (3)	2,72± 1,40 (3)		
Psikolojik Şikayetler	Deney	1,33 ±1,39(1)	1,66 ±2,46(1)	-1,586	0,113
	Kontrol	2,50± 1,93 (2)	1,77 ±1,89 (2)		
Ürogenital Şikayetler	Deney	2,13± 1,84(2)	2,40 ±1,68(2)	-1,366	0,172
	Kontrol	3,25± 1,81 (4)	2,50 ±1,72 (2)		

*Mann Whitney-U testi (*p<0,05)*

Tablo 4-13'de kadınların geçirdikleri operasyon türüne göre MSDÖ puanları deney ve kontrol gruplarında karşılaştırılmıştır.

Deney grubunda 2. görüşmede MSDÖ somatik şikayetler alt boyutu puanı TAH+BSO geçiren kadınlarda anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (p =0,023). Deney grubunda 3. görüşmede ise LAH+BSO geçiren kadınların MSDÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu (p =0,046).

Tablo 4-14: Kadınların Geçirmiş Olduğu Ameliyat Türüne Göre Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) Puanları

Ameliyat Türü		TAH+BSO	LAH+BSO		
KCFİ		**Ortalama±SS (medyan)**	**Ortalama±SS (medyan)**	**Test değeri**	**p**
1.Görüşme Toplam	Deney	12,48± 9,90(8,80)	13,08±10,31(13,20)	-0,200	0,841
	Kontrol	10,56±9,12(5,60)	12,58 10,39(6)		
İstek	Deney	2,68±1,19(2,40)	2,32 ±1,17(2,40)	-0,084	0,933
	Kontrol	2,25±0,81(2,40)	2,50 0,97(2,40)		
Uyarılma	Deney	1,48±1,77(0)	1,70 ±1,77(2,10)	-0,474	0,635
	Kontrol	1,32±1,72(0)	1,41 1,71(0)		
Lubrikasyon	Deney	1,76±1,99(0)	1,94 ±1,95 (2,40)	-0,097	0,923
	Kontrol	1,52 1,98(0)	2,06 2,41(0)		
Orgazm	Deney	1,49±1,75(0)	1,94 ±2,00 (2)	-0,199	0,842
	Kontrol	1,76 1,96 (1,20)	1,57 1,88(0)		
Memnuniyet	Deney	2,88±1,47(2,80)	2,77± 1,58 (2,8)	-0,903	0,367
	Kontrol	2,16±1,13(1,80)	2,66(1,33 (1,60)		
Ağrı	Deney	2,18 ±2,68(0)	2,40 ±2,53 (1,6)	-0,475	0,635
	Kontrol	1,53±2,05 (0)	2,35 2,78(0)		
3.Görüşme Toplam	Deney	11,36±10,39(6,20)	10,47 ±10,03(6)	-3,541	**0,000**
	Kontrol	7,67± 9,73(2)	4,58 ±4,56(2,80)		
İstek	Deney	2,76 ±0,81 (2,40)	2,80± 1,17(2,40)	-4,033	**0,000**
	Kontrol	1,58±0,86(1,20)	1,66±0,72(1,20)		
Uyarılma	Deney	1,20 ±1,88(0)	1,02± 1,81 (0)	-1,080	0,280
	Kontrol	1,85±0,86(1,20)	0,41±0,98(0)		
Lubrikasyon	Deney	1,46±2,29(0)	1,16± 2,02(0)	-1,167	0,243
	Kontrol	0,90±1,64(0)	0,36±0,85 (0)		
Orgazm	Deney	1,33±2,08(0)	1,01±1,78(0)	-1,186	0,236
	Kontrol	1,02±1,95(0)	0,35±0,88 (0)		
Memnuniyet	Deney	2,96 ±1,40(3,20)	2,88± 1,56(3,20)	-3,847	**0,000**
	Kontrol	0,80±1,52(0)	1,35±0,55(1,60)		
Ağrı	Deney	1,65± 2,51(0)	1,60 ±2,74(0)	-1,169	0,242
	Kontrol	1,26±2,39(0)	0,42±1,01(0)		

*Mann Whitney-U testi (*p<0,05)*

Tablo 4-14'de kadınların geçirdikleri operasyon türüne göre KCFİ ölçeğinden aldıkları puanlar deney ve kontrol gruplarında karşılaştırılmıştır.

Kadınların KCFİ ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları ilk görüşmede ameliyat türüne göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermedi. Kadınların 3. görüşmede KCFİ toplam puanı, istek ve memnuniyet alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Deney grubunda TAH+BSO geçiren kadınlarda KCFİ toplam puanı ve memnuniyet alt boyut puanı anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0,000). Deney grubunda KCFİ istek alt boyut puanı LAH+BSO geçiren kadınlarda anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p=0,000).

Tablo 4-15: Kadınların Geçirmiş Olduğu Ameliyat Türüne Göre Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS) Puanları

Ameliyat türü		TAH+BSO	LAH+BSO		
EAMDS		**Ortalama±SS (medyan)**	**Ortalama±SS (medyan)**	**Test Değeri**	**p**
1.Görüşme Toplam	Deney	23,00±8,51(26)	19,30± 10,11(20)	-2,747	**0,006**
	Kontrol	14,33±4,39(15)	15,16± 6,40(15)		
Depresif Duygulanım	Deney	6,40±3,69(7)	6,33± 4,59(6)	-2,683	**0,007**
	Kontrol	3,41±2,27(3)	3,77±2,69(3,50)		
Olumlu Duygulanım	Deney	7,73 ±1,57(8)	6,53±1,95(7)	-2,962	**0,003**
	Kontrol	5,50±1,24(6)	5,94 ±1,83(6,50)		
Bedensel Şikayetler	Deney	8,73± 4,38 (9)	6,53 ±4,30(6)	-2,027	**0,043**
	Kontrol	5,41 ± 1,62 (5,50)	5,38±2,45(4,50)		
Kişiler Arası İlişkiler	Deney	0,13 ±0,31 (0)	0,13 ±0,35 (0)	-1,390	0,165
	Kontrol	0 ± 0 (0)	0,05±0,23(0)		
2.Görüşme Toplam	Deney	15,46 ±3,27 (2)	13,53± 6,59(12)	-3,146	**0,002**
	Kontrol	10,91± 6,21(9,50)	8,61 ±5,31(8,50)		
Depresif Duygulanım	Deney	3,00± 3,27 (2)	3,00± 2,95 (3)	-1,865	0,062
	Kontrol	2,33± 2,42(1,50)	1,38±2,11 (0,50)		
Olumlu Duygulanım	Deney	6,66 ±1,87(6)	6,33 ±1,39(6)	-3,813	**0,000**
	Kontrol	4,75 ± 2,41(5)	4,11± 2,42 (4)		
Bedensel Şikayetler	Deney	5,73± 3,17(5)	4,13± 2,87(3)	-1,884	0,060
	Kontrol	3,83 ± 2,08 (3,50)	3,11± 1,52(3)		
Kişiler Arası İlişkiler	Deney	0,06±0,25(0)	0,06± 0,25 (0)	-1,426	0,154
	Kontrol	0± 0 (0)	0 ±0 (0)		
3.Görüşme Toplam	Deney	6,53 ±2,97(6)	7,93± 4,97 (6)	-1,187	0,235
	Kontrol	10± 6,92(8)	8,33± 4,58(8)		
Depresif Duygulanım	Deney	0,86 ±1,45(0)	1,20± 1,61 (0)	-0,579	0,563
	Kontrol	2,41 ± 2,96(1)	0,94± 1,47 (0)		
Olumlu Duygulanım	Deney	3,26± 1,27 (4)	4,13± 1,72 (4)	-1,283	0,199
	Kontrol	4,91± 2,96(4,50)	4,77 ±2,57 (4,50)		
Bedensel Şikayetler	Deney	2,40± 1,29 (0)	2,60± 2,26 (2)	-0,286	0,775
	Kontrol	2,66 ± 1,72(2,50)	2,61 ±1,81(2)		
Kişiler Arası İlişkiler	Deney	0 ±0 (0)	0 ±0 (0)	-0,000	1,000
	Kontrol	0 ±0 (0)	0 ±0 (0)		

*Mann Whitney-U testi (*p<0,05)*

Tablo 4-15'de kadınların geçirdikleri operasyon türüne göre EAMDS puanları deney ve kontrol gruplarında karşılaştırılmıştır. Kadınların 1. görüşmede EAMDS toplam puanı, depresif duygulanım, olumlu duygulanım ve bedensel şikayetler alt boyut puanı TAH+BSO geçiren deney grubundaki kadınlarda anlamlı düzeyde daha yüksek olarak tespit edildi (p =0,006, p =0,007, p= 0,003 p =0,043). Kadınların 2. görüşmede EAMDS toplam puanı ve olumlu duygulanım alt boyut puanı TAH+BSO geçiren deney grubundaki kadınlarda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (p =0,002, p =0,000).

Tablo 4-16: Kadınların Geçirmiş Olduğu Ameliyat Türüne Göre SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları

Ameliyat türü		**TAH+BSO**	**LAH+BSO**		
SF-12 Yaşam Kalitesi		**Ortalama±SS (Medyan)**	**Ortalama±SS (Medyan)**	**Test Değeri**	**P**
1.Görüşme	Deney	36,08±6,16 (34,69)	37,88±7,36 (36,65)	-0,961	0,337
Fiziksel Bileşen	Kontrol	35,13± 4,13 (35,05)	40,93 ±7,10 (39,63)		
1.Görüşme	Deney	41,71±7,55 (43,99)	44,59 ±5,44 (44,73)	-0,444	0,657
Mental Bileşen	Kontrol	43,98± 5,49 (45,38)	41,80± 6,88 (40,35)		
2.Görüşme	Deney	37,60±3,86 (37,53)	38,79±4,27 (38,7)	-2,720	**0,007**
Fiziksel Bileşen	Kontrol	39,84 ±3,95 (39,17)	42,80± 4,40 (42,22)		
2.Görüşme	Deney	37,57±7,84 (37,42)	42,20±8,81 (39,61)	-1,375	0,169
Mental Bileşen	Kontrol	38,33 ±6,50 (38,86)	36,85± 5,25 (35,68)		
3.Görüşme	Deney	41,51±5,19 (42,87)	42,30 ±3,56 (42,48)	-1,094	0,274
Fiziksel Bileşen	Kontrol	42,20± 5,43 (43,40)	41,14 ±5,26 (44,85)		
3.Görüşme	Deney:	40,80±4,04 (40,77)	39,77±4,55 (40,74)	-0,584	0,584
Mental Bileşen	Kontrol	41,93± 4,63 (42,39)	40,09± 4,26 (39,30)		

*Mann Whitney-U testi (*p<0,05)*

Tablo 4-16'da kadınların geçirdikleri operasyon türüne göre SF-12 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar deney ve kontrol gruplarında karşılaştırılmıştır.

İkinci görüşmede fiziksel bileşen skoru, LAH+BSO geçiren kontrol grubundaki hastalarda anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi (p=0,007).

4.7. Kadınların Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalası Kesme Puanına Göre, Diğer Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların EAMDS puanları, 16 puan altı (depresyon olasılığı olmayan) ile 16 puan ve üzeri (depresyon olasılığı düşünülen) şeklinde kesme puanına göre gruplayarak Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile ilişkisi değerlendirilmiştir.

Tablo 4-17: **Kadınların 1. Görüşmede Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalasından (EAMDS) Aldıkları Puanların 1. Görüşmede Uygulanan Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Karşılaştırılması**

1.Görüşme EAMDS		(n=27) <16 Puan Ortalama±SS (medyan)	(n=33) ≥16 Puan Ortalama±SS (medyan)	Test Değeri	p
1.Görüşme Fiziksel Bileşen	Deney	39,31 ±8,59(39,76)	35,81± 5,46 (34,90)	-0,961	0,689
	Kontrol	38,72 ±7,29(38,02)	38,46 ±6,04(37,68)		
1.Görüşme Mental Bileşen	Deney	47,15± 5,15(46,41)	41,15± 6,47 (43,83)	-0,444	0,052
	Kontrol	43,50±6,68(41,18)	41,60± 5,98 (43,45)		
1.Görüşme Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Toplam	Deney	14,11± 10,04(15,70)	12,11 ±10,08 (7,80)	-0,200	1,000
	Kontrol	10,37± 10,14(4)	13,61 ±9,39(14,50)		
1.Görüşme İstek	Deney	2,58± 1,20(2,40)	2,46 ±1,19(2,40)	-0,084	0,914
	Kontrol	2,29 ±0,90(2,40)	2,53± 0,92(2,40)		
1.Görüşme Uyarılma	Deney	1,98± 1,76 (2,70)	1,39 ±1,74 (0)	-0,474	0,933
	Kontrol	1,16± 1,71(0)	1,66± 1,68 (2,10)		
1.Görüşme Lubrikasyon	Deney	2,19 ±1,97(3)	1,68 ±1,95 (0)	-0,097	0,705
	Kontrol	1,57± 2,27 (0)	2,21± 2,21 (3)		
1.Görüşme orgazm	Deney	2,28± 2,04(3)	1,44± 1,76 (0)	-0,199	0,884
	Kontrol	1,27± 1,86 (0)	2,15± 1,87(2,80)		
1.Görüşme Memnuniyet	Deney	2,56± 1,28 (2,60)	2,69± 1,61 (3,20)	-0,903	0,573
	Kontrol	2,25± 1,35 (1,60)	2,73± 1,11 (2,80)		
1.Görüşme Ağrı	Deney	2,52± 2,45(2,60)	2,18± 2,68(0)	-0,475	0,657
	Kontrol	1,81 ±2,61(0)	2,30 ±2,43 (2,80)		

Mann-Whitney U (p<0,01)

Tablo 4-17'de kadınların 1. görüşmede Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalası'ndan alınan puanlar 16 ve üzeri puan ile 16 altı puan olarak gruplandırarak 1. görüşmede uygulanan Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ve SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları karşılaştırılmıştır.

İlk görüşmede elde edilen KCFİ ve SF-12 fiziksel ve mental bileşen özeti puanları depresyon olasılığını düşündüren (16 ve üzeri) ve depresyon olasılığı olmayan hastalarda (16 puan altı) anlamlı farklılığa sahip değildi. Depresyon olasılığı olmayan hastalarda (16 puan altı) fiziksel ve mental bileşen özeti deney grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek tespit edildi. Depresyon olasılığı olayan hastalarda (16 puan altı) kadın cinsel fonksiyon indeksinden elde edilen toplam puan deney grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu.

Tablo 4-18: **Kadınların 2. Görüşmede Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalasından (EAMDS) Aldıkları Puanların 2. Görüşmede Uygulanan Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) ve SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Karşılaştırılması**

2.Görüşme EAMDS		**(n=47) <16 Puan Ortalama±SS (medyan)**	**(n=13) ≥16 Puan Ortalama±SS (medyan)**	**Test Değeri**	**p**
2.Görüşme Fiziksel Bileşen	Deney	39,13±3,71(38,79)	36,03± 4,16(36,12)	-2,150	**0,002***
	Kontrol	42,08±4,41(41,49)	39,29± 4,05(38,02)		
2.Görüşme Mental Bileşen	Deney	40,19±7,22(39,61)	39,18 ±11,50(39,18)	1,378	0,542
	Kontrol	37,69±5,75(35,74)	36,22± 6,03 (39,64)		
2.Görüşme MSDÖ Toplam	Deney	7,80 ±3,01(7)	15,77 ±7,47(16)	1,519	**<0,001***
	Kontrol	6,40± 3,54 (5)	14,40± 2,88(14)		
2.Görüşme Somatik Şikayetler	Deney	3,09 ±1,92(3)	6,44± 3,60(8)	1,774	**0,005***
	Kontrol	2,08± 1,46 (2)	4,00± 2,12(4)		
2.Görüşme Psikolojik Şikayetler	Deney	1,14 ±1,45(1)	2,33± 2,78(1)	1,467	0,101
	Kontrol	1,80± 1,80(2)	3,40± 2,07(3)		
2.Görüşme Ürogenital Şikayetler	Deney	2,04± 1,35(2)	2,77± 2,43 82)	1,040	0,228
	Kontrol	2,56 ±1,75(2)	4,00± 1,41(4)		

Mann-Whitney U (p<0,001)

Tablo 4-18'de kadınların 2. görüşmede epidemiyolojik araştırmalar ve merkezi depresyon skalasından alınan puanlar 16 ve üzeri puan ile 16 altı puan olarak gruplandırarak 2. görüşmede uygulanan MSDÖ ve SF-12 yaşam kalitesi ölçeği puanları karşılaştırılmıştır.

Depresyon olasılığı olmayan hastalarda fiziksel bileşen özeti kontrol grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (p=0,002). Depresyon olasılığı düşünülen hastalarda MSDÖ toplam puanı ve somatik şikayetler alt boyut puanı deney grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (p<0,001, p=0,005).

Tablo 4-19: Kadınların 3. Görüşmede Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalasından (EAMDS) Aldıkları Puanların 3. Görüşmede Uygulanan Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ), Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) ve SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Karşılaştırılması

3.Görüşme Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon		(n=57) <16 Puan Ortalama±SS (medyan)	(n=3) ≥16 Puan Ortalama±SS (medyan)	Test Değeri	p
3.Görüşme Fiziksel Bileşen	Deney	41,58± 4,36(42,48)	46,45± 1,82(46,45)	-1,576	0,532
	Kontrol	43,69± 5,60(44,85)	41,36± 2,56(41,05)		
3.Görüşme Mental Bileşen	Deney	40,32± 4,40(40,77)	39,84 ±1,39(39,84)	-0,364	1,000
	Kontrol	40,69±4,49(39,30)	41,75± 4,49(42,80)		
3.Görüşme MSDÖ Toplam	Deney	5,35±3,12(4)	13,00± 4,24(13)	-1,851	**<0,001***
	Kontrol	6,80±2,91(7)	13,00± 3,82 (14)		
3.Görüşme Somatik Şikayetler	Deney	2,71± 1,78(2,50)	5,00± 5,65(5)	-0,053	0,270
	Kontrol	2,65 ±1,19(3)	4,00± 2,16(3,50)		
3.Görüşme Psikolojik Şikayetler	Deney	1,10± 1,22(1)	7,00±2,82(7)	-1,418	**<0,001***
	Kontrol	1,53 ±1,24(2)	5,50 ±2,08(5,50)		
3.Görüşme Ürogenital Şikayetler	Deney	2,14± 1,64 (2)	4,00± 2,82(4)	-1,381	0,270
	Kontrol	2,69 ±1,66(2)	3,50 ±2,54(4)		
3.Görüşme KCFİ Toplam	Deney	10,81± 10,05(6,10)	12,45 ±13,93 (12,45)	-3,356	0,697
	Kontrol	5,97 ±7,39 (2,80)	4,80± 5,60(2)		
3.Görüşme İstek	Deney	2,85 ±0,98(2,40)	1,80± 0 (1,80)	-3,829	0,237
	Kontrol	1,77± 0,80(1,20)	1,50 ±0,60(1,20)		
3.Görüşme Uyarılma	Deney	1,26± 2,13(0)	1,50± 2,12(1,50)	-0,947	0,736
	Kontrol	0,63 ±1,34 (0)	0,45± 0,80(0)		
3.Görüşme Lubrikasyon	Deney	1,08± 1,83(0)	1,95± 2,75(1,95)	-1,016	0,697
	Kontrol	0,65± 1,48(0)	0,45± 0,90 (0)		
3.Görüşme Orgazm	Deney	1,12± 1,91(0)	1,80 ±2,54(1,80)	-1,027	0,659
	Kontrol	0,53± 1,21 (0)	0,50± 1,00 (0)		
3.Görüşme Memnuniyet	Deney	2,95± 1,44(3,20)	2,40 ±2,26(2,40)	-3,644	0,346
	Kontrol	1,61± 1,11(1,60)	1,10 ±0,60(0,80)		
3.GörüşmeAğrı	Deney	1,52± 2,52(0)	3,00± 4,24(3)	-0,995	0,585
	Kontrol	0,75± 1,76(0)	0,80± 1,60 (0)		

Mann-Whitney U (p<0,001)

Tablo 4-19'de kadınların 3. görüşmede EAMDS alınan puanlar 16 ve üzeri puan ile 16 altı puan olarak gruplandırarak 3. görüşmede uygulanan ölçeklerden alınan puanlar karşılaştırılmıştır.

Depresyon olasılığı olmayan hastalarda MSDÖ ve psikolojik şikayetler alt boyutu deney grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu ($p<0,001$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma histerektomi geçiren kadınlara yönelik olarak geliştirilen hemşirelik destek programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Jinekolojik ameliyatlar içinde sıklıklanan uygulanan histerektomi, kadının yaşam kalitesini, psikososyal durumunu ve cinsel işlevlerini etkileyen önemli bir girişimdir. Bu nedenle kadınların histerektomi sonrası süreçte yaşanabilecek sorunlar ve menopoz sonrası yaşama yönelik bilgilendirilmesi, son derece önemlidir (Taşkın 2016; Pakbaz ve ark. 2017).

Histerektomi sonrası kadınlara destekleyici hemşirelik bakımı ve danışmanlık hizmeti sunulması, ameliyat sonrasında yaşanan ruhsal problemlerin ve menopoz şikayetlerinin azalmasında, cinsel işlev bozukluklarının önlenmesinde, yaşam kalitesinin yükselmesinde etkili olmuştur. Bu kapsamda histerektomi sonrasında yaşanabilecek problemlerin önlenmesinde destekleyici hemşirelik bakımının önemi büyüktür (Saylam ve Terzioğlu 2005; Tütüncü ve Yıldız 2012; Boğa ve Kılıç 2013; Hosseini ve ark. 2016).

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular 7 bölümde tartışılmıştır.

1. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması
2. Kadınların Geçirdiği Operasyona İlişkin Bulguların Tartışılması
3. Kadınların Postoperatif Semptomlarına İlişkin Bulguların Tartışılması
4. Kadınların Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulguların Tartışılması
5. Kadınların Yapılan Görüşmelere Göre Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulguların Tartışılması
6. Kadınların Geçirdiği Ameliyat Türüne Göre, Ölçeklerden Aldıkları Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması
7. Kadınların Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalası Kesme Puanına Göre, Diğer Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde kadınların eğitim durumu, gelir durumu, konik hastalık durumu, menopozda olup olmadığı, yaşı, evlenme yaşı, yaşayan çocuk sayısı, menopoz süresi gibi sosyodemografik özellikler tartışılmıştır.

Pakbaz ve ark.'nın 2017 yılında jinekolojik ameliyatlar öncesinde kadınların yeterince bilgi sahibi olup olmadığını değerlendirdikleri çalışmada histerektomi geçiren 385 kadının genel yaş ortalamasının 46,0±7,2 olduğu belirlenmiştir (Pakbaz ve ark. 2017). Histerektomi sonrası pelvik taban disfonksiyonuna ilişkin semptomların incelendiği çalışmada histerektomi geçiren 322 hastanın genel yaş ortalaması 52,4±10,5 olarak belirlenmiştir (Humalajärvi ve ark. 2014). Han Chou ve ark.nın histerektomi geçiren kadınlarda depresif semptom görülme durumunu incelediği çalışmada ise histerektomi geçiren kadınların yaş ortalaması 45,4±7,8 olarak tespit edilmiştir (Chou ve ark. 2015). Bu çalışmada kadınların yaş ortalaması 48,18±4,11 bulunmuştur. Deney grubunun yaş ortalaması 48,10±4,49, kontrol grubunun yaş ortalaması ise 48,17±3,78 olarak belirlenmiştir. Çalışmadaki kadınların yaş ortalamalarının genel olarak literatürdeki çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir (Tablo 4-1). Bayram ve Şahin'in histerektominin psikososyal etkilerini incelediği çalışmada kadınların evlenme yaşı 19,91±4,74 olarak belirlenmiştir (Bayram ve Şahin 2008). Bu çalışmada ise kadınların evlenme yaşı literatürle uyumlu olarak, deney grubunda 19,20±3,08, kontrol grubunda 19,00±2,94 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4-1).

Peterson ve ark.'nın histerektomi sonrası cinsel işlevleri incelediği çalışmada katılımcıların, %18,5'i üniversite mezunu olarak belirlenmiştir (Peterson ve ark. 2010). Göktaş ve ark.'nın histerektomi sonrası cinsel işlevlerin depresyon ile ilişkisini incelediği çalışmada kadınların %13,3'ü üniversite mezunu olarak belirtilmiştir (Göktaş ve ark. 2015). Bu çalışmada ise literatürle genel olarak uyumlu bir şekilde kadınların toplam %13,3'ü deney grubunun %10'u kontrol grubunun ise %16,7'si üniversite mezunu olarak tespit edilmiştir (Tablo 4-1). Wang ve ark.'nın histerektomi sonrası kadınların yaşadığı anksiyete ve depresyon durumlarını değerlendirdiği çalışmada kadınların %94,3'ünün evli olduğu ifade edilmiştir (Wang ve ark. 2007). Histerektomi sonrası kadınların benlik algıları ve bilgi gereksinimlerinin incelendiği çalışmada ise katılımcıların %78,4'ünün evli olduğu tespit edilmiştir (Gerçek ve ark. 2016). Bu araştırmada ise literatürdeki

çalışmalardan daha yüksek olarak kadınların %100'ü evli olarak belirlenmiştir (Tablo 4-1).

Hosseini ve ark.'nın histerektomi geçiren kadınlara PRECEDE modeli temel alınarak verilen eğitimin cinsel işlevler üzerine etkisini incelediği çalışmada deney grubundaki kadınların %8'i kontrol grubundaki kadınların ise %4'ü çalışıyor olarak belirlenmiştir (Hosseini ve ark. 2016). Bu çalışmada ise daha yüksek olarak deney grubundaki kadınların %13,3'ü kontrol grubundaki kadınların ise %23,3'ü çalışıyordu (Tablo 4-1). Premenopozal dönemde benign nedenlerle histerektomi geçirmiş kadınların histerektomi sonrası yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada katılımcıların çocuk sayısı 2,2±0,8 olarak tespit edilmiştir (Yang ve ark. 2006). Bu çalışmada ise literatürle uyumlu olarak kadınların çocuk sayısı deney grubunda 2,10±0,8, kontrol grubunda ise 2,47±1,2 olarak belirlenmiştir (Tablo 4-1). Reis ve ark.'nın 2008 yılında histerektomi sonrasında kadınların inanç ve tutumlarını inceledikleri kalitatif çalışmada, katılımcıların %29'u gelirinin giderinden az olduğunu ifade etmiştir (Reis ve ark. 2008). Bu çalışmada ise literatürle benzer olarak deney grubundaki kadınların %33,3'ü kontrol grubundaki kadınların ise %23,3'ü gelirinin giderinden az olduğunu belirtmiştir (Tablo 4-1).

Yaman ve Ayaz'ın histerektomi geçiren kadınlara ameliyat öncesi verilen eğitimin kadınların benlik saygısı ve beden algısına etkisini incelediği çalışmada deney grubundaki kadınların %50'si kontrol grubundaki kadınların ise %46,7'sinin kronik hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir (Yaman ve Ayaz 2015). Bu çalışmada ise deney grubundaki kadınların %40'ı kontrol grubundaki kadınların ise %43,3'ü kronik bir hastalığı olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4-1).

Histerektomi sonrası hastaların cinsel yaşamına yönelik bilgi gereksiniminin incelendiği çalışmada kadınların çoğu (%56,7) ameliyat öncesinde adet gördüğünü ifade etmiştir (Bolsoy ve ark. 2014). Bu çalışmada ise deney ve kontrol grubundaki kadınların %73,3'ü ameliyat öncesinde adet görüyordu (Tablo 4-1). Çalışmada bu oranın daha yüksek olması, Bolsoy ve ark.'nın çalışmasında kadınların yaş ortalamasının daha büyük (50,21±8,97) olmasından kaynaklanabilir (Bolsoy ve ark. 2014).

Histerektomi geçiren kadınlara PLİSST modeli doğrultusunda verilen eğitimin cinsel yaşama etkisinin değerlendirildiği çalışmada kadınların menopoz süresi deney grubunda 2,31±4,31 kontrol grubunda 3,40±4,46 yıl olarak tespit edilmiştir (Tütüncü ve

Yıldız 2012). Bu çalışmada ise hem deney ve hem de kontrol grubundaki kadınların menopoz süresi 4,50±2,33 yıl olarak belirlenmiştir (Tablo 4-1).

5.2. Kadınların Geçirdiği Operasyona İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde kadınların geçirdiği ameliyat türü, önceden jinekolojik bir operasyon geçirme durumu, operasyona ilişkin endikasyonlar, tedavi sürecinde bilgi alma durumu gibi operasyona ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Wong ve Arumugam'ın 2012 yılında yapmış olduğu, histerektominin fiziksel, ruhsal ve cinsel etkilerini değerlendirdiği çalışmada histerektomi geçiren 835 kadından %94,3'ü total abdominal histerektomi, %1'i ise laparoskopik histerektomi geçirmiştir (Wong ve Arumugam 2012). Benign nedenlerle gerçekleştirilmiş histerektomilerin inoperatif ve postoperatif sonuçlarının değerlendirildiği çalışmada total abdominal histerektomi oranı %71,2 laparoskopik histerektomi oranı ise %3,8 olarak tespit edilmiştir (Süer ve ark. 2013). Bu çalışmada ise deney grubundaki kadınların %50'si TAH+BSO, %50'si LAH+BSO geçirmiştir. Kontrol grubunda ise TAH+BSO geçiren hastaların oranı %40, LAH+BSO geçirenlerin oranı ise %60 olarak belirlenmiştir (Tablo 4-2). Bu bilgiler doğrultusunda çalışmada laparaskopik histerektomi oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu durumu ilerleyen yıllarda laparoskopik histerektomiye ilişkin yeterli deneyim ve ekipmanların sağlanmasıyla ilişkilendirebilir.

Bayram ve Şahin'in histerektominin psikososyal etkilerini incelediği çalışmada kadınların çoğu (%80,6) önceden jinekolojik bir operasyon geçirmemiştir (Bayram ve Şahin 2008). Bu çalışmada ise literatüre benzer şekilde deney grubundaki kadınların %80'i, kontrol grubundaki kadınların ise %83,3'ü önceden jinekolojik bir operasyon geçirmemiştir (Tablo 4-2).

Histerektomi geçiren 223 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada hastaların %61,8'i miyoma uteri, %17'si disfonksiyonel uterin kanama, %16,5'i adneksiyel kitle, %4,4'ü pelvik organ prolapsusu nedeniyle histerektomi geçirmiştir (Keskin ve ark. 2013). Maresh ve ark.'nın 37.298 histerektomi vakasını incelediği çalışmada ise en sık görülen histerektomi endikasyonu %46 oranında disfonksiyonel uterin kanama olarak bildirilmiştir (Maresh ve ark. 2002). Bu çalışmada ise deney grubundaki kadınların %43,3'ü anormal uterin kanama, %43,3'ü miyoma uteri, %10'u adneksiyal kitle ve %3,3'ü pelvik organ prolapsusu nedeniyle operasyon geçirmiştir. Kontrol grubunda ise kadınların %36,7'si anormal uterin kanama, %33,3'ü miyoma uteri, %20'si adneksiyal

kitle, %10'u pelvik organ prolapsusu nedeniyle operasyon geçirmiştir (Tablo 4-2). Çalışmada, Maresh ve ark.'nın yapmış olduğu araştırma sonuçlarıyla uyumlu olarak en sık görülen histerektomi endikasyonu disfonksiyonel uterin kanama olarak belirlenmiştir.

Jinekolojik ameliyatlar öncesinde kadınların bilgilendirilme durumunun incelendiği bir çalışmada histerektomi geçiren her dört kadından sadece birinin ameliyat sürecine ilişkin bilgilendirildiği sonucuna ulaşılmıştır (Pakbaz ve ark. 2017). Histerektomi sonrası kadınlara verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada kadınların %51,6'sının ameliyat sürecinde bilgi aldığı ve bu bilgiyi hastaların %3,2'si doktor ve hemşireden aldığını belirtmiştir. (Karazeybek ve Özbayır 2005). Bolsoy ve ark.'nın 2014 yılında histerektomi sonrasında kadınların cinsel yaşama yönelik bilgi gereksinimini incelediği çalışmada, kadınların büyük bir kısmı (%92,2) ameliyat öncesinde bilgilendirilmiştir. Bilgi alan kadınların %73,5'inin doktordan %26,5'inin ise hemşireden bilgi almış olduğu tespit edilmiş ve kadınların çoğu (%67,8) doktordan bilgi almak istediğini belirtmiştir. (Bolsoy ve ark. 2014). Bu çalışmada ise literatüre göre daha düşük oranda (deney ve kontrol grubunun %60'ı) bilgilendirildiğini ve sadece deney grubunda bulunan kadınların %22,2'si bilgiyi hemşireden aldığını belirtmiştir (Tablo 4-2). Bu durum kliniğin yoğun çalışma şartlarından veya çalışan hemşirelerin hasta eğitimi konusunda bilgilerinin sınırlı olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca literatürle uyumlu olarak deney grubundaki kadınların %60'ı kontrol grubundaki kadınların %56,7'si doktordan bilgi almak istediğini ifade etmiştir (Tablo 4-2). Bu çalışmada da kadınların çoğu taburculuğa ilişkin bilgiyi doktordan bilgi almak istemiştir. Bu durum hemşirelerin hasta eğitimi konusunda yetersiz bilgiye sahip olduğu ya da hemşirelerin böyle bir rolü olmadığı düşüncesinden olabilir.

5.3. Kadınların Postoperatif Semptomlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde kadınların postoperatif 6-7. günde ve postoperatif 2. ayda yaşadığı semptomlara ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Shim ve ark.'nın 2018 yılında yapmış olduğu çalışmada histerektomi geçirmiş 1069 hasta ameliyat sonrası 30 günlük sürede yaşanan komplikasyonlar açısından değerlendirilmiştir. Hastaların %0,7'sinde insizyon bölgesinde enfeksiyon olduğu belirlenmiştir (Shim ve ark. 2019). Benign nedenlerle histerektomi geçirmiş 22499 kadının postoperatif bir aylık süreçte yaşanabilecek komplikasyonlar açısından değerlendirildiği bir başka çalışmada ise insizyon yeri enfeksiyonu görülme sıklığı %1,3

olarak belirlenmiştir (Barber ve ark. 2016). Bu çalışmada ise hem deney hem de kontrol grubundaki hastaların %3,3'ünde postoperatif 6-7. günde insizyon yerinde ağrı, kötü kokulu akıntı ve kızarıklık gibi enfeksiyon belirtileri görülmüştür (Tablo 4-3). Postoperatif 2. ayda ise insizyon yerine ilişkin problemi olan hasta bulunmamaktadır (Tablo 4-4). Bu bilgiler doğrultusunda postoperatif 6-7. günde insizyon yerinde enfeksiyon belirtileri görülme durumu deney ve kontrol grubunda eşit oranlarda (%3,3) ve literatüre oranla daha düşük belirlenmiştir. Bu durum histerektominin türüne ve hasta kaynaklı faktörlere (kronik hastalık vb.) bağlı olabilir. Ayrıca çalışmada literatüre oranla ağrı, akıntı ve kızarıklık gibi enfeksiyon belirtilerinin daha düşük bulunmasının sebebi deney grubundaki kadınlara verilen eğitimle ilişkili olabilir.

Skorupska ve ark.'nın 2016 yılında yaptığı çalışmada postoperatif 12. ayda kadınların %38'inde anlamlı bir fark olmamakla birlikte histerektomi sonrasında üriner inkontinans geliştiği saptanmıştır (Skorupska ve ark. 2016). Histerektomi sonrasında üriner inkontinans görülme durumunun incelendiği başka bir çalışmada ise ameliyat öncesi herhangi bir üriner semptom bildirmeyen TAH veya LAH geçirmiş 236 kadının %3,2'si ameliyat sonrasında inkontinans problemi yaşadığını ifade etmiştir (Ellström Engh ve ark. 2006). Histerektomi sonrası inkontinans görülme durumunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla 2017 yılında Bohlin ve ark. tarafından üriner inkontinansı olmayan 11.431 kadın incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda postoperatif 1. yılda kadınların %8,5'i üriner inkontinans yaşadığını belirtmiştir (Bohlin ve ark. 2017). Bu çalışmada ise literatürden daha düşük oranda postoperatif 6-7. günde sadece kontrol grubundaki kadınların %3,3'ü üriner inkontinans problemi olduğunu bildirmiştir (Tablo 4-3). Postoperatif 2. ayda ise deney grubundaki kadınların %6,7'si üriner inkontinans yaşadığını belirtmiştir (Tablo 4-4). Bu durum kadınların doğum ve gebelik öyküsü, beden kitle indeksi ve ameliyat sırasında pelvik destek yapılarında gerçekleşmiş olan hasarlarla ilişkili olabilir.

Castro ve ark.'nın 2018 yılında histerektomi geçiren kadınlarda uykusuzluk ve cinsel işlev bozukluğunun yaşam kalitesine olan etkisini incelediği çalışmada, histerektomi geçiren kadınların %47,5'inin uykusuzluk problemi yaşadığı belirlenmiştir (Castro ve ark. 2018). Kim ve Lee histerektomi geçiren kadınlarda yorgunluk ve uyku kalitesini değerlendirdiği çalışmasında ameliyat sonrası 3. haftada kadınların %86,4'ü, 6. haftada ise %81,8'i uykusuzluk yaşadığını ifade etmiştir (Kim ve Lee 2009). Bu

çalışmada ise ameliyat sonrası 6-7. günde hem deney hem de kontrol grubunda uykusuzluk bildiren kadınların oranı (%63,3) eşit bulunmuştur (Tablo 4-3). Postoperatif 2. ayda ise deney grubundaki kadınların %16,7'si kontrol grubundaki kadınların ise %13,3'ü uykusuzluk yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 4-4). Çalışmada postoperatif 2. ayda, literatüre göre uykusuzluk oranının daha düşük bulunmasının sebebi deney grubundaki kadınlara verilen eğitimle ilişkili olabilir. Ayrıca deney grubunda kontrol grubuna oranla uykusuzluk yaşayanların oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu durum ağrı, çevresel etkenler, beslenme biçimi veya kronik hastalıklara bağlı olabilir.

Histerektomi sonrası yorgunluk ve uykusuzluk durumunun incelendiği çalışmada TAH geçiren kadınların ameliyat sonrası 3. hafta %3,3'ünde, 6. haftada ise %2,7'sinde yorgunluk görüldüğü belirtilmiştir (Kim ve Lee 2009). Histerektomi sonuçlarının incelendiği bir çalışmada ameliyat sonrası 3. haftada kadınların %91'i, 3. ayda %35'i, 12. ayda ise %20'si ise yorgunluk yaşadığını ifade etmiştir (Carlson ve ark. 1994). Bu çalışmada ise postoperatif 6-7. günde deney grubundaki kadınların %56,7'si kontrol grubundaki kadınların %33,3'ü (Tablo 4-3), postoperatif 2. ayda ise deney grubundaki kadınların %40'ı kontrol grubundaki kadınların %46,7'si yorgunluk yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 4-4). Çalışmada deney grubunda görüşmeler arasında yorgunluk yaşadığını belirten kadınların oranı azalmıştır fakat yorgunluk yaşadığını bildiren kadınların oranı her iki grupta Kim ve Lee çalışmasına göre daha yüksek belirlenmiştir. Bu durum kadınların ameliyat endikasyonlarıyla ilişkili olabilir. Çalışmada kadınlarda en sık görülen endikasyon olan anormal uterin kanamaya bağlı olarak gelişebilen hemoglobin düşüklüğü sonucu yorgunluk görülebilir.

Histerektomi sonrası görülen depresif belirtilerin bilateral ooferektomi ile ilişkisinin incelendiği çalışmada premenopozal dönemdeki 433 katılımcının çoğu (%60) histerektomi sonrası sıcak basması yaşadığını belirtmiştir (Rohl ve ark. 2008). Histerektomi ve ooferektomi geçiren kadınlarda menopoz semptomlarının incelendiği bir çalışmada ise histerektomi ve bilateral ooferektomi geçiren kadınların %75,1'i sıcak basması yaşadığını ifade etmiştir (Silverstein ve ark. 2000). Wong ve Arumugam'ın 2012 yılında yapmış olduğu, histerektominin fiziksel ve ruhsal etkilerini değerlendirdiği çalışmada histerektomi geçiren 835 kadından %49,3'ünün ameliyat sonrası sıcak basması yaşadığı belirlenmiştir (Wong ve Arumugam 2012). Bu çalışmada ise postoperatif 6-7. günde deney grubundaki kadınların %63,3'ü, kontrol grubundaki kadınların %66,7'si

(Tablo 4-3), postoperatif 2. ayda ise deney grubundaki kadınların %70'ı kontrol grubundaki kadınların ise %86,7'si sıcak basması yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 4-4.). Çalışmada postoperatif 2. ayda, literatüre göre kadınların sıcak basması şikayetinin özellikle kontrol grubunda daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum deney grubundaki kadınlara 2. görüşmede menopoz dönemine ilişkin verilen eğitimle ilişkili olabilir.

Sperber ve ark.'nın 2009 yılında yaptığı çalışmada histerektomi sonrasında konstipasyon gelişip gelişmediği değerlendirilmiştir. Hastalar histerektomi geçiren ve histerektomi geçirmeyen olarak iki gruba ayrılmış ve ameliyat sonrası 3. ve 12. aylarda histerektomi geçiren kadınların sadece üçünde (%5,5) konstipasyon görülmüştür (Sperber ve ark. 2009). Histerektomi sonrası konstipasyon durumunun incelendiği çalışmada histerektomi geçiren 309 kadın ameliyat sonrası 3. yılda değerlendirilmiş ve kadınların %2'sinde konstipasyon görüldüğü tespit edilmiştir (Roovers ve ark. 2008). Güler ve Taşkın'ın histerektomi sonrası yaşanan semptomlarla başetmede planlı bakımın etkisini değerlendirdiği çalışmada ameliyattan hemen sonra hastanedeki süreçte deney grubunun %61,3'ü kontrol grubunun ise %84,8'inin, taburcu olduktan sonra, iyileşme sürecinde deney grubunun %32,2'sinin kontrol grubunun ise %48,5'inin konstipasyon yaşadığı saptanmıştır (Güler ve Taşkın 2001). Histerektominin bağırsak fonksiyonlarına etkisinin incelendiği çalışmada ameliyat sonrası 6. ayda kadınların %43'ünün konstipasyon yaşadığı belirlenmiştir (Altman ve ark. 2004). Wong ve Arumugam'ın 2012 yılında yapmış olduğu, histerektominin fiziksel, ruhsal ve cinsel etkilerini değerlendirdikleri çalışmada histerektomi geçiren 835 kadından %1'inin ameliyat sonrası konstipasyon yaşadığı belirlenmiştir (Wong ve Arumugam 2012). Bu çalışmada ise postoperatif 6-7. günde deney grubundaki kadınların %13,3'ü kontrol grubunun %16,7'si (Tablo 4-3), postoperatif 2. ayda ise sadece deney grubundaki kadınların %13,3'ü konstipasyon yaşadığını belirtmiştir (Tablo 4-4). Çalışmada literatüre göre deney grubuna verilen eğitimle ilişkili olarak konstipasyon görülme durumu daha düşük bulunmuştur. Fakat deney grubunda kontrol grubuna oranla konstipasyon görülme durumu daha yüksek belirlenmiştir. Bu durum kadınların bağırsak alışkanlığı ve beslenme düzeni ile ilişkili olabilir.

Gutrhie ve ark.'nın 2007 yılında histerektomi sonuçlarını incelediği ameliyat sonrası 11. yılda histerektomi geçiren kadınlarda diyare ve konstipasyon gibi bağırsak

problemlerinin görülme oranı histerektomi geçirmeyen kadınlara oranla daha yüksek ve %38,5 olarak tespit edilmiştir (Guthrie ve ark. 2007). Güler ve Taşkın'ın histerektomi sonrası yaşanan semptomlarla başetmede planlı bakımın etkisini değerlendirdiği çalışmada, hastaların taburcu olduktan sonra, iyileşme sürecinde deney grubunun %9,6'sının kontrol grubunun ise %3,2'sinin diyare yaşadığı saptanmıştır (Güler ve Taşkın 2001). Bu çalışmada ise Güler ve Taşkın'ın çalışmasıyla uyumlu olarak postoperatif 6-7. günde deney ve kontrol grubundaki kadınların %6,7'sinin (Tablo 4-3), postoperatif 2. ayda ise sadece kontrol grubundaki 1 (%3,3) kadının diyare yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4-4).

Güler ve Taşkın'ın histerektomi sonrası yaşanan semptomlarla başetmede planlı bakımın etkisini değerlendirdiği çalışmada, hastaların taburcu olduktan sonra, iyileşme sürecinde deney grubunun %6,5'inin kontrol grubunun ise %39,4'ünün vajinal kanama, kaşıntı, kötü kokulu akıntı gibi semptomlar yaşadığı saptanmıştır (Güler ve Taşkın 2001). Bu çalışmada ise literatüre göre daha düşük oranda sadece postoperatif 6-7. günde deney grubundaki kadınların %10'u, kontrol grubunun %3,3'ü, vajnal akıntı problemi yaşadığını belirtmiştir (Tablo 4-3). Postoperatif 2. ayda ise vajinal akıntı problemi yaşayan kadın yoktur. (Tablo 4-4). Çalışmada literatüre oranla vajinal akıntıya yönelik problemler deney grubuna verilen eğitimle ilişkili olarak daha düşük bulunmuştur. Fakat deney grubunda kontrol grubuna oranla kötü kokulu vajinal akıntı, kaşıntı ve kanama şikayetleri daha yüksek belirlenmiştir. Bu durum kadınlarda kronik hastalık görülme durumu, üreme sistemine ilişkin enfeksiyon öyküsü, cerrahi prosedür ve perine hijyeni alışkanlığı ile ilişkili olabilir.

Wang ve ark. histerektomi geçirmiş 105 kadını anksiyete, depresyon ve başa çıkma stratejileri açısından, incelediği çalışmada kadınların %1,9'unun anksiyete %4,8'inin ise depresyon yaşadığı tespit edilmiştir (Wang ve ark. 2008). Wong ve Arumugam'ın 2012 yılında yapmış olduğu, histerektominin fiziksel ve ruhsal etkilerini değerlendirdiği çalışmada histerektomi geçiren 835 kadından %46,6'sının anksiyete, %33,7'sinin depresyon yaşadığı belirlenmiştir (Wong ve Arumugam 2012). Bahri ve ark.'nın 2016 yılında histerektomi sonrası depresyon durumunu incelediği çalışmada ameliyat öncesi kadınların depresyon puan ortalaması 13,01±10,1 iken postoperatif 3. ayda 11,02±10,3 bulunmuş ve histerektomi sonrası depresif semptomlar anlamlı olmamakla birlikte azalma göstermiştir (Bahri ve ark. 2016). Bu çalışmada ise

postoperatif 6-7. günde deney grubundaki kadınların %16,7'si kontrol grubundaki kadınların %33,3'ü (Tablo 4-3), postoperatif 2. ayda ise deney grubunun %6,7'si kontrol grubunun ise %30'u ruhsal açıdan kötü hissettiklerini ifade etmiştir (Tablo 4-4). İlk haftalarda yüksek olan ruhsal problemler 2. ayda özellikle deney grubunda azalma göstermiştir. Bu durumda deney grubuna uygulanan destek programının ruhsal problemleri azalttığını düşünebilir.

Benign nedenlerle gerçekleştirilen histerektomi sonrası ilk 8 hafta içinde kadınların %11,8'inde idrar yolu enfeksiyonu görülmüştür (El-Nashar ve ark. 2018). Histerektomi geçirmiş 22.499 kadının postoperatif bir aylık süreçte yaşanabilecek komplikasyonlar açısından değerlendirildiği çalışmada üriner enfeksiyon görülme sıklığı %2,4 olarak belirlenmiştir (Barber ve ark. 2016). Bu çalışmada ise kadınlarda üriner enfeksiyonun en önemli belirtilerinden olan idrar yaparken ağrı, yanma gibi semptomların varlığı araştırılmıştır. Postoperatif 6-7. günde deney grubundaki kadınların %33,3'ü, kontrol grubundaki kadınların %10'u (Tablo 4-3), postoperatif 2. ayda ise deney grubunun %10'u, konrtol grubunun ise %6,7'si idrar yaparken ağrı, yanma yaşadığını belirtmiştir (Tablo 4-4). Çalışmada ilk haftalarda yüksek olan idrar yaparken ağrı, yanma şikayetinin, postoperatif 2. ayda literatüre oranla daha düşük bulunmasının sebebi deney grubundaki kadınlara verilen eğitim olabilir. Fakat idrar yaparken ağrı, yanma şikayeti deney grubunda kontrol grubuna oranla daha yüksek bulunmuştur. Bu durum cerrahi işlem ve üriner katater uygulaması sırasında kullanılan aseptik tekniklerle ve kronik hastalık öyküsü ile ilişkili olabilir.

Güler ve Taşkın'ın histerektomi sonrası yaşanan semptomlarla başetmede planlı bakımın etkisini değerlendirdiği çalışmada, hastaların taburcu olduktan sonra, iyileşme sürecinde deney grubunun %25,8'inin kontrol grubunun ise %9,1'inin iştahsızlık yaşadığı saptanmıştır (Güler ve Taşkın 2001). Bu çalışmada ise postoperatif 6-7. günde deney ve kontrol grubundaki kadınların %13,3'ü (Tablo 4-3), postoperatif 2. ayda ise sadece deney grubundaki kadınların %3,3'ü iştahsızlık yaşadığını belirtmiştir (Tablo 4-4). Çalışmada iştahsızlık yaşayan kadınların oranının literatüre göre daha düşük bulunması, deney grubunda bulunan kadınlara verilen eğitimle ilişkili olabilir. Ayrıca postoperatif 6-7. günde iştahsızlık yaşayan kadınların oranı postoperatif 2. aya oranla daha yüksektir. Bu durum ameliyat sürecinde ve erken postoperatif dönemde kullanılan anestezik maddelere ve yüksek riskli ilaçlara bağlı olabilir.

5.4. Kadınların Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde kadınların görüşmeler sonrası Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ), Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ), Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS) ve SF-12 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldığı puanlara ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Literatürde genel olarak histerektomi sonrası kadınların yaşam kalitesi, cinsel yaşamı, ruhsal durumu ve menopoz semptomlarına ilişkin olumlu ya da olumsuz deneyimler yaşadığına dair çalışmalar bulunmaktadır (Uzun ve ark. 2009; Lee ve ark. 2009; Wong ve Arumugam 2012).

Stuursma ve ark.'nın 2018 yılında yapmış olduğu çalışmada 199 kadın BSO sonrasında yaşanılan menopoz semptomları bakımından MSDÖ kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonunda katılımcıların çoğu (%38,2) orta düzeyde menopoz şikayetleri yaşadığını belirtmiştir. Pskikolojik şikayetler alt boyutunda katılımcıların %27,1'i orta düzeyde, somatik şikayetler alt boyutunda %38,7'si orta düzeyde, ürogenital şikayetler alt boyutunda ise %58,1'i şiddetli düzeyde menopoz şikayeti yaşadığını bildirmiştir (Stuursma ve ark. 2018).

Topatan ve Yıldız'ın 2012 yılında yapmış olduğu çalışmada doğal ve cerrahi menopoza giren kadınlar menopoz semptomları ve cinsel işlevler bakımından değerlendirilmiştir. Çalışmada en az 3 ay önce TAH+BSO geçirmiş 200 kadın ve 250 doğal menopoza girmiş kadın MSDÖ kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonunda TAH+BSO geçiren grubun MSDÖ toplam puanı 5,98±4,97 olarak tespit edilmiştir. Ölçek alt boyutlarından elde edilen puanlar ise somatik şikayetler alt boyutunda 3,04±2,62, psikolojik şikayetler alt boyutunda 2,23±2,85, ürogenital şikayetler alt boyutunda ise 0,70±1,46 şeklinde belirlenmiştir. Doğal menopoza giren kadınların MSDÖ toplam puanı daha yüksek (6,58 ±5,68) ve menopoz semptomlarının daha yoğun yaşandığı tespit edilmiştir (Topatan ve Yıldız 2012).

Kharbouch ve Şahin'in yapmış olduğu çalışmada menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesi Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) geliştirilerek değerlendirilmiştir. Menopozal dönemdeki 202 kadın Kupperman İndeksi ve MÖYKÖ ile incelenmiştir. Çalışmada artan yaşla birlikte kadınların menopoza özgü fiziksel ve vazomotor semptomlarının şiddetlendiği ve bununla birlikte MÖYKÖ'nden

alınan puanın artmış ve kadınların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir (Kharbouch ve Şahin 2007).

Boğa ve Kılıç 2013 yılında yapmış olduğu çalışmada kadınlar deney ve kontrol grubuna ayırılarak TAH+BSO geçirmiş toplam 110 kadına menopoz dönemine ilişkin eğitim verilmiş ve eğitimin semptom kontrolü, sosyal destek, depresyon ve yaşam kalitesine olan etkisi incelenmiştir. Kadınların menopoz semptomları operasyon sonrası 1. 2. 3. 4. 5. ve 6. aylarda MSDÖ ile incelenmiştir. Çalışmanın sonunda ölçekten elde edilen toplam puan deney grubunda operasyondan 1 ay sonra 20,1±6,5, 2 ay sonra 19,1±5,8 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca MSDÖ toplam puanı her ay düşüş göstererek 6. ay sonunda 15,2±5,1 olarak belirlenmiştir ve eğitim verilen deney grubunda menopoz şikayetlerinin kontrol grubuna oranla daha hafif düzeyde yaşandığı belirlenmiştir. (Boğa ve Kılıç 2013).

Bu çalışmada menopoz semptomları MSDÖ ile değerlendirilmiştir. Postoperatif 6-7. günde kontrol grubundaki kadınlarda somatik şikayetler alt boyut puanı deney grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Postoperatif 2. ayda ise MSDÖ toplam puanına göre, menopoz semptomları kontrol grubunda (7,63±3,66) deney grubuna (5,87±3,67) göre daha yoğun yaşanmaktadır (p=0,046) (Tablo 4-5). Çalışma sonucunda MSDÖ toplam puanı ve somatik, psikolojik ve ürogenital alt boyut puanları genel olarak literatürde çalışmalarla kıyaslandığında deney grubundaki hastalarda menopoz semptomlarının hafif düzeyde yaşandığı tespit edilmiştir (Boğa ve Kılıç 2013; Topatan ve Yıldız 2012). Bu durumun, hastalara postoperatif 6-7. günde verilen menopoza ilişkin eğitim ve telefon desteği ile ilgili olduğu söylenebilir.

Rodriguez ve ark.'nın 2012 yılında yapmış olduğu çalışmada, 1 yıl önce histerektomi geçiren kadınların operasyon sonrası cinsel işlevleri KCFİ ile incelenmiştir. Çalışmada sonuç olarak ölçekten elde edilen toplam puan 19,4±3,6 bulunmuştur. Ölçek alt boyutların elde edilen puanlar ise istek alt boyutunda, 3,2±0,9, uyarılma alt boyutunda 3,2±0,9, lubrikasyon alt boyutunda 3,1±0,6, orgazm alt boyutunda 3,1±0,7, memnuniyet alt boyutunda 3,5±1,1, ağrı alt boyutunda ise 3,2±1,2 olarak belirlenmiştir (Rodriguez ve ark. 2012).

Peterson ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada benign nedenlerle histerektomi geçirmiş 65 kadının ameliyat sonrası cinsel işlevleri KCFİ kullanılarak değerlendirilmiştir. Abdominal yolla histerektomi geçiren kadınlarda ölçek puanları istek alt boyutunda

3,93±1,40, uyarılma alt boyutunda 4,21±1,67, lubrikasyon alt boyutunda 4,43±1,63, orgazm alt boyutunda 4,47±1,77, memnuniyet alt boyutunda 4,10±2,29 ve ağrı alt boyutunda ise 3,64±1,95 olarak tespit edilmiştir (Peterson ve ark. 2010).

Skorupska ve ark. 2016 yılında yapmış olduğu çalışmada, histerektomi sonrası cinsel işlevleri değerlendirmek amacıyla KCFİ ile toplam 392 kadını ameliyat sonrası 12. ayda incelemiştir. Çalışma sonucunda, ölçekten elde edilen toplam puan 25,77±6,09 olarak belirlenmiştir (Skorupska ve ark. 2016).

Bayram ve Şahin'in histerektominin psikoseksüel etkilerini incelediği çalışmada kadınlara ameliyattan 1-3 gün önce ve postoperatif 3. ayda KCFİ uygulanmıştır. Çalışmanın sonunda, ameliyat öncesinde kadınların KCFİ'den aldıkları toplam puan 21,67±8,01 olarak belirlenmiştir. Ameliyattan sonra 3. ayda ölçekten elde edilen puan preoperatif döneme göre bir düşüş göstermiş ve 14,22±11,72 olarak tespit edilmiş ve ameliyat sonrasında cinsel işlevlerde bozulma olduğu saptanmıştır (Bayram ve Şahin 2008).

Hosseini ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada histerektomi sonrası PRECEDE metodu kullanılarak verilen cinsel yaşama yönelik eğitimin etkisi değerlendirilmiştir. Toplam 48 kadın deney ve kontrol grubuna ayrılarak preoperatif ve postoperatif dönemde KCFİ kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışma sonunda deney ve kontrol grubunda KCFİ toplam puanında anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır. Deney grubunun eğitim sonrası ölçekten aldığı toplam puan 36,65±4,07, kontrol grubunun ise 25,17±9,57 olarak belirlenmiştir. Histerektomi sonrası cinsel işlevlerde iyileşme olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca cinsel işlevlerdeki bu iyileşme eğitim verilen deney grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde bulunmuştur (Hosseini ve ark. 2016).

Bu çalışmada kadınlar preoperatif dönemde ve postoperatif 2. ayda cinsel işlevleri bakımından değerlendirilmiştir. Preoperatif dönemde deney grubundaki kadınların ölçekten aldıkları toplam puan (12,78±9,94) kontrol grubu toplam puanına göre (11,78±9,8) daha yüksek olup, ameliyat sonrası cinsel işlevlerde bozulma her iki grupta da saptanmıştır. KCFİ'den elde edilen toplam puan postoperatif 2. ayda preoperatif döneme göre düşüş göstermiştir. Postoperatif 2. ayda deney grubunda ölçek toplam puanı (10,05±10,92) kontrol grubuna (5,82±7,11) göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4-6). Çalışmada kontrol grubundaki kadınlarda cinsel işlevlerde bozulma daha fazlaydı. Bu durumun deney grubundaki kadınlara verilen eğitim ve telefon desteğine bağlı olduğu

düşünülmektedir. Bu kapsamda elde edilen bulgular literatür verileriyle kıyaslandığında çalışmada cinsel işlevlerle ilgili problemlerin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Bayram ve Şahin 2008; Skorupska ve ark. 2016; Peterson ve ark. 2010; Rodriguez ve ark. 2012). Bu durum normal yaşamda kadınların cinsel işlev düzeylerinin bilinmemesi, eşi ile olan ilişkisi, kadınların genel olarak cinselliğe vermiş oldukları anlam veya cerrahi işlem sırasında gerçekleşme ihtimali olan doku ve sinir hasarı ile ilişkili olabilir.

Histerektomi sonrası kadınların ruhsal açıdan olumlu ya da olumsuz etkilendiğine dair çalışmalar bulunmaktadır. Wong ve Arumugam (2012) histerektomin fiziksel, ruhsal ve cinsel etkilerini değerlendirmiştir. Çalışmada, kadınların çoğunun anksiyete (%46,6) ve depresyon (%33,7) yaşadığı belirlenmiş, bir kısmı ise aniden menopoza girmiş olmaktan (%22,7) ve üreme kapasitesini kaybetmekten (%10,4) dolayı üzüntü yaşadığını bildirilmiştir (Wong ve Arumugam 2012).

Darwish ve ark. 2014 yılında benign nedenlerle gerçekleşen histerektomin ruhsal sonuçlarını değerlendirmek amacıyla 2012 yılından önce yapılmış çalışmaları kapsayan bir metaanaliz çalışması yapmıştır. Çalışma sonucunda histerektomi sonrasında depresif semptomların azaldığı belirlenmiştir (Darwish ve ark. 2014).

Göktaş ve ark.'nın histerektomi sonrası cinsel yaşam ve depresyon durumunu inceledikleri çalışmada 150 kadın Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonunda kadınların ölçekten aldıkları toplam puan preoperatif 3. ayda 12,87±11,19 ve postoperatif 3. ayda 14,27±10,95 olarak belirlenmiş ve ameliyat öncesine göre depresif şikayetlerde artış olduğu saptanmıştır (Göktaş ve ark. 2015).

Bahri ve ark.'nın 2016 yılında yaptığı çalışmada histerektomi geçiren kadınlar Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak histerektomi öncesinde ve sonrasında depresyon görülme durumu bakımından incelenmiştir. Çalışma sonunda ölçekten elde edilen toplam puan ameliyattan önce 13,01±10,1 ameliyattan 3 ay sonra ise 11,02±10,3 bulunmuştur. Depresif semptomların postoperatif 3. ayda preoperatif döneme oranla azaldığı belirlenmiştir (Bahri ve ark. 2016).

Bu çalışmada ise preoperatif dönemde deney grubunun kontrol grubuna göre daha çok depresif belirtiler yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4-7). Deney grubundaki kadınların EAMDS toplam puanına (21,27±9,35) göre depresyon olasılığı anlamlı düzeyde (p=0,006) kontrol grubuna (14,83±5,61) göre daha yüksektir. Ameliyattan sonra her iki

grupta da ölçek toplam puanı azalmış ve postoperatif 2. ayda deney grubunda depresif semptomlar kontrol grubuna göre daha az bulunmuştur. Hemşirelik destek programı kapsamında deney grubundaki kadınlara verilen telefon desteği ve eğitimin depresif semptomları azalttığı söylenebilir. Ayrıca çalışmanın genel olarak literatürle uyumlu olduğu da görülmüştür (Darwish ve ark. 2014; Bahri ve ark. 2016).

Thakar ve ark. histerektomi sonrası yaşam kalitesi ve pskiyatrik semptomları incelemek amacıyla retrospektif, randomize kontrollü bir çalışma yapmıştır. Çalışmada kadınlar SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak postoperatif 6. ayda ve 12. ayda değerlendirilmiştir. Sonuç olarak ameliyat sonrası 6. ayda fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 89±17, mental sağlık alt boyut puanı 64±8,8 ameliyat sonrası 12. ayda fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 92±16 mental sağlık alt boyut puanı 64±9,7 bulunmuştur. Ölçeğin fiziksel fonksiyon alt boyutunda ve mental sağlık alt boyutunda olumlu yönde bir değişiklik olduğu saptanmış ve kadınların yaşam kalitesi yükselmiştir (Thakar ve ark. 2004).

Yılmaz ve ark. (2015) son bir yıl içinde TAH geçirmiş 224 kadını yaşam kalitesi ve cinsel işlevler bakımından incelemiştir. Çalışma sonunda kadınların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan 56,43±10,95, mental sağlık alt boyutundan aldıkları puan ise 69,50±12,12 olarak belirlenmiştir (Yılmaz ve ark. 2015).

Lauszus ve ark. 2016 yılında histerektomi geçiren kadınlarda yorgunluk ve yaşam kalitesini incelemek amacıyla bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada histerektomi geçiren kadınlar ameliyattan 9 gün önce, ameliyattan 13 gün sonra ve ameliyattan 30 gün sonra SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Kadınların ameliyattan 13 gün sonra fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 35,2±10,7, mental sağlık alt boyut puanı 53,2±7,7 bulunmuştur. Postoperatif 30. günde ise fiziksel fonksiyon alt boyut puanı (44,8± 8) artmış, mental sağlık alt boyut puanı (48,8±5,6) ise azalmıştır. Yapılan izlemler sonucu kadınların fiziksel fonksiyon alt boyutuna göre yaşam kalitesinin yükseldiği belirlenmiştir (Lauszus ve ark. 2016).

Saylam ve Terzioğlu'nun histerektomi öncesi ve sonrasında verilen danışmanlık hizmetinin yaşam kalitesine etkisini değerlendirdiği çalışmada, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden alınan toplam puan son görüşmede deney grubundaki kadınlarda (51,54± 10,97) kontrol grubuna (38,13±12,12) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde (p=0,002)

daha yüksek bulunmuştur ve danışmanlık hizmeti alan kadınların yaşam kalitesi yükselmiştir (Saylam ve Terzioğlu 2005).

Bu çalışmada ise postoperatif 1-2. günde deney grubuna göre kontrol grubundaki kadınların SF-12 fiziksel bileşen özetinde yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Postoperatif 6-7. günde fiziksel bileşen özeti, kontrol grubunda, deney grubuna göre anlamlı düzeyde (p=0,007) daha yüksektir (Tablo 4-8). Saylam ve Terzioğlu'nun çalışmasında deney grubunun yaşam kalitesi daha yüksek iken bu çalışmada farklı olarak deney grubundaki kadınların yaşam kalitesi kontrol grubuna göre daha düşüktür (Saylam ve Terzioğlu 2005). Çalışmada deney ve kontrol grubunda preoperatif döneme göre yaşam kalitesi yükselmiş olsa da genel olarak yapılan çalışmalarla kıyaslandığında yaşam kalitesi daha düşük belirlenmiştir (Thakar ve ark. 2004; Yılmaz ve ark. 2015). Bu durum kadınların yaşam kalitesinin ameliyattan sonra erken dönemde incelenmesinden kaynaklanıyor olabilir. Ameliyattan hemen sonra, görülen semptomların (ağrı, hareket kısıtlılığı) daha şiddetli yaşanıyor olmasına bağlı olarak literatüre oranla yaşam kalitesinin daha düşük bulunduğunu söyleyebiliriz.

Yaşam kalitesinin kontrol grubunda daha yüksek olması, preoperatif dönemde kontrol grubundaki kadınların yaşam kalitesinin daha yüksek olması ve kontrol grubunda LAH+BSO geçirenlerin oranının (%60) deney grubuna göre daha yüksek olması ile ilişkili olabilir. Çünkü literatürde LAH geçiren kadınların, TAH geçirenlere oranla yaşam kalitesinin özellikle fiziksel fonksiyon alt boyutunun genel olarak yüksek olduğuna ilişkin çalışmalar bulunmaktadır (Aarts ve ark. 2015). Ayrıca postoperatif 6-7. gün ve postoperatif 2. ay fiziksel bileşen özeti puanları literatürle uyumludur (Lauszus ve ark. 2016). Bu durumda hasta eğitimi ve telefon desteği kapsamında geliştirilen hemşirelik destek programı yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemiştir diyebiliriz.

5.5. Kadınların Yapılan Görüşmelere Göre Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde kadınların yapılan görüşmelere göre Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ), Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ), Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS) ve SF-12 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldığı puanlara ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Benshushan ve ark.'nın 2009 yılında yapmış olduğu çalışmada BSO yapılan kadınlar ile postmenopozdaki kadınlar menopoz semptomları bakımından

karşılaştırılmıştır. Green Klimakterik Skala (GKS) kullanılarak toplam 48 BSO geçiren kadın menopoz semptomları bakımından değerlendirilmiştir. Sonuç olarak BSO sonrası ölçekten alınan toplam puan ve alt boyut puanları yapılan izlemler arasında artış göstermiş ve menopoz semptomlarının şiddetinde artış olduğu belirlenmiştir (Benshushan ve ark. 2009).

Collaris ve ark.'nın 2010 yılında cerrahi menopoz sonrası hormonal durumu ve menopoz semptomlarını değerlendirdiği çalışmada Green Klimakterik Skala (GKS) kullanılarak TAH+BSO geçiren toplam 40 kadın incelenmiştir. Menopoz semptomları preoperatif dönemde, postoperatif 1. ve 6. haftada değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda ameliyat öncesinde ölçekten elde edilen toplam puan 16,0±11,5 ameliyattan sonra ise 9,87±11,17 olarak tespit edilmiştir. Somatik şikayetler alt boyutunda kadınların preoperatif dönemde 5,18±4,20 ameliyattan sonra 3,06±3,74, psikolojik şikayetler alt boyutunda ise ameliyattan önce 9,34±6,67 ameliyattan sonra 4,91±5,98 puan aldığı ve menopoz semptomlarının şiddetinde azalma olduğu belirlenmiştir (Collaris ve ark. 2010).

Bu çalışmada ise Collaris ve ark.nın yaptığı çalışmayla uyumlu olarak, MSDÖ toplam puanı ve somatik şikayetler alt boyutunda deney grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak görüşmeler arası anlamlı bir azalma olduğu ve menopoz semptomlarının daha hafif düzeyde yaşandığı belirlenmiştir (Tablo 4-9). Kontrol grubunda ise anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Bu durumu deney grubundaki kadınlara yönelik geliştirilen destek programının etkili olmasıyla ilişkilendirebilir. Sonuç olarak ‘’histerektomi geçiren kadınlara yönelik geliştirilen hemşirelik destek programı menopoz semptomlarını iyileştirir’’ hipotezi doğrulanmaktadır.

Brucker ve ark.'nın 2014 yılında yapmış olduğu çalışmada, LAH geçirmiş toplam 915 kadını operasyon sonrası yaşam kalitesi ve cinsel işlevler bakımından değerlendirmiştir. Çalışma sonunda LAH geçiren kadınların KCFİ toplam puanı 26,8±7,2 olarak belirlenmiştir. Ölçek alt boyutların elde edilen puanlar ise istek alt boyutunda, 3,3±1,1 uyarılma alt boyutunda 4,1±1,5 lubrikasyon alt boyutunda 4,3±1,9 orgazm alt boyutunda 4,5±1,7 memnuniyet alt boyutunda 5,0±1,3 ağrı alt boyutunda ise 4,4±2,3 olarak tespit edilmiş (Brucker ve ark. 2014).

Tütüncü ve Yıldız'ın yapmış olduğu PLİSSİT modeli kapsamında verilen cinsel sağlık eğitiminin etkinliğini değerlendirdiği çalışmada TAH+BSO geçiren toplam 70 kadın deney ve kontrol gruplarına ayrılarak değerlendirilmiştir. Çalışmada kadınlar

operasyon öncesi 2 kere ve operasyon sonrası 3. ve 6. aylarda KCFİ kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda deney grubundaki kadınların postoperatif 3. ayda ölçek toplam puanı 24,99±4,98, postoperatif 6. ayda ise 25,32±6,25 olarak saptanmış ve kadınların cinsel işlevlerinde iyileşme olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların ise operasyondan 3 ay sonra 13,29±7,63, 6 ay sonra ise 15,69±10,0 puan alarak cinsel fonksiyon bozukluğu yaşadığı tespit edilmiştir (Tütüncü ve Yıldız 2009).

Göktaş ve ark.'nın histerektomi sonrası cinsel yaşam ve depresyon durmunu incelediği çalışmada 150 kadın KCFİ ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonunda kadınların ölçekten aldıkları toplam puan preoperatif dönemde 41,47±25,46, postoperatif 3. ayda 34,20±26,66 olarak tespit edilmiştir. Postoperatif dönemde preoperatif döneme göre cinsel işlevlerin azaldığı ve histerektomi sonrası cinsel işlevlerin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (Göktaş ve ark. 2015).

Bu çalışmada KCFİ toplam puanı kontrol grubunda ameliyat öncesi dönemden postoperatif 2. aya istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş göstermiş ve cinsel işlevlerde bozulma olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin diğer tüm alt boyutları olan istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrı puanları kontrol grubunda postoperatif 2. ayda, preoperatif döneme oranla anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Deney grubunda uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve ağrı alt boyut puanlarında görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir artış olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-10). Fakat bu çalışmadaki veriler literatürdeki bulgularla kıyaslandığında her iki grupta da ölçek toplam ve alt boyut puanları oldukça düşük bulunmuştur (Brucker ve ark. 2014; Göktaş ve ark. 2015). Bu durum kadınların postoperatif süre içerisinde cinsel ilişkiden kaçınmalarıyla ilişkili olabilir. Bu sonuçlardan yola çıkarak ''histerektomi geçiren kadınlara yönelik geliştirilen hemşirelik destek programı cinsel fonksiyonları iyileştirir'' hipotezi doğrulanmamıştır. Fakat deney grubu kontrol grubuyla kıyaslandığında; hemşirelik destek programının cinsel işlevlerin daha da kötüye gitmesini engellediğini söyleyebiliriz.

Theunissen ve ark. histerektomi sonrası depresyon prevalansını değerlendirmek amacıyla 2017 yılında prospektif kohort bir çalışma yapmıştır. Çalışmada depresyon durumu 419 histerektomi geçirmiş kadınlar arasında ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 3. ve 12. ayda incelenmiştir. Çalışma sonunda EAMDS toplam puanı ameliyat öncesinde 10,9±8,3, postoperatif 3. ayda 9,1±8,5, postoperatif 12. ayda ise; 9,9±8,8 olarak belirlenmiştir. Bulgular doğrultusunda postoperatif dönemde preoperatif döneme göre

depresif semptomlar azalmıştır, fakat postoperatif 12. ayda postoperatif 3. aya göre depresif semptomlar artmıştır (Theunissen ve ark. 2017).

Bayram ve Şahin'in histerektominin psikoseksüel etkilerini incelediği çalışmada kadınlara preoperatif 1-3 gün önce ve postoperatif 3. ayda Beck Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmanın sonunda, ameliyat öncesinde depresif belirti göstermeyen (%60,8) kadınların oranı postoperatif dönemde (%82,8) artmıştır. Ayrıca hafif şiddetli semptomlar %32,3'den %11,8'e, orta şiddetli semptomlar %7,5'ten %5,4'e düşmüştür (Bayram ve Şahin 2008).

Persson ve ark. 2010 yılında subtotal ve total histerektomi sonrası toplam 179 kadında depresyon görülme durumu incelemiştir. Araştırmada depresyon durumu postoperatif 6. ve 12. ayda Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışma sonunda TAH geçiren grupta ölçekten elde edilen toplam puan preoperatif 6,7±6,3, postoperatif 6. ayda 4,2±5,2 postoperatif 12. ayda ise 4,5±6,1 olarak belirlenmiş ve depresif semptomlar postoperatif dönemde preoperatif döneme göre azalmıştır (Persson ve ark. 2010).

Bu çalışmada deney grubundaki kadınların EAMDS toplam puanı, depresif duygulanım, olumlu duygulanım ve bedensel şikayetler alt boyut puanı, preoperatif dönem ile postoperatif 2. ay arasında ve postoperatif 6-7. gün ile postoperatif 2. ay arasında azalmış ve literatürle uyumlu olarak hastaların depresif şikayetleri azalmıştır (Tablo 4-11) İlk görüşmede deney grubunda EAMDS toplam puanı oldukça yüksek çıkmış ve kadınlarda depresyon olasılığı tespit edilmiştir. Daha sonra yapılan ev ziyaretlerinde ve telefon görüşmelerinde depresif şikayetlerin yoğunluğunda azalma görüldüğü için pskiyatriye yönlendirmeye gerek olmadığı, depresif belirtilerin ortadan kalktığı gözlemlenmiştir. Ayrıca deney grubunda preoperatif dönemde yüksek olan depresyon olasılığının hemşirelik destek programı kapsamında verilen eğitim ve telefon desteği ile azaldığı görülmüştür. Bu sonuç ''histerektomi geçiren kadınlara yönelik geliştirilen hemşirelik destek programı depresif semptomları azaltır'' hipotezini doğrulamaktadır.

Theunissen ve ark.'nın 2016 yılında yaptığı çalışmada histerektomi geçiren kadınlar postoperatif 3. ve 12. ayda kronik ağrı, fiziksel fonksiyon ve cerrahi iyileşme bakımından değerlendirilmiştir. Araştırmada SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmış ve ölçeğin fiziksel fonksiyon alt boyutundan postoperatif 3. ayda 83,5±20, 12. ayda ise

85,9±20,2 puan alınmış ve postoperatif dönemde yapılan izlemlerde kadınların yaşam kalitesi yükselmiştir (Theunissen ve ark. 2016).

Yang ve ark. premenopozal dönemde benign nedenlerle histerektomi geçirmiş kadınların ameliyat sonrası yaşam kalitesini incelemiştir. Histerektomi geçiren kadınlar SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile preoperatif dönemde, postoperatif 6. ayda ve 12. ayda değerlendirilmiştir. Kadınların SF-36 Yaşam Kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyut puanı preoperatif dönemde 45,2±12,0, postoperatif 6. ayda 53,0±7,5 ve postoperatif 12. ayda 53,1±7,5 bulunmuş ve yapılan izlemler boyunca kadınların yaşam kalitesi preoperatif döneme göre yükselmiştir (Yang ve ark. 2006).

Briet ve ark. 2018 yılında yapmış olduğu çalışmada laparoskopik histerektomi sonrası 116 kadının yaşam kalitesini SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile değerlendirmiştir. Çalışmada kadınların preoperatif dönemde fiziksel fonksiyon alt boyutunda yaşam kalitesi, postoperatif 6. haftaya göre daha yüksek, postoperatif 6. aya göre daha düşük bulunmuştur. Mental sağlık alt boyutunda ise, yaşam kalitesi postoperatif 6. haftada ameliyat öncesine ve postoperatif 6. aya göre daha yüksek bulunmuş (Briet ve ark. 2018).

Bu çalışmada deney grubundaki kadınların fiziksel bileşen özetine göre yaşam kalitesinde preoperatif dönem ile postoperatif 2. ay arasında ve postoperatif 6-7. gün ile postoperatif 2. ay arasında anlamlı bir artış söz konusudur. Kontrol grubunda ise sadece preoperatif dönem ile postoperatif 2. ay arasında anlamlı bir artış olmuştur. Bu durumda deney grubunda, kontrol grubuna göre yaşam kalitesinin yapılan tüm görüşmeler arası anlamlı bir şekilde yükseldiğini söyleyebiliriz (Tablo 4-12). Ayrıca çalışmadan elde edilen verilerin literatürle uyumlu olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak ‘’histerektomi geçiren kadınlara yönelik geliştirilen hemşirelik destek programı yaşam kalitesini yükseltir’’ hipotezi doğrulanmaktadır.

5.6. Kadınların Geçirdiği Ameliyat Türüne Göre, Ölçeklerden Aldıkları Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde kadınların geçirdiği ameliyat türüne göre Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ), Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ), Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS) ve SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldığı puanlara ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Stuursma ve ark.’nın 2018 yılında yapmış olduğu çalışmada 199 kadın BSO sonrasında menopoz semptomları yönünden MSDÖ kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışmanın sonunda katılımcıların çoğu (%38,2) orta düzeyde menopoz şikayetleri yaşadığını belirtmiştir. Ölçeğin psikolojik şikayetler alt boyutunda katılımcıların %27,1'i orta düzeyde, somatik şikayetler alt boyutunda %38,7'si orta düzeyde, ürogenital şikayetler alt boyutunda ise %58,1'i şiddetli düzeyde menopoz şikayeti yaşadığını rapor etmiştir (Stuursma ve ark. 2018).

O'Boyle ve ark.'nın 1996 yılında yaptığı çalışmada laparoskopik ooferektomi sonrası kadınların menopoz semptomları Kupperman İndeks Skoru ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonunda kadınların ölçekten elde ettikleri toplam puan 16,9±1,4 olarak belirlenmiş ve kadınların çoğu (%62) hafif düzeyde menopoz semptomları yaşadığını ifade etmiştir (O'Boyle ve ark. 1996).

Bu çalışmada postoperatif 6-7. günde kontrol grubundaki LAH+BSO geçiren kadınların MSDÖ somatik sikayetler alt boyutundan elde edilen puan, deney grubuna göre daha düşüktür ve menopoz semptomları daha hafif düzeyde yaşanmıştır. Postoperatif 2. ayda ise deney grubundaki LAH+BSO geçiren kadınların ölçekten aldığı toplam puan (5,80±4,00) daha düşüktür ve menopoz semptomları hafif düzeyde yaşanmıştır (Tablo 4-13). Çalışmadan elde edilen bulgular O'Boyle ve ark.'nın elde ettikleri verilerle uyumlu olup, LAH+BSO geçiren kadınların menopoz semptomlarını hafif düzeyde yaşadığı söylenebilir (O'Boyle ve ark. 1996)

He ve ark.'nın 2016 yılında yapmış olduğu çalışmada benign nedenlerle gerçekleşen toplam 4.895 histerektominin sonuçları değerlendirilmiştir. Katılımcıların 3539'u LAH 1356'sı ise TAH geçirmiş ve operasyondan 12 ay sonra cinsel işlevleri KCFİ ile değerlendirilmiştir. Çalışma sonunda ölçeğin tüm alt boyutları LAH' de daha yüksek bulunmuştur ve cinsel işlevlerin LAH geçiren kadınlarda TAH geçiren kadınlara göre daha iyi olduğu belirlenmiştir (He ve ark. 2016).

Eken ve ark.'nın 2016 yılında histerektomi şeklinin cinsel yaşama, yaşam kalitesi ve benlik saygısına olan etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada LAH ve TAH geçiren toplam 84 kadın değerlendirilmiştir. Katılımcıların cinsel işlevleri preoperatif dönemde ve postoperatif 6. ayda Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda TAH geçiren kadınların ölçek toplam puanı preoperatif dönemde, 16,1±4,3, postoperatif 6. ayda 12,9±3,7 olarak belirlenmiştir. LAH geçiren grupta ise ölçek toplam puanı preoperatif dönemde, 17,2±3,7, postoperatif 6. ayda ise 10,8±2,1 olarak tespit edilmiştir. LAH geçiren

hastaların TAH geçiren hastalara göre daha iyi cinsel yaşama sahip olduğu belirlenmiştir (Eken ve ark. 2016).

Bu çalışmada TAH+BSO geçiren deney grubunda KCFİ toplam puanı, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrı alt boyut puanı LAH+BSO geçiren kadınlara göre daha yüksek ve cinsel işlevlerin daha iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-14). Çalışmadan elde edilen bu veri literatürle uyumlu değildir. Fakat KCFİ ölçeği istek alt boyutundan elde edilen puan literatürle uyumlu olarak LAH+BSO geçiren deney grubundaki kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu durum kadınların eşleri ile olan ilişkisi, beden imajı ve cinselliğe vermiş oldukları anlam ile ilişkili olabilir.

Persson ve ark. 2006 yılında yaptığı çalışmada LAH ve TAH operasyonun ruhsal sonuçlarını incelemiştir. Beck Depresyon Ölçeği ile 56 TAH geçiren ve 63 LAH geçiren toplam 119 kadın preoperatif dönemde postoperatif 5 hafta ve 6 ayda değerlendirilmiştir. Sonuç olarak TAH geçiren kadınların ölçekten aldıkları toplam puan postoperatif 5. haftada 5,0±6,5, postoperatif 6. ayda ise 4,0±5,2 olarak belirlenmiştir. LAH geçiren grupta ise ölçekten elde edilen toplam puan ameliyattan 5 hafta sonra, 4,6±5,5, 6 ay sonra ise 5,3±6,8 olarak tespit edilmiştir. İzlemler arası yapılan incelemede kadınların depresif semptomları LAH geçiren grupta artış göstermiştir (Persson ve ark. 2006).

Ellström ve ark.'nın 2003 yılında yapmış olduğu çalışmada abdominal ve laparoskopik histerektomi sonrası cinsel yaşamı ve psikolojik iyilik halini değerlendirmiştir. Çalışmada kadınların ruhsal durumları Psikolojik Genel İyilik Ölçeği kullanılarak preoperatif ve postoperatif 1. yılda değerlendirilmiştir. Postoperatif 1. yılda ölçekten elde edilen puan TAH grubunda (102,0±15,8) LAH grubuna göre (97,3±19,1) daha yüksek bulunmuştur. Bu bilgiler doğrultusunda ölçek toplam puanına göre ruhsal problemlerin LAH geçiren hastalarda daha fazla olduğunu söyleyebilir (Ellström ve ark. 2003).

Bu çalışmada TAH+BSO geçiren kadınların preoperatif dönemde depresif semptomları LAH+BSO geçiren kadınlara göre daha az bulunmuştur. Postoperatif 6-7. günde ise depresif semptomlar LAH+BSO geçiren kontrol grubunda TAH+BSO geçiren deney grubuna oranla daha az bulunmuştur. Postoperatif 2. ayda ise TAH+BSO geçiren deney grubunda depresif semptomlar LAH+BSO geçiren gruba göre daha azdır (Tablo 4-15). Preoperatif ve postoperatif 2. ayda yapılan izlemlerde elde edilen bulgular literatürle uyumlu ve LAH+BSO geçiren kadınların depresif şikayetlerinin daha fazla olduğu

yönündedir. Fakat postoperatif 6-7. günde yapılan izlemde LAH+BSO geçiren kadınlarda depresif semptomlar daha az bulunmuştur. Bu durum laparoskopik histerektominin ameliyat sonrası erken dönemde iyileşme sürecinin daha hızlı olmasına bağlı depresif belirtilerin de azalmış olmasıyla ilişkili olabilir. Preoperatif ve postoperatif 2. ayda LAH+BSO geçiren kadınların depresif semptomlarının daha fazla olması ise kadınların uterusa yüklediği anlam, eğitim durumu ve gelir durumu gibi faktörlere bağlı olabilir.

Nieboer ve ark.'nın 2012 yılında laparoskopik ve abdominal histerektomi sonrası yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla bir çalışma yapmıştır. Çalışmada 27 laparoskopik, 32 abdominal histerektomi geçiren kadın amaliyattan sonra 2., 4., 6., 12. haftada ve 4. yılda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışma sonunda yapılan her izlemde laparoskopik histerektomi grubunun SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden abdominal histerektomiye göre daha yüksek puan aldığı ve yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Nieboer ve ark. 2012).

Garry ve ark.'nın 2004 yılında yapmış olduğu çalışmada abdominal, vajinal ve laparoskopik histerektominin sonuçları değerlendirilmiştir. Abdominal histerektomi geçirmiş 292 ve laparoskopik histerektomi geçirmiş 584 kadın SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak ameliyattan sonra 6. hafta, 4. ay ve 1. yılda değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonunda abdominal histerektomi geçiren kadınların fiziksel bileşen özetinde izlem yapılan süreler boyunca yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur. Mental bileşen özetine göre yaşam kalitesi izlem süreleri boyunca laparoskopik histerektomide daha düşük belirlenmiştir (Garry ve ark. 2004).

Bu çalışmada LAH+BSO geçiren kontrol grubundaki kadınların postoperatif 6-7. günde SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği fiziksel bileşen özeti (42,80± 4,40) daha yüksek bulunmuştur. Bu durum ameliyat öncesi dönemde kontrol grubundaki kadınların fiziksel bileşen özetinin deney grubuna göre daha yüksek olmasıyla açıklanabilir. Postoperatif 2. ayda ise LAH+BSO geçiren deney grubundaki kadınların fiziksel bileşen özeti ve yaşam kalitesi TAH+BSO geçiren gruba göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4-16). Çalışmadan elde edilen verilerin Garyy ve Nieboer'in çalışmasındaki bulgularla benzer olduğunu söyleyebilir. Laparoskopik histerektomi geçiren kadınların insizyon yerinin daha küçük olması, daha az ağrı yaşaması, günlük yaşam aktivitelerine geri dönüşün daha kısa sürede olmasına bağlı kadınların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu düşünülebilir.

5.7. Kadınların Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalası Kesme Puanına Göre, Diğer Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde kadınların Epidemiyolojik Araştırmalar ve Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS) kesme puanına göre Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ), Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ), ve SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldığı puanlara ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Thakar ve ark. 2004 yılında yapmış olduğu çalışmada total ve subtotal histerektomi geçirmiş kadınlarda histerektominin yaşam kalitesine etkisini ve psikolojik sonuçlarını değerlendirmiştir. Kadınların yaşam kalitesi, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile psikolojik sonuçları ise Genel Sağlık Anketi-28 (GSA-28) ile 6. ve 12. aylarda değerlendirmiştir. Operasyon sonrası ölçeğin depresyon alt boyutundan elde edilen puan 6. ayda 0,4±1,1, 12. ayda ise 0,4±1,2 olarak belirlenmiştir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutundan elde edilen puan 6. ayda 89±17, 12. ayda 92±16 olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda kadınların histerektomi sonrası depresif semptomları az ve yaşam kalitelerinin buna göre yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Thakar ve ark. 2004).

Hartmann ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada depresyonu ve ağrısı olan kadınların histerektomi sonrası yaşam kalitesi ve cinsel yaşamı preoperatif dönemde, postoperatif 6. ve 24. aylarda değerlendirilmiştir. Depresyonu olan kadınların çoğunun (%50,8) fiziksel fonksiyonları sınırlıdır. Bu durum hastaların postoperatif 6. ayında %24,2, 24. ayında ise %24,3 olarak belirlenmiştir. Ayrıca depresyonu olmayan hastalarda fiziksel fonksiyonlarda görülen sınırlılık postoperatif 24. ayda %18,8 oranında daha düşük olarak belirlenmiştir. Kısaca depresyonu olan hastaların fiziksel işlevleri depresyonu olmayan hastalara oranla daha sınırlı olarak belirlenmiştir (Hartman ve ark. 2004).

Farquhar ve ark.'nın TAH ve TAH+BSO geçiren kadınların ameliyat sonuçlarını değerlendirdiği çalışmada TAH geçiren 266, TAH+BSO geçiren 57 kadın incelenmiştir. Ameliyat öncesi TAH+BSO geçiren grupta depresyon olasılığı yüksek (EAMDS≥16) olan kadınlar çoğunluktaydı (%67). Ameliyat sonrası 6. haftada bu oran azalmış ve %38 olarak belirlenmiştir. Fakat postoperatif 6. ayda artış göstererek %48 oranında tespit edilmiş. Kadınlar ayrıca sıcak basması, vajinal kuruluk ve depresif hisssetme durumları gibi menopoz semptomları bakımından değerlendirilmiştir. Postoperatif 6. ayda kadınlar preoperatif döneme göre sıcak basması şikayetleri ve depresif hissetme durumunda

azalma olduğunu bildirmiş ve menopoz şikayetlerinin azalması ile birlikte depresyon olasılığı yüksek (EAMD≥16) olan kadınların oranı da azalmıştır (Farquhar ve ark. 2002).

Boğa ve Kılıç 2013 yılında yapmış olduğu çalışmada kadınlar deney ve kontrol grubuna ayırılarak TAH+BSO geçirmiş 55 kadına menopoz dönemine ilişkin eğitim verilmiş ve eğitimin semptom kontrolü, sosyal destek, depresyon ve yaşam kalitesine olan etkisi incelenmiştir. Deney grubundaki kadınların operasyon sonrası 1. 2. 3. 4. 5. ve 6. aylarda MSDÖ kullanılarak menopoz semptomları değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonunda ölçekten elde edilen toplam puan deney grubunda operasyondan 1 ay sonra 20,1±6,5 olarak tespit edilmiş ve her ay düşüş göstererek 6. ay sonunda 15,2±5,1 olarak belirlenmiştir. Bunun yanısıra MSDÖ'ne paralel olarak deney grubunda Beck Depresyon Ölçeğinden elde edilen puanlarda azalma göstermiş ve menopoz şikayetleri azaldıkça depresif semptomlar azalmıştır. Kontrol grubunda ise MSDÖ alınan puanlar ve Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puanlar artış göstermiş ve menopoz şikayetleri arttıkça depresif semptomlar da artmıştır (Boğa ve Kılıç 2013; Farquhar ve ark. 2002).

Bu çalışmada literatürle uyumlu olarak depresyon semptom düzeyi yüksek olan kadınlarda menopoza özgü semptomlar daha yoğun yaşanmıştır (Tablo 4-18, Tablo 4-19) (Boğa ve Kılıç 2013). Depresyon semptom düzeyi yüksek kadınların SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği fiziksel bileşen özetine göre, yaşam kalitesi daha düşük bulunmuş ve menopoz semptomları daha şiddetli düzeyde yaşanmıştır. (Tablo 4-17, Tablo 4-18, Tablo 4-19). Bu bulgular da literatürle uyumludur. Elde edilen bulgulara göre depresif semptomların artmış olması kadınların fiziksel fonksiyonlarını ve menopoza özgü semptomlarını olumsuz yönde etkilemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar:

- Deney grubundaki kadınların yaş ortalaması 48,10±4,49, kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması ise 48,17±3,78'dir.
- Kadınların evlenme yaşı deney grubunda 19,20±3,08, kontrol grubunda ise 19,00±2,94 olarak belirlendi.
- Deney grubundaki kadınların yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2,10±0,8 kontrol grubundaki kadınların ise 2,47±1,2 olarak tespit edildi.
- Menopoz süresi (yıl) deney grubundaki kadınlarda 4,5±2,33, kontrol grubundaki kadınlarda 4,5±2,33'tür.
- Deney grubundaki kadınların %60'ı ilkokul, %23,3'ü lise %10'u üniversite, %6,7'si ortaokul mezunudur. Kontrol grubundaki kadınların ise %63,3'ü ilkokul, %16,7'si üniversite %13,3'ü ortaokul, %6,7'si lise mezunudur.
- Deney grubundaki kadınların %66,7'sinin kontrol grubundaki kadınların %76,7'sinin gelirlerinin giderlerine denk veya fazla olduğu görüldü.
- Deney grubundaki kadınların %86,7'si kontrol grubundaki kadınların ise %76,7'si çalışmıyordu.
- Kadınların tedavi sürecine ilişkin bilgilendirilme durumu, deney ve kontrol grubunda eşit oranlardaydı (%60).
- Deney grubundaki kadınların çoğu (%77,8), kontrol grubundaki kadınların ise tamamı (%100) hastalık sürecinde sadece doktordan bilgi aldığını ifade etti.
- Deney grubundaki kadınların %43,3'ü kontrol grubundaki kadınların ise %40'ı hastalık sürecinde hemşireden bilgi almak istediğini belirtti.
- Deney grubundaki kadınların %83,3'ü kontrol grubundaki kadınların %80'i daha önce bir jinekolojik operasyon geçirmedi.

- Deney grubundaki kadınların %60'ının kontrol grubundaki kadınların %56,7'sinin kronik bir hastalığı yoktu.
- Hem deney hem de kontrol grubundaki kadınların %26,7'si menopozda olduğunu bildirdi.
- Deney grubundaki kadınların %43,3'ü anormal uterin kanama, %43,3'ü miyoma uteri, %10'u adneksiyal kitle, %3,3'ü pelvik organ prolapsusu nedeniyle operasyon geçirdi. Kontrol grubunda ise kadınların %36,7'si anormal uterin kanama, %33,3'ü miyoma uteri, %20'si adneksiyal kitle, %10'u pelvik organ prolapsusu nedeniyle operasyon geçirdi.
- Kadınlar geçirdiği ameliyat türüne göre incelendiğinde, deney grubundaki kadınların %50'sinin kontrol grubundaki kadınların ise %60'ının LAH+BSO geçirdiği tespit edildi.
- Postoperatif 6-7. günde kadınların çoğunda (%96,7) insizyon bölgesinde akıntı, kızarıklık ve ağrı yoktu. Deney grubunda ve kontrol grubunda 1'er hastanın (%3,3) ameliyat bölgesinde kızarıklık, akıntı ve ağrı olduğu belirlendi.
- Postoperatif 6-7. günde deney grubundaki hastaların %63,3'ünün kontrol grubundaki kadınların ise %50'sinin güçsüzlük yaşadığı tespit edildi.
- Postoperatif 6-7. günde deney grubundaki hastaların %63,3'ü kontrol grubundaki hastaların ise %66,7'si ateş basması ve terleme şikayeti yaşadığını ifade etti.
- Postoperatif 6-7. günde uykusuzluk yaşadığını belirten hastaların oranları ise deney ve kontrol grubunda eşit olarak belirlendi (%63,3).
- Postoperatif 6-7. günde deney grubunda bulunan katılımcılardan %13,3'ü kontrol grubundaki katılımcılardan %16,7'si konstipasyon yaşadığını belirtti.
- Postoperatif 6-7. günde deney grubunda halsizlik ve yorgunluk yaşayan hastaların oranı %56,7 kontrol grubunda ise %33,3 bulundu.

- Postoperatif 6-7. günde ruhsal olarak kendini kötü hisseden hastaların oranları deney grubunda %16,7 kontrol grubunda ise; %33,3 olarak tespit edildi.
- Postoperatif 6-7. günde diyare problemi yaşadığını belirten hastaların oranları deney ve kontrol grubunda eşitti (%6,7).
- Postoperatif 6-7. günde deney grubundaki hastaların %33,3'ü kontrol grubunda ise %10'u idrar yaparken ağrı ve yanma yaşadığını ifade etti.
- Postoperatif 6-7. günde hem deney hem de kontrol grubundaki katılımcıların %13,3'ü ameliyat sonrasında iştahsızlık yaşadığını belirtti.
- Postoperatif 6-7. günde sadece kontrol grubunda olan 1 hastanın (%3,3) idrar kaçırma problemi yaşadığı belirlendi.
- Postoperatif 6-7. günde kötü kokulu vajinal akıntı bildiren deney grubunda 3, kontrol grubunda ise 1 hasta vardı.
- Postoperatif 2. ayda hem deney hem de kontrol grubunda insizyon bölgesinde akıntı, kızarıklık ve ağrı bildiren hasta yoktu.
- Postoperatif 2. ayda güçsüzlük yaşayan hastalar deney grubunda ve kontrol grubunda eşitti (%23,3).
- Postoperatif 2. ayda deney grubundaki hastaların %70'i kontrol grubundaki hastaların ise %86,7'si ateş basması ve terleme şikayeti yaşadığını ifade etti.
- Postoperatif 2. ayda uykusuzluk yaşadığını belirten hastaların oranları ise deney grubunda %16,7 kontrol grubunda ise %13,3 olarak belirlendi.
- Postoperatif 2. ayda deney grubunda bulunan hastaların %13,3'ü konstipasyon problemi yaşarken, kontrol grubunda bulunan hastalardan konstipasyon problemi yaşayan yoktu.
- Postoperatif 2. ayda deney grubunda halsizlik ve yorgunluk yaşayan hastaların oranı %40, kontrol grubunda ise %46,7 bulundu.
- Postoperatif 2. ayda ruhsal olarak kendini kötü hisseden hastaların oranları deney grubunda %6,7 kontrol grubunda ise, %30 olarak tespit edildi.

- Postoperatif 2. ayda diyare problemi yaşadığını belirten toplam 1 hasta (%3,3) vardı ve bu hasta kontrol grubunda bulunmaktadır.
- Postoperatif 2. ayda deney grubunda %10'u kontrol grubunda ise %6,7'si idrar yaparken ağrı ve yanma yaşadığını ifade etti.
- Postoperatif 2. ayda sadece deney grubundan 1 hastanın (%3,3) iştahsızlık yaşadığı belirlendi.
- Postoperatif 2. ayda sadece deney grubunda 2 hastanın idrar kaçırdığı belirlendi.
- Postoperatif 2. ayda kötü kokulu vajinal akıntı bildiren hasta yoktu.
- MSDÖ toplam puanı ve somatik şikayetler alt boyutunda deney grubunda istatistiksel olarak görüşmeler arası anlamlı bir azalma belirlendi ($p<0,001$, $p=0,012$). Ayrıca postoperatif 6-7. günde deney grubunda somatik şikayetler alt boyutu kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olarak tespit edildi. Postoperatif 2. ayda ise MSDÖ toplam puanı deney grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu. Hemşirelik destek programı kapsamında verilen eğitim ve telefon desteği ile deney grubundaki kadınlarda menopoz semptomları kontrol grubuna göre daha hafif düzeyde yaşanmıştır.
- Deney grubunda KCFİ uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve ağrı alt boyut puanlarında görüşmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir artış olduğu belirlendi. Kontrol grubunda postoperatif 2. ayda KCFİ toplam ve tüm alt boyut puanları ilk görüşmeye oranla anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p=0,001$). Postoperatif 2. ayda KCFİ toplam puanı deney grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Ölçeğin alt boyutlarından istek ve memnuniyet alt boyutu ise kontrol grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Hemşirelik destek programı kapsamında verilen eğitim ve telefon desteği, deney grubundaki kadınlarda cinsel işlevlerin daha kötüye gitmesine engel olmuştur.
- EAMDS toplam puanı deney ve kontrol grubunda görüşmeler arası anlamlı azalmalar göstermiştir ve postoperatif 2. ayda deney grubunda

kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Ayrıca telefon desteği ve verilen eğitimle ilgili olarak, depresif belirtiler deney grubunda kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Deney grubunda ölçek alt boyutlarından olan depresif duygulanım ve olumlu duygulanım alt boyutlarında kontrol grubuna göre anlamlı azalmalar olduğu tespit edildi. ($p<0,001$, $p<0,001$).

- SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği deney grubunda preoperatif dönem ile postoperatif 2. ay arasında, postoperatif 6-7. gün ile postoperatif 2. ay arasında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artış gösterdi ve preoperatif döneme göre kadınların yaşam kalitesi yükseldi ($p<0,001$). Kontrol grubunda ise fiziksel bileşen özeti preoperatif dönem ile postoperatif 2. ay arasında anlamlı bir artış gösterdi ($p=0,007$). Ayrıca kontrol grubunda mental bileşen özetinde preoperatif dönem ile postoperatif 6-7. gün arasında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma belirlendi ($p=0,026$)
- Postoperatif 6-7. gün MSDÖ toplam puanı TAH+BSO geçiren deney grubundaki kadınlarda daha yüksekti. Postoperatif 2. ayda ise MSDÖ toplam puanı LAH+BSO geçiren deney grubu katılımcılarında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük bulundu ve menopoz semptomlarının şiddetinde azalma olduğu belirlendi ($p=0,046$).
- KCFİ toplam puanı, postoperatif 2. ayda TAH+BSO geçiren deney grubu katılımcılarında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksekti ve cinsel işlevler TAH+BSO geçiren kadınlarda LAH+BSO geçiren kadınlara göre daha iyiydi. ($p=0,000$). Ölçek alt boyutlarından istek ve memnuniyet alt boyutu puanlarına göre TAH+BSO geçiren deney grubu kadınlarında cinsel işlevler daha kötü bulundu ($p=0,000$, $p=0,000$).
- Preoperatif dönem ve postoperatif 2. ayda TAH+BSO geçiren kadınların EAMDS toplam puanına göre depresif semptomlar anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p=0,006$, $p=0,002$).
- Çalışmada LAH+BSO geçiren kadınların SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fiziksel bileşen alt boyut puanına göre yaşam kalitesi daha yüksek tespit edildi ($p=0,007$).

- EAMDS kesme puanına göre preoperatif dönemde depresyon olasılığı olmayan hastalarda (EAMDS<16) fiziksel ve mental bileşen özetine göre yaşam kalitesi deney grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek tespit edildi. Depresyon olasılığı olmayan hastalarda (EAMDS<16) KCFİ puanına göre cinsel işlevlerin deney grubunda kontrol grubuna göre daha iyi olduğu belirlendi.
- EAMDS kesme puanına göre postoperatif 6-7. günde depresyon olasılığı olan hastalarda (EAMDS≥16) 2. görüşmede elde edilen fiziksel bileşen özetine göre yaşam kalitesi, kontrol grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (p=0,010, p=0,002). 2. görüşmede elde edilen MSDÖ toplam puanı ve somatik şikayetler alt boyut puanı deney grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (p<0,001, p=0,005).
- EAMDS kesme puanına göre postoperatif 2. ayda uygulanan MSDÖ toplam ve psikolojik şikayetler alt boyut puanına göre depresyon olasılığı olmayan (EAMDS<16) deney grubu hastalarında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde menopoz semptomlarının daha hafif düzeyde yaşandığı belirlendi (p<0,001, p<0,001).

Öneriler:

Bu çalışmanın sonuçlarına bakılarak;

- Histerektomi sonrasında kliniklerde kadınlara hemşireler tarafından taburculuk eğitimi ve menopoz sonrası yaşama yönelik yazılı materyaller eşliğinde eğitim ve danışmanlık hizmeti rutin olarak verilmelidir.
- Histerektomi sonrası hastalara cinsel yaşama ilişkin, kapsamlı ve modele dayalı cinsel danışmanlık programı dahilinde eğitim verilmelidir. Histerektomi sonrası daha uzun süreli izlem ve cinsel işlev bozukluğu olan kadınlara daha ileri cinsel danışmanlık hizmeti verilmesi gerekmektedir.
- Histerektomi planlanan kadınlar ameliyat öncesi dönemde ve ameliyat sonrası daha uzun sürelerde takip edilmelidir.
- Konuyla ilgili daha fazla örneklem sayısı temel alınarak, daha fazla randomize kontrollü ve daha uzun dönem izlemli çalışmalar yapılmalıdır.
- Histerektomi sonrası kadınlara daha farklı materyallerle (video, web tabanlı) eğitim ve danışmanlık hizmeti verilerek etkinliği değerlendirilmelidir.
- Hemşireler histerektomi sonrası hastalara daha iyi bakım sağlamak için taburculuk eğitimi, menopoz dönemi ve cinsel yaşam gibi konularda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmalıdır. Bu nedenle özellikle hastanelerde konuyla ilgili hizmet içi eğitim programlarına yer verilmelidir.
- Hastalara histerektomi sonrası ve menopoz dönemine ilişkin verilecek eğitimlere aile üyelerinin, özellikle eşlerin katılımı da sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

Aarts, J. W., Nieboer, T. E., Johnson, N., Tavender, E., Garry, R., Mol, B. W. J., Kluivers, K. B. (2015). Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), 1-214.

ACOG (2017). *Choosing the Route of Hysterectomy for Benign Disease. Washington: The American College of Obstetricians and Gynecologists.* Erişim 25.02.2019, https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Gynecologic-Practice/Choosing-the-Route-of-Hysterectomy-for-Benign-Disease.pdf.

Ahmed, M. R., Ahmed, W. A. S., Atwa, K. A., Metwally, L. (2014). Timing of urinary catheter removal after uncomplicated total abdominal hysterectomy: a prospective randomized trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *176*(1), 60-63.

Aksakal, T., Bilgili, N. (2008). Hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetin değerlendirilmesi; jinekoloji servisi örneği. *Erciyes Medical Journal/Erciyes Tıp Dergisi*, *30*(4), 242-249.

Aksoy, G. (2012). Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı. İçinde G. Aksoy, N. Kanan, N. Akyolcu (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği I.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 257-297.

Aksoy, A., Vefikuluçay Yılmaz, D. (2018). Jinekolojik cerrahide kanıta dayalı uygulamalarda yeni bir yaklaşım: ERAS protokolü ve hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, *10*(1), 49-58.

Akyolcu, N. (2012). Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı. İçinde G. Aksoy, N. Kanan, N. Akyolcu (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği I.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 335-364.

Altman, D., Zetterström, J., López, A., Pollack, J., Nordenstam, J., Mellgren, A. (2004). Effect of hysterectomy on bowel function. *Diseases of the Colon & Rectum*, *47*(4), 502-509.

Ataoğlu, S., Ankaralı, H., Ankaralı, S. (2017). Fibromiyalji hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılan ölçeklerin karşılaştırılması. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, *22*(2), 85-94.

Aygin, D., Aslan, F. E. (2005). Kadın cinsel işlev ölçeğinin Türkçe'ye uyarlaması. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 25*(3), 393-399.

Aygül, S., Ulupınar, S. (2012). Hemşirelerin hasta eğitimindeki rolüne yönelik hastaların görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15*(1), 1-9.

Bahri, N., Tohidinik, H. R., Najafi, T. F., Larki, M., Amini, T., Sartavosi, Z. A. (2016). Depression following hysterectomy and the influencing factors. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, *18*(1), 1-7.

Bankowski, B. J., Hearne, A. E., Lmbrou, N. C., Fox, H. E., Wallach, E. E. (2008). *Johns Hopsking Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı*. K. Vicdan, A. Z. Işık, C. Akarsu, A. Vicdan (Çev.), Ankara: Atlas Kitapçılık; 436-451.

Barber, E. L., Harris, B., Gehrig, P. A. (2016). Trainee participation and perioperative complications in benign hysterectomy: the effect of route of surgery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *215*(2), 215-221.

Bayram, G. O., Şahin, N. H. (2008). Hysterectomy's psychosexual effects in Turkish women. *Sexuality and Disability*, *26*(3), 149-158.

Beckmann, C. R. B., Ling, F. W., Herbert, W. N. P., Laube, D. W., Smith, R. P., Cazanova, R. ve ark. (2015). *Obstetrik ve Jinekoloji.* S. C. Demir, Ü. Küçükgöz Güleç (Çev.), Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 317-319.

Benshushan, A., Rojansky, N., Chaviv, M., Arbel-Alon, S., Benmeir, A., Imbar, T., & Brzezinski, A. (2009). Climacteric symptoms in women undergoing risk-reducing bilateral salpingo-oophorectomy. *Climacteric*, *12*(5), 404-409.

Boğa, N. M., Kılıç, D. (2013). Cerrahi menopozdaki kadınlara Roy adaptasyon modeline göre evde verilen eğitimin semptom kontrolü depresyon sosyal destek ve yaşam kalitesine etkisi. Doktora Tezi, Erzurum.

Bohlin, K. S., Ankardal, M., Lindkvist, H., Milsom, I. (2017). Factors influencing the incidence and remission of urinary incontinence after hysterectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *216*(1), 53-62.

Bolsoy, N., Kavlak, O., Dağ, H. (2014). Histerektomi operasyonu geçiren kadinlarin cinsel yaşamlarina yönelik bilgi gereksinimleri. *Uluslararasi Hakemli Hemşirelik Araştirmalari Dergisi, 1*(1), 36-51.

Briët, J. M., Mourits, M. J., van Leeuwen, B. L., van den Heuvel, E. R., Kenkhuis, M. J., Arts, H. J., Bock, G. H. (2018). Age should not be a limiting factor in laparoscopic surgery: a prospective multicenter cohort study on quality of life after laparoscopic hysterectomy. *Clinical Interventions in Aging*, 18(*13)*, 2517-2526.

Brucker, S. Y., Taran, F. A., Bogdanyova, S., Ebersoll, S., Wallwiener, C. W., Schönfisch, B., Gawlik, S. ve ark. (2014). Patient-reported quality-of-life and sexual-function outcomes after laparoscopic supracervical hysterectomy (LSH) versus total laparoscopic hysterectomy (TLH): a prospective, questionnaire-based follow-up study in 915 patients. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *290*(6), 1141-1149.

Gürkan, Ö., C. (2005) Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerliği. *Hemşirelik Forumu, 1*(1), 30–35.

Carlson, K. J., Miller, B. A., Fowler, J. F. (1994). The maine women's health study: i. outcomes of hysterectomy. *Obstetrics and Gynecology*, *83* (4), 556-565.

Castro, A. M., Blanco, A. M., Barrios, T. B. (2018). Insomnia and sexual dysfunction associated with severe worsening of the quality of life in sexually active hysterectomized women. *Sleep Science*, *11*(2), 99-105.

Chard, R. (2013)$_a$. Care of preoperative patient. İçinde Ignatavicius, D. D. Workman, M. L. (Ed.), *Medical- Surgical Nursing Patient- Centered Collobarative Care 7 th Edition.* Elsevier Saunders, 239-263.

Chard, R. (2013)$_b$. Care of postoperative patient. İçinde Ignatavicius, D. D. Workman, M. L. (Ed.), *Medical- Surgical Nursing Patient- Centered Collobarative Care 7 th Edition.* Elsevier Saunders, 284-302.

Chou, P. H., Lin, C. H., Cheng, C., Chang, C. L., Tsai, C. J., Tsai, C. P., Chan, C. H. (2015). Risk of depressive disorders in women undergoing hysterectomy: A population-based follow-up study. *Journal of Psychiatric Research, 68*(1), 86-191.

Clarke Pearson, D.L., Geller, E. J. (2013). Complications of hysterectomy. *Obstetrics and Gynecology, 121*(3), 654-673.

Collaris, R., Sidhu, K., Chan, J. M. (2010). Prospective follow-up of changes in menopausal complaints and hormone status after surgical menopause in a Malaysian population. *Menopause, 17*(2), 351-358.

Coşkun, A., Beji, N., K., Şahin, N., H., Oskay, Ü., Y., Rathfish, G., Aslan, E. ve ark. (2016). *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi* Güncellenmiş 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 227-242.

Dağ, H., Dönmez, S., Güleç, D., Öztürk, R., Eminov, A., Saruhan, A., Terek, M.C. (2014). Jinekolojik operasyon geçiren kadınların taburculuk öncesi öğrenim gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 30*(1), 49-59.

Darwish, M., Atlantis, E., Mohamed-Taysir, T. (2014). Psychological outcomes after hysterectomy for benign conditions: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 174*(2014), 5-19.

Doğanay, M., Aksakal, O., Özakşit, M. G. (2012). Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde histerektomi oranları ve endikasyonları; 10 yıllık izlem. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 9*(34), 1406-1409

Doğanay, M., Kokanalı, D., Kokanalı, M. K., Cavkaytar, S., Aksakal, O. S. (2019). Comparison of female sexual function in women who underwent abdominal or vaginal hysterectomy with or without bilateral salpingo-oophorectomy. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction, 48*(1), 29-32.

Dolgun, Z. N., İnan, C. (2017). Kliniğimizde yapılan total abdominal histerektomi endikasyonları ve operasyon materyallerinin histopatolojik değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 48*(2), 49-52.

DSÖ (1998). Health Promotion Glossary. Health Promotion Glossary. Section II: Extended List of Terms. Switzerland: World Health Organization. Erişim: 7.03.2019, https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf.

Edisan, Z., Kadıoğlu, F. G. (2011). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri: etik açıdan bir değerlendirme. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History, 19*(1), 8-15.

Eken, M. K., İlhan, G., Temizkan, O., Çelik, E. E., Herkiloğlu, D., Karateke, A. (2016). The impact of abdominal and laparoscopic hysterectomies on women's sexuality and psychological condition. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology, 13*(4), 196-202.

Ellström, M. A., Åström, M., Möller, A., Olsson, J. H., Hahlin, M. (2003). A randomized trial comparing changes in psychological well-being and sexuality after laparoscopic and abdominal hysterectomy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *82*(9), 871-875.

Ellström Engh, M. A., Otterlind, L., Stjerndahl, J. H., Löfgren, M. (2006). Hysterectomy and incontinence: a study from the Swedish national register for gynecological surgery. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 85*(5), 614-618

El-Nashar, S. A., Singh, R., Schmitt, J. J., Leon, D. C., Arora, C., Gebhart, J. B., Occhino, J. A. (2018). Urinary tract infection after hysterectomy for benign gynecologic conditions or pelvic reconstructive surgery. *Obstetrics & Gynecology, 132*(6), 1347-1357.

Esen, E., Çam, O. (2006). Histerektomi olmuş kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 22(1),* 107-117.

Ergin, H., Ergün, G. (2014). Depresyon. İçinde Çam, O. Engin, E. (Ed.), *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 335-337.

Farquhar, C. M., Sadler, L., Harvey, S., McDougall, J., Yazdi, G., Meuli, K. (2002). A prospective study of the short-term outcomes of hysterectomy with and without oophorectomy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *42*(2), 197-204

Fountain, C. R., Havrilesky, L. J. (2017). Promoting same-day discharge for gynecologic oncology patients in minimally invasive hysterectomy. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, *24*(6): 932-939.

Fram, K. M., Saleh, S. S., Sumrein, I. A. (2013). Sexuality after hysterectomy at University of Jordan Hospital: a teaching hospital experience. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 287*(4), 703-708.

Garry, R., Fountain, J., Mason, S., Hawe, J., Napp, V., Abbott, J., Bridgman, S. (2004). The eVALuate study: two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. *BMJ*, *328*(7432), 1-7.

Gercek, E., Dal, N. A., Dağ, H., Senveli, S. (2016). The information requirements and self-perceptions of Turkish women undergoing hysterectomy. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, *32*(1), 165-170.

Gibbs, R.S., Karlan, B.Y., Haney, A.F., Nygaard, I. (2010). *Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji*. A. Ayhan, Ç. Taşkıran, P. Dursun (Çev.), Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 742-759.

Goktas, S. B., Gun, I., Yildiz, T., Sakar, M. N., Caglayan, S. (2015). The effect of total hysterectomy on sexual function and depression. *Pakistan Journal of Medical Sciences, 31*(3), 700-705.

Guthrie, J. R., Clark, M. S., Dennerstein, L. (2007). A prospective study of outcomes after hysterectomy in mid-aged Australian-born women. *Climacteric*, *10*(2), 171-177.

Güler, H., Taşkın, L. (2001). Histerektomi ameliyatı sonrasında ortaya çıkan sorunlarla başetmede planlı öğretimin etkisi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5* (2), 9-18.

Güngör, S., (2006)$_a$. Jinekolojik ameliyatlarda preoperatif değerlendirme. İçinde M. S. Beksaç, (Ed.), *Jinekoloji; Üreme Endokrinolojisi & İnfertilite, Jinekolojik Onkoloji Kitabı Cilt 2*. Ankara: Medical Network; 2094-2122.

Güngör, S. (2006)$_b$. Jinekolojik ameliyatlarda postoperative bakım. İçinde M. S. Beksaç, (Ed.), *Jinekoloji; Üreme Endokrinolojisi & İnfertilite, Jinekolojik Onkoloji Kitabı Cilt 2*. Ankara: Medical Network; 2055-2094.

Harnod, T., Chen, W., Wang, J. H., Lin, S. Z., Ding, D. C. (2018). Hysterectomies are associated with an ıncreased risk of depression: a population-based cohort study. *Journal of Clinical Medicine, 7*(10), 366-378.

Hartmann, K. E., Ma, C., Lamvu, G. M., Langenberg, P. W., Steege, J. F., Kjerulff, K. H. (2004). Quality of life and sexual function after hysterectomy in women with preoperative pain and depression. *Obstetrics & Gynecology, 104*(4), 701-709.

He, H., Yang, Z., Zeng, D., Fan, J., Hu, X., Ye, Y., Li, X. (2016). Comparison of the short-term and long-term outcomes of laparoscopic hysterectomies and of abdominal hysterectomies: a case study of 4,895 patients in the Guangxi Zhuang Autonomous Region, China. *Chinese Journal of Cancer Research, 28*(2), 187-196.

Heinemann, K., Ruebig, A., Potthoff, P., Schneider, H. P., Strelow, F., Heinemann, L. A. (2004). The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Health and Quality of life Outcomes*, *2*(45), 1-8.

Hosseini, N., Amini, A., Alamdari, A., Shams, M., Vossoughi, M., Bazarganipour, F. (2016). Application of the PRECEDE model to improve sexual function among women with hysterectomy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics, 132*(2), 229-233.

Humalajärvi, N., Aukee, P., Kairaluoma, M. V., Stach-Lempinen, B., Sintonen, H., Valpas, A., Heinonen, P. K. (2014). Quality of life and pelvic floor dysfunction symptoms after hysterectomy with or without pelvic organ prolapse. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 182*, 16-21.

Jenkinson, C., Layte, R., Jenkinson, D., Lawrence, K., Petersen, S., Paice, C., Stradling, J. (1997). A shorter form health survey: can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies?. *Journal of Public Health*, *19*(2), 179-186.

Karanisaoğlu, H., Dinç, H. (2016). Klimakterik dönem. İçinde A. M. Coşkun (Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı* (2. Baskı). İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları; 447-463.

Karazeybek, E. A., Özbayır, T. (2005). Histerektomi ameliyatı olan hastalara verilen eğitimin etkinliğinin saptanması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 21*(2), 1-11.

Kaya, H. (2009). Sağlık eğitiminde hasta eğitimi ve hemşirenin sorumlulukları. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 1*(1): 19-23.

Keskin, S., Keskin, D., Özdemir, Ö. (2013). Histerektomi endikasyonları ve histopatolojik tanıların dağılımı. *Cumhuriyet Medical Journal, 35*(3), 357-362.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R. (2003) The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA, 289*(23), 3095–3105.

Kharbouch, S. B., Şahin, N. H. (2007). Menopozal dönemlerdeki yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, *15*(59), 82-90.

Kim, K. H., Lee, K. A. (2009). Sleep and fatigue symptoms in women before and 6 weeks after hysterectomy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *38*(3), 344-352.

Koroglu, N., Cetin, B. A., Akca, A., Turan, G., Yuksel, I. T., Yıldırım, I. S., Yıldırım, G. Y. (2018). A comparison of pelvic organ prolapse and sexual function after abdominal and laparoscopic hysterectomy. *Ginekologia Polska, 89*(10), 553-557.

Kritz-Silverstein, D., Goldani von Mühlen, D., Barrett-Connor, E. (2000). Prevalence and clustering of menopausal symptoms in older women by hysterectomy and oophorectomy status. *Journal of Women's Health Gender-Based Medicine*, *9*(7), 747-755.

Larson, C. O. (2002). Use of the SF-12 instrument for measuring the health of homeless persons. *Health Services Research, 37*(3), 733-750.

Lauszus, F. F., Kallfa, E., Madsen, M. R. (2016). Fatigue and physical function after hysterectomy measured by SF-36, ergometer, and dynamometer. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *294*(1), 95-101.

Lee, C. F., Wen, F. H., Lin, S. S., Lin, H. M. (2009). Changing quality of life in hysterectomized women. *Journal of the Formosan Medical Association*, *108*(5), 414-422.

Lowenstein L., Yarnitsky, D., Gruenwald, I., Deutsch, M., Sprecher, E., Gedalia, U., Vardi, Y. (2005). Does hysterectomy affect genital sensation? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 119* (2005), 242–245.

Lynch, K. M., Le Fort, S. M. (2016). Standardized discharge information after short-stay hysterectomy and relationships with self-care confidence, perceived recovery, and satisfaction. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 45*(5), 41-54.

Makinen, J., Johansson, J., Tomas, C., Tomas, E., Heinonen, P. K., Laatikainen, T. (2001). Morbidity of 10 110 hysterectomies by type of approach. *Human Reproduction, 16*(7), 1473-1478.

Maresh, M. J. A., Metcalfe, M. A., McPherson, K., Overton, C., Hall, V., Hargreaves, J., Bridgmanc, S., Dobbinsb, J., Casbard, A. (2002). The Value national hysterectomy study: description of the patients and their surgery. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *109*(3), 302-312.

Multinu, F., Casarin, J., Tortorella, L., Huang, Y., Weaver, A., Angioni, S. (2019). Incidence of sarcoma in patients undergoing hysterectomy for benign indications: a population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *220*(2), 179-189.

Nieboer, T. E., Hendriks, J. C., Bongers, M. Y., Vierhout, M. E., Kluivers, K. B. (2012). Quality of life after laparoscopic and abdominal hysterectomy: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, *119*(1), 85-91.

O'Boyle, C. J., O'Hanlon, D. M., Kerin, M. J., Barry, M. K., Given, H. F. (1996). Laparoscopic oophorectomy: a prospective evaluation in pre-menopausal breast cancer with particular reference to incidence and severity of menopausal symptoms. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO), 22*(5), 491-493.

OECD (2013). International variations in a selected number of surgical procedures, OECD health working paper. France: Organisation for Economic Co-operation and Development. Erişim 10.03.2019, https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/pdf.

Orgun, F., Şen, G. (2015). Bir devlet hastanesinin cerrahi birimlerinde yatan hastaların öğrenim gereksinimlerinin saptanması. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi, 2*(4), 52-64.

Öksüz, E., Malhan, S. (2005). Kadın cinsel fonksiyon indeksi türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik analizi. *Sendrom Dergisi, 17*(1), 54-60.

Özdemir, F., Pasinlioğlu, T. (2009). Histerektomi operasyonu geçiren kadınların histerektomi hakkında görüşlerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 1*(1), 30-37.

Özdemir, F., Pasinlioğlu, T. (2008) Histerektomi sonrasında verilen eğitimin ve progresif gevşeme tekniklerinin yaşam kalitesi ve anksiyeteye etkisi. Doktora Tezi, Erzurum.

Pakbaz, M., Rolfsman, E., Löfgren, M. (2017). Are women adequately informed before gynaecological surgery?. *BMC Women's Health*, *17*(1), 68-73.

Parker, W. H., Jacoby, V., Shoupe, D., Rocca, W. (2009). Effect of bilateral oophorectomy on women's long-term health. *Women's Health*, *5*(5), 565-576.

Peterson, Z. D., Rothenberg, J. M., Bilbrey, S., Heiman, J. R. (2010). Sexual functioning following elective hysterectomy: the role of surgical and psychosocial variables. *Journal of Sex Research, 47*(6), 513-527.

Persson, P., Wijma, K., Hammar, M., Kjølhede, P. (2006). Psychological wellbeing after laparoscopic and abdominal hysterectomy—a randomised controlled multicentre study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *113*(9), 1023-1030.

Persson, P., Brynhildsen, J., Kjølhede, P. (2010). A 1-year follow up of psychological wellbeing after subtotal and total hysterectomy—a randomised study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *117*(4), 479-487.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, *1*(3), 385-401.

Ramdhan, R. C., Loukas, M., Tubbs, R. S. (2017). Anatomical complications of hysterectomy: A review. *Clinical Anatomy*, *30*(7), 946-952.

Rannestad, T. (2005). Hysterectomy: effects on quality of life and psychological aspects. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *19*(3), 419-430.

Reich, H., De Caprio, J., McGlynn, F. (1989). Laparoscopic hysterectomy. *Journal of Gynecologıc Surgery, 5*(2), 213-216.

Reis, N., Engin, R., Ingec, M., Bag, B. (2008). A qualitative study: beliefs and attitudes of women undergoing abdominal hysterectomy in Turkey. *International Journal of Gynecological Cancer*, *18*(5), 921-928.

Rock, J. A., Jones III, H. W. (2013). Te Linde Operatif Jinekoloji. Y. Yıldırım, E. Gültekin (Çev.), İzmir: İzmir Güven Tıp Kitabevi; 727-773.

Rodríguez, M. C., Chedraui, P., Schwager, G., Hidalgo, L., Perez-Lopez, F. R. (2012). Assessment of sexuality after hysterectomy using the female sexual function index. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *32*(2), 180-184.

Rohl, J., Kjerulff, K., Langenberg, P., Steege, J. (2008). Bilateral oophorectomy and depressive symptoms 12 months after hysterectomy. *American Journal 0f Obstetrics and Gynecology*, *199*(1), 22-27.

Roovers, J. P., Van Der Bom, J. G., Van Der Vaart, C. H., HysVA Study Group. (2008). Hysterectomy does not cause constipation. *Diseases of the Colon & Rectum*, *51*(7), 1068 1073.

Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. (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.

Salman, S., Ayanoğlu, Y. T., Bozkurt, M., Kumbasar, S., Kavşi, B., Sertoğlu, E., Koyucu, R. G. (2015). Kliniğimizde yapılan total laparoskopik histerektomi operasyonlarının değerlendirilmesi. *Journal of Academic Research in Medicine, 5*(1), 10-13.

Saylam, M., Terzioğlu F. (2005). Histerektomi ameliyatı olan kadınlara ameliyat öncesi ve sonrası verilen danışmanlık hizmetinin yaşam kalitesi ve cinsel sorunlara etkisi. Doktora Tezi, Ankara.

Schorge, J.O., Schaffer, J.I., Halvarson, L.M., Hoffman, B.L., Bradshaw, K.D., Cunninghom, F.G. (2010). *Williams Jinekoloji.* Y. Ceylan, G. Yıldırım, H. Aslan, A. Gül ve A. Gedikbaşı (Çev.), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 905-949.

Selcuk, S., Cam, C., Asoglu, M. R., Kucukbas, M., Arinkan, A., Cikman, M. S., Karateke, A. (2016). Effect of simple and radical hysterectomy on quality of life–analysis of all aspects of pelvic floor dysfunction. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *198(2016),* 84-88.

Seo, E. S., Lee, S. H., Chon, S. J., Jung, S. Y., Cho, Y. J., Lim, S. (2018). Influence of previous abdominal surgery on clinical outcomes of patients undergoing total laparoscopic hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology Science*, *61*(3), 379-385.

Sherwin, B. B., Gelfand, M. M. (1987). The role of androgen in the maintenance of sexual functioning in oophorectomized women. *Psychosomatic Medicine 49*(4), 397–409.

Shim, S. H., Suh, J. H., Park, J. E., Lee, S. J., Lee, J. Y., Kim, S. N., Kang, S. B. (2019). Predictors of 30-day morbidity after hysterectomy for benign disease. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *144*(3), 302-308.

Silva-Filho, A. L., Werneck, R. A., De Magalhaes, R. S., Belo, A. V., Triginelli, S. A. (2006). Abdominal vs vaginal hysterectomy: a comparative study of the postoperative quality of life and satisfaction. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *274*(1), 21-24.

Skorupska, K. A., Miotła, P., Kubik-Komar, A., Rechberger, E., Adamiak-Godlewska, A., Rechberger, T. (2016)$_a$. Are there any differences in quality of life and sexual functions after various types of hysterectomy-does prophylactic salpingectomy matter?. *Ginekologia Polska*, *87*(1), 26-31.

Skorupska, K. A., Miotła, P., Kubik-Komar, A., Rechberger, E., Adamiak-Godlewska, A., Rechberger, T. (2016)$_b$. Urinary incontinence after hysterectomy-does type of surgery matter?. *Ginekologia Polska*, *87*(2), 94-97.

Sperber, A. D., Morris, C. B., Greemberg, L., Bangdiwala, S. I., Goldstein, D., Sheiner, E., Neville, A. (2009). Constipation does not develop following elective hysterectomy: a prospective, controlled study. *Neurogastroenterology & Motility*, *21*(1), 18-22.

Stovall, T. G. (1996). General gynecology. İçinde J. S. Berek, E. Y. Adashi, Hillard P. A. (Ed.), *Novaks' Gynecology 12th Edition.* Middle East Edition; 727-767.

Stuursma, A., van Driel, C. M., Wessels, N. J., de Bock, G. H., Mourits, M. J. (2018). Severity and duration of menopausal symptoms after risk-reducing salpingo-oophorectomy. *Maturitas*, *111*, 69-76.

Süer, N., Bozdağ, H., Kavak, H. (2013). Histerektomilere retrospektif bakış. *Medeniyet Medical Journal*, *28*(1), 30-34.

Şahin, N., H. (2016). Klimakteryum dönemi ve menopoz. İçinde N.K. Beji, (Ed.), *Ebe ve Hemşirelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 135-141.

Şenel, N., Akyüz, A. (2016). Üreme organlarının iyi huylu ve kötü huylu oluşumları. İçinde A. M. Coşkun, (Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı (*2. Baskı). İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları; 499-542.

Şenyuva, E., Taşocak, G. (2007). Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. *Florence Nigtingale Hemşirelik Dergisi, 15*(59), 100-106.

Taşkın, L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.* Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 716-746.

Taşkın, L., Koç, G., I. (2016). Jinekolojide tanı ve tedavi yöntemleri. İçinde A. M. Coşkun, (Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı* (2. Baskı). İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları; 390-420.

Terzi, H., Kale, A., Aydın, Y. A. (2012). Kliniğimizde gerçekleştirilen laparoskopik histerektomi olgularının klinik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, *1*(2), 22-25.

Terzi, H., Hasdemir, P.S., Biler, A., Kale, A., Sendag, F. (2016). Evaluation of the surgical outcome and complications of total laparoscopic hysterectomy in patients with enlarged uteruses. *International Journal of Surgery*, *36*(1), 90-95.

Thakar, R., Ayers, S., Georgakapolou, A., Clarkson, P., Stanton, S., Manyonda, I. (2004). Hysterectomy improves quality of life and decreases psychiatric symptoms: a prospective and randomised comparison of total versus subtotal hysterectomy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *111*(10), 1115-1120.

Theunissen, M., Peters, M. L., Schepers, J., Maas, J. W., Tournois, F., Van Suijlekom, H. A., Marcus, M. A. (2016). Recovery 3 and 12 months after hysterectomy: epidemiology and predictors of chronic pain, physical functioning, and global surgical recovery. *Medicine*, *95*(26), 1-14.

Theunissen, M., Peters, M. L., Schepers, J., Schoot, D. C., Gramke, H. F., Marcus, M. A. (2017). Prevalence and predictors of depression and well-being after hysterectomy: An observational study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *217*(1), 94-100.

Topatan, S., Yıldız, H. (2012). Symptoms experienced by women who enter into natural and surgical menopause and their relation to sexual functions. *Health care for women international*, *33*(6), 525-539.

Tutuncu, B., Yildiz, H. (2012). The influence on women's sexual functions of education given according to the PLISSIT model after hysterectomy. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *47*(12), 2000-2004.

Uzun, R., Savaş, A., Ertunç, D., Tok, E., Dilek, S. (2009). Myoma uteri nedeni ile yapılan abdominal histerektomilerin yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics, 19*(1), 1-6.

Wang, X. Q., Lambert, C. E., Lambert, V. A. (2007). Anxiety, depression and coping strategies in post-hysterectomy Chinese women prior to discharge. *International Council of Nurses, 54*(3), 271-279.

Ware, J. E., Kosinski, M., Keller, S. D. (1995). SF-12: How to score the SF-12 physical and mental health summary scales. Erişim 11.02.2019, The Health Institute, New England Medical Center: https://www.researchgate.net/publication/242636950_SF-12_How_to_Score_the_SF-12_Physical_and_Mental_Health_Summary_Scales.

Weiss, S. J., Simeonova, D. I., Kimmel, M. C., Battle, C. L., Maki, P. M., Flynn, H. A. (2016). Anxiety and physical health problems increase the odds of women having more severe symptoms of depression. *Archives of Women's Mental Health, 19*(3), 491-499.

Wiegel, M., Meston, C., Rosen, R. (2005). The female sexual function index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal Sex & Marital Therapy, 31*(1), 1-20.

Wilson, L. F., Pandeya, N., Byles, J., Mishra, G. D. (2019). Hysterectomy status and all cause mortality in a 21 year Australian population-based cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 220*(1), 83-94.

Wong, L. P., Arumugam, K. (2012). Physical, psychological and sexual effects in multi-ethnic Malaysian women who have undergone hysterectomy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 38*(8), 1095-1105.

Wright, J. D., Herzog, T. J., Tsui, J., Ananth, C. V., Lewin, S. N., Lu, Y. S., Neugut, A. I., Hershman, D. L. (2013). Nationwide trends in the performance of inpatient hysterectomy in the United States. *Obstetrics and Gynecology, 122*(2), 233-241.

Wu, J. M., Wechter, M. E., Geller, E. J. (2007). Hysterectomy rates in the United States, 2003. *Obstetrıcs & Gynecology, 110*(5), 1091-1095.

Yaman, Ş., Ayaz, S. (2015). The effect of education given before surgery on self-esteem and body image in women undergoing hysterectomy. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, *12*(4), 211-214.

Yang, Y. L., Chen, Y. C., Chao, Y. M., Yao, G. (2006). Changes and factors influencing health-related quality of life after hysterectomy in premenopausal women with benign gynecologic conditions. *Journal of the Formosan Medical Association, 105*(9), 731-742.

Yazıcı, M. G., Tüfekçi, E. C., Aka, N., Coşkun, A. D. E., Vural, F., Köse, G. (2016). Premenopozal kadınlarda benign sebeplerle yapılan abdominal histerektominin cinsel fonksiyonlara etkisinin araştırılması: vaka kontrol çalışması. *Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 56* (1), 42-47.

Yılmaz, S. D., Beji, N. K. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tip Dergisi*, *20*(3) 99-108.

Yılmaz, E., Karataş, B., Sancı, M. (2015). Kadınlarda histerektomi sonrası cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 31* (2), 40-52.

FORMLAR

EK-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

1. BÖLÜM

Çalışmanın ismi: Histerektomi geçiren kadınlara yönelik geliştirilen destek programının etkinliği

Bu çalışma İstanbul üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi olan Kübra Yılmaz'ın tez çalışması olarak yapılmaktadır. Bu çalışmada amacımız ameliyatla rahmi alınan hastalara verilen destekleyici hemşirelik bakımı ve hasta eğitiminin etkinliğini değerlendirmektir. Bu çalışmada sizden kimliğinizi belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Vereceğiniz tüm bilgiler gizli kalacak sadece araştırıcılar tarafından değerlendirilecek, büyük bir özenle korunacak ve bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Hatta size ait bilgilerin kullanılması iznini istediğiniz anda geri çekebilirsiniz. Her durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu değildir.

Çalışmamıza katılacaklar için; hiçbir şekilde bir risk bulunmamaktadır. Herhangi bir ilaç uygulaması veya tetkik yaptırılması da söz konusu değildir. Bilimsel bir yayına dönüşecek olan bu çalışmamıza katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu çalışmada size sorulacak soruların doğru cevapları yoktur bu yüzden size en uygun olan seçeneği işaretlemeniz ve her soruya eksiksiz yanıt vermeniz yeterlidir. Sormak istediğiniz bir şey olursa hiç çekinmeden sorabilirsiniz. İstediğiniz zaman çalışmadan ayrılabileceğinizi, bunun sizin tıbbi bakımınızı hiçbir şekilde etkilemeyeceğini de belirtmek isteriz.

2. BÖLÜM

Bu bilgi aktarımından sonra araştırmaya hasta olarak davet edildim. Bu araştırmaya katılmamız konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Çalışmaya katılıp katılmama ve herhangi bir anda çalışmadan çıkma, hatta katıldıktan sonra bilgilerimin kullanılması iznini istediğim zaman geri çekebilme hakkına sahip olduğumu biliyorum. Bu yüzden herhangi bir ceza veya hak kaybı ile de karşılaşmayacağım bana iletildi. Ankette benimle ilgili olan kimlik bilgilerinin yer almayacağı be bilgilerin tamamen gizli kalacağı, bilimsel amaç dışında kullanılmayacağı ve büyük bir özenle korunacağı bana ayrıntılı şekilde anlatıldı. Eğer bu araştırmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakım ve çalışmayı yürütenler ile olan ilişkimize herhangi bir zarar getirmeyeceğini biliyorum. Bana yapılan tüm bu açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım

Bu çalışmada bana yöneltilen soruların doğru cevabı olmadığı, bana göre en uygun seçeneği işaretlemem ve her soruya eksiksiz yanıt vermemin yeterli olduğu belirtildi. İstediğim zaman çalışmadan ayrılabileceğim, bunun tıbbi bakımımı hiçbir şekilde etkilemeyeceğini de biliyorum. Konu ve anketle ilgili sorunum olursa araştırıcılara soracağım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum

Yürütücü: Prof.Dr. Ergül ASLAN
Araştırmacı: Kübra YILMAZ
Email: kbra_bulut88@hotmail.com

Katılımcı Adı, soyadı:
Adres:
Tel:

EK-2: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Adı Soyadı:

2. Yaş:

3. Medeni Haliniz:

1) Bekar 2) Evli

4. Eğitim Durumunuz:

1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite

5. Sosyal Güvenceniz var mı?

Var Yok

6. Gelir durumunuz:

Yüksek Orta Düşük

7. Evlenme yaşınız?

8. Mesleğiniz:

9. Kaç yaşayan çocuğunuz var?

10. Tedavi süreci hakkında bilgi aldınız mı?

Evet: Hayır:

11. Cevabınız evet ise kimden bilgi aldınız?

12. Taburculuk eğitimini kimden almak istersiniz?

Hemşire Doktor

13. Daha önce geçirilen jinekololojik bir ameliyatınız var mı?

Evet Hayır:

14. Kronik bir hastalığınız var mı?

Evet Hayır:

15. Adet görüyor musunuz?

Evet Hayır:

16. Menopozdaysanız ne kadar süredir menopozdasınız?

0-1 yıl

2-3 yıl 3-4 yı 5 yıl ve fazla

17. Neden histerektomi ameliyatı geçirdiniz?

İletişim bilgileri

Adres:

Telefon:

EK-3: POSTOPERATİF VERİ FORMU

1.Ameliyat bölgenizde ağrı, kaşıntı ve akıntı var mı?

Evet Hayır

2. Kollarınızda ve bacaklarınızda güçsüzlük hissediyor musunuz?

Evet Hayır

3. Ateş basması, terleme, sinirlilik gibi belirtiler yaşıyor musunuz?

Evet Hayır

4. Uykusuzluk problemi yaşıyor musunuz?

Evet Hayır

5.Kabızlık problemi yaşıyor musunuz?

Evet Hayır

6. Halsizlik, yorgunluk gibi belirtiler yaşıyor musunuz?

Evet Hayır

7. Ruhsal olarak kendinizi kötü hissediyor musunuz?

Evet Hayır

8. İshal problemi yaşıyor musunuz?

Evet Hayır

9. İdrar yaparken ağrı, yanma ve sızı yaşıyor musunuz?

Evet Hayır

10. Vajinal akıntıya yönelik problemler yaşıyor musunuz? (kanama, kötü koku, yanma, kaşıntı gibi)

Evet Hayır

11. İdrar kaçırıyor musunuz?

Evet Hayır

12. İştahsızlık yaşıyor musunuz?

Evet Hayır

EK-4: MENOPOZ SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğimizde belirtilen yakınmalardan yaşadıklarınız varsa, lütfen bu yakınmaları ne düzeyde yaşadığınızı ölçeğimiz üzerinde işaretleyiniz. Şikayetinizin olmadığı yakınmalar için "hiç yok" seçeneğini işaretleyiniz.

	0	**1**	**2**	**3**	**4**
	Hiç Yok	**Hafif**	**Orta**	**Şiddetli**	**Çok Şiddetli**
1. Sıcak basması, terlemeler (Terleme nöbetleri)					
2. Kalp rahatsızlıkları (Normalde hissetmediğiniz şekilde kalpte sıkışma, tekleme, çarpıntı hissi)					
3. Uyku sorunları (Uykuya dalmada güçlük, uzun süre uyuyamam, erken uyanma)					
4. Keyifsizlik hali (Kendini kötü, üzgün, ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde değişiklik)					
5. Sinirlilik (Sinirlilik, gerginlik ve çabuk öfkelenme hissi)					
6. Endişe (İçsel huzursuzluk, panik hissi)					
7. Fiziksel ve zihinsel yorgunluk (Gün içinde yaptığı işlerde azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu, unutkanlık)					
8. Cinsel sorunlar (Cinsel istekte, cinsel ilişkide ve tatmin olmada değişiklik)					
9. İdrar sorunları (İdrar yaparken güçlük, sık idrara çıkma, idrar kaçırma)					
10. Vajinada (haznede) kuruluk (Vajinada kuruluk ve yanma hissi, cinsel birleşmede zorlama)					
11. Eklem ve kas rahatsızlıkları (Eklemlerde ağrı, romatizmal şikayetler)					

EK-5: KADIN CİNSEL FONKSİYON İNDEKSİ

Elinizdeki form, son dört haftada süregelen cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanmıştır ve 19 madde içermektedir. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

Soru 1: Son 4 hafta içinde, ne sıklıkta cinsel istek veya ilgi hissettiniz? ( )5: Hemen hemen her zaman/her zaman ( )4: Çoğu zaman ( )3: Bazen ( )2: Bir kaç kez ( )1: Hemen hemen hiç/ hiçbir zaman	**Soru 2**: Son 4 hafta içinde, cinsel istek ve ilgi düzeyiniz nasıldı? ( )5: Çok yüksek ( )4: Yüksek ( )3: Orta ( )2: Düşük ( )1: Çok düşük veya hiç
Soru 3: Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında kendinizi sıklıkla cinsel yönden tahrik olmuş/ uyarılmış hissettiniz? ( )0: Hiç cinsel aktivitem olmadı ( )5: Hemen hemen her zaman veya her zaman ( )4: Çoğu zaman (%50'den fazla) ( )3: Bazen (%50 kadar) ( )2: Bir kaç kez (%50'den az) ( )1: Hemen hemen hiç/ hiçbir zaman	**Soru 4**: Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasındaki uyarılma düzeyiniz nasıldı? ( )0: Hiç cinsel aktivitem olmadı ( )5: Çok yüksek ( )4: Yüksek ( )3: Orta ( )2: Düşük ( )1: Çok düşük veya hiç
Soru 5: Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında cinsel olarak uyarılacağınızdan ne kadar emindiniz? ( )0: Hiç cinsel aktivitem olmadı ( )5:Çok yüksek derecede kendimden emindim ( )4: Yüksek derecede kendimden emindim ( )3: Orta derecede kendimden emindim ( )2: Düşük derecede kendimden emindim ( )1: Çok az kendimden emindim/kendimden hiç emin değildim	**Soru 6**: Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılma durumunuzdan ne sıklıkta memnun oldunuz? ( )0: Hiç cinsel aktivitem olmadı ( )5: Hemen hemen her zaman/her zaman ( )4: Çoğu zaman (%50'den fazla) ( )3: Bazen (%50 kadar) ( )2: Bir kaç kez (%50'den az) ( )1: Hemen hemen hiç/ hiçbir zaman
Soru 7: Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında, lubrikasyon (kayganlaşma/ıslaklık) durumu ne sıklıkla gerçekleşti? ( )0: Hiç cinsel aktivitem olmadı ( )5: Hemen hemen her zaman/her zaman ( )4: Çoğu zaman (%50'den fazla) ( )3: Bazen (%50 kadar) ( )2: Bir kaç kez (%50'den az) ( )1: Hemen hemen hiç/ hiçbir zaman	**Soru 8**: Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında lubrikasyon (kayganlaşma/ıslaklık) durumu oluşması ne kadar zor oldu? ( )0: Hiç cinsel aktivitem olmadı ( )1: Aşırı derecede zordu veya imkansızdı. ( )2: Çok zordu ( )3: Zordu ( )4: Biraz zordu ( )5: Zor değildi
Soru 9: Son 4 hafta içinde, lubrikasyon (kayganlaşma/ıslaklık) durumunuzu cinsel aktivite veya cinsel birleşme sonuna kadar ne sıklıkla sürdürebildiniz? ( )0: Hiç cinsel aktivitem olmadı ( )5: Hemen hemen her zaman ( )4: Çoğu zaman (%50'den fazla)	**Soru 10**: Son 4 hafta içinde, lubrikasyon (kayganlaşma/ıslaklık) durumunuzu cinsel aktivite veya cinsel birleşme sonuna kadar korumanız ne kadar zor oldu? ( )0: Hiç cinsel aktivitem olmadı ( )1: Aşırı derecede zordu veya imkansızdı ( )2: Çok zordu

( )3: Bazen (%50 kadar) ( )2: Bir kaç kez (%50'den az) ( )1: Hemen hemen hiç/ hiçbir zaman	( )3: Zordu ( )4: Biraz zordu ( )5: Zor değildi
Soru 11: Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma veya cinsel ilişkide ne sıklıkta orgazm oldunuz? ( )0: Hiç cinsel aktivitem olmadı ( )5: Hemen hemen her zaman/her zaman ( )4: Çoğu zaman (%50'den fazla) ( )3: Bazen (%50 kadar) ( )2: Bir kaç kez (%50'den az) ( )1: Hemen hemen hiç/ hiçbir zaman	**Soru 12**: Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşmak sizin için ne kadar zordu? ( )0: Hiç cinsel aktivitem olmadı ( )1: Aşırı derecede zordu veya imkansızdı ( )2: Çok zordu ( )3: Zordu ( )4: Biraz zordu ( )5: Hiç zorluk çekmedim
Soru 13: Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşma yeteneğiniz konusunda ne kadar memnun oldunuz? ( )0: Hiç cinsel aktivitem olmadı ( )5: Çok memnun oldum ( )4: Orta derecede memnun oldum ( )3: Yarısında memnun oldum yarısında olmadım ( )2: Orta derecede memnun olmadım ( )1: Hiç memnun olmadım	**Soru 14**: Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz sırasında siz ve eşiniz arasında yaşanan duygusallık düzeyi konusunda ne kadar memnun oldunuz? ( )0: Hiç cinsel aktivitem olmadı ( )5: Çok memnun oldum ( )4: Orta derecede memnun oldum ( )3: Yarısında memnun oldum yarısında olmadım ( )2: Orta derecede memnun olmadım ( )1: Hiç memnun olmadım
Soru 15: Son 4 hafta içinde, eşinizle olan cinsel ilişkinizden ne kadar memnun oldunuz? ( )5: Çok memnun oldum ( )4: Orta derecede memnun oldum ( )3: Yarısında memnun oldum yarısında olmadım ( )2: Orta derecede memnun olmadım ( )1: Hiç memnun olmadım	**Soru 16**: Son 4 hafta içinde, tüm cinsel yaşamınızdan genel olarak ne kadar memnun oldunuz? ( )5: Çok memnun oldum ( )4: Orta derecede memnun oldum ( )3: Yarısında memnun oldum yarısında olmadım ( )2: Orta derecede memnun olmadım ( )1: Hiç memnun olmadım
Soru 17: Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık yaşadınız? ( )0: Hiç cinsel aktivitem olmadı ( )1: Hemen hemen her zaman/her zaman ( )2: Çoğu zaman (%50'den fazla) ( )3: Bazen (%50 kadar) ( )4: Bir kaç kez (%50'den az) ( )5: Hemen hemen hiç/ hiçbir zaman	**Soru 18**: Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık yaşadınız? ( )0: Hiç cinsel aktivitem olmadı ( )1: Hemen hemen her zaman/her zaman ( )2: Çoğu zaman (%50'den fazla) ( )3: Bazen (%50 kadar) ( )4: Bir kaç kez (%50'den az) ( )5: Hemen hemen hiç/ hiçbir zaman
Soru 19: Son 4 hafta içindeki hazneye giriş sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı/rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz? ( ) 0: Hiç cinsel aktivitede bulunmadım ( ) 1: Vajinal birleşme sırasında veya sonrasında çok yüksekti ( ) 2: Yüksekti ( ) 3: Orta derecedeydi ( ) 4: Düşüktü ( ) 5: Çok düşüktü veya hiç yoktu	

Ek-6: EPİDEMIYOLOJİK ARAŞTIRMALAR VE MERKEZİ DEPRESYON SKALASI

Aşağıda hissettiğiniz veya davranışlarınızla ilgili bir durumlar listesi vardır. Geçen hafta süresince belirtilen durumu ne sıklıkta hissettiğinizi lütfen söyleyiniz.

Son bir hafta süresince:

	Nadiren ya da hiç (Haftada 1 gün ya da daha az)	**Ara-sıra (Haftada 1–2 gün)**	**Sıklıkla (Haftada 3–4 gün)**	**Çoğu zaman ya da her zaman (Haftada 5-7 gün)**
1.Normalde bana sıkıntı vermeyecek olaylar, beni rahatsız etti.				
2.Yemek yemek istemedim, iştahım kötüydü.				
3.Ailemin desteğine rağmen, hüzünlü olmaktan kurtulamadığımı hissettim.				
4.Diğer insanlar kadar iyi olduğumu hissetim.				
5.Yaptığım işe zihnimi toparlamada sorun yaşadım.				
6.Kendimi içe kapanık (depresif) hissettim.				
7.Yaptığım her iş için çaba sarf etmem gerektirdiğini hissettim.				
8.Gelecek hakkında umut doluydum.				
9.Yaşamımda başarısız olduğumu hissettim.				
10.Kendimi korkulu, ürkek hissettim.				
11.Uykum huzursuzdu.				
12.Mutluydum.				
13.Her zamankinden daha az konuştum.				
14.Kendimi yalnız hissettim.				
15.İnsanlar bana dostça gelmedi.				
16.Yaşamdan zevk aldım.				
17.Ağlama nöbetlerim oldu.				
18.Kendimi üzgün hissettim.				
19.İnsanların benden hoşlanmadığını hissetti				
20. Yaptığım herhangi bir şeye devam edemedim.				

EK-7: SF-12 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu ölçekte sağlığınızla ilgili görüşleriniz sorulacaktır. Bu bilgiler, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve günlük etkinliklerinizi nasıl yaptığınız konusunda size bilgi sağlayacaktır. Lütfen aşağıdaki soruların tümünü yanıtlamaya çalışınız.
Yanıtınızdan emin değilseniz, size en yakın olan şıkkı işaretleyiniz. Teşekkürler!

A - Genelde, sağlığınız;

1. Mükemmel 2. oldukça iyi 3. iyi 4. orta 5. Kötü

B. Aşağıdaki maddeler, tipik bir gün sırasında yapabileceğiniz etkinlikler hakkındadır. Sağlığınız, bu etkinlikleri yaparken sizi kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar? Öncelikle orta düzeydeki etkinlikler sırasında; örneğin: Masayı çekerken, elektrik süpürgesi kullanırken, yürüyüş yaparken sağlığınız sizi ne ölçüde kısıtlıyor?

1. çok kısıtlıyor 2. az kısıtlıyor 3. hiç kısıtlamıyor

C- Merdiven çıkarken sağlığınız sizi ne ölçüde kısıtlıyor?

1. çok kısıtlıyor 2. az kısıtlıyor 3. hiç kısıtlamıyor

D- Son dört hafta boyunca, fiziksel sağlığınıza bağlı olarak beklenenden daha az iş yaptığınız oldu mu?

1.Hayır 2. Evet

E- Son dört hafta boyunca, fiziksel sağlığınıza bağlı olarak, düzenli etkinlikleriniz veya işinizde kısıtlandığınız oldu mu?

1.Hayır 2. Evet

F- Son dört hafta boyunca, kendinizi depresif (çökkün) veya kaygılı hissetmek gibi duygusal bir sorun sonucunda beklenenden daha az iş yaptığınız oldu mu?

1.Hayır 2. Evet

G- Son dört hafta boyunca, kendinizi depresif (çökkün) veya kaygılı hissetmek gibi duygusal bir sorun sonucunda düzenli etkinlikleriniz veya işinizde her zamanki kadar dikkatli olamadığınız oldu mu?

1. Hayır 2. Evet

H.- Son dört hafta boyunca, evde ve işte ne ölçüde ağrı normal işlerinize engel oldu?

1. Hiç 2. Hafif 3. Orta 4. Oldukça fazla 5.Aşırı derecede

Aşağıdaki sorular son dört haftada kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Her bir soru için size en yakın seçeneği işaretleyiniz.

I.-Son dört hafta boyunca ne kadar sıklıkla kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz?

1. her zaman 2.çoğu zaman 3.ara ara 4. bazen 5.zamanın çok az bir kısmında

6. hiçbir zaman

K.- Son dört hafta boyunca ne kadar sıklıkla enerji doluydunuz?

1. her zaman 2. çoğu zaman 3.ara ara 4.bazen 5.zamanın çok az bir kısmında

6.hiçbir zaman

L- Son dört hafta boyunca ne kadar sıklıkla kendinizi çökkün hissettiniz?

1. Her zaman 2.çoğu zaman 3.ara ara 4. Bazen 5. Zamanın çok az bir kısmında 6.hiçbir zaman

M- Son dört hafta boyunca ne kadar sıklıkla fiziksel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, arkadaş veya akraba ziyareti gibi sosyal etkinliklerinizi olumsuz etkiledi?

1. Her zaman 2.çoğu zaman 3.bazen 4.zamanın çok az bir kısmında 5.hiçbir zaman

EK-8: MENOPOZ SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Gönderen: Özlem can <ozlemcangurkan@gmail.com>
Gönderildi: 25 Ağustos 2017 Cuma 11:20
Kime: KüBrA BULUT YILMAZ
Konu: Re:

Merhaba Kübra,

Menopoz semptomları değerlendirme ölçeğini çalışman da kullanmandan memnuniyet duyarım.

Ölçeği ve yayınlandığı makaleyi ekte gönderiyorum.

Çalışman da kolaylıklar dilerim.

Virüs bulunmuyor. www.avg.com

24 Ağustos 2017 11:13 tarihinde KüBrA BULUT YILMAZ <kbra_bulut88@hotmail.com> yazdı:

İyi günler Özlem hocam,
Ben Kübra Yılmaz. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmamı histerektomi geçiren kadınlar üzerinde yapmayı düşünüyorum. Literatür taraması yaparken sizin bu konuda yapmış olduğunuz çalışmalardan yararlanmayı düşünüyorum. İzniniz olursa kullanım koşullarının kabul ederek menopoz semptomlarını değerlendirme ölçeğinizin orjinalini tez çalışmamda kullanmak için istiyorum. Saygılar, İyi çalışmalar.

EK-9: KADIN CİNSEL FONKSİYON İNDEKSİ KULLANIM İZNİ



24.12.2018 Posta - KÜBRA BULUT YILMAZ - Outlook

Gönder Ekle Sil

Kime OA Dilek Aygin

Bilgi Gizli

Ynt: Re:

Gönderen: Dilek Aygin <daygin@sakarya.edu.tr>
Gönderildi: 24 Ağustos 2017 Perşembe 09:48
Kime: KüBrA BULUT YILMAZ
Konu: Re:

Merhabalar,
KCİÖ ni kullanmanızda benim açımdan hiçbir sakınca yoktur. Tez ve makalelerimden yaralanabilirsiniz. Referans gösterirseniz sevinirim.
Kolaylıklar diliyorum.

Doç. Dr. Dilek AYGİN

Sakarya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölüm Başkanı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD

Tel: 0.264.295 66 11
Fax: 0.264.295 66 02

Assoc. Prof. Dr. Dilek AYGİN

Sakarya University
Faculty of Health Sciences
Nursing Department Head

Phone: +90 264 295 66 11
Fax: +90 264 295 66 02

EK-10: EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMALAR VE MERKEZİ DEPRESYON SKALASI KULLANIM İZNİ



Gmail KÜBRA YILMAZ <ykubra1988@gmail.com>

Ynt:
1 mesaj

semayilmaz@mynet.com <semayilmaz@mynet.com> 1 Ocak 2018 20:2
Yanıtlama Adresi: semayilmaz@mynet.com
Alıcı: ykubra1988@gmail.com

Kübra merhaba,

Ben bu mail adresini aktif kullanmadığım için mailini ancak görüyorum. Umarım bana diğer mailimden ulaşmışsındır. Aktif olarak syilmaz33@gmail.com adresini kullanıyorum. Ölçeği kullanmandan memnuniyet duyarım.

Selamlar...

İyi günler Sema hocam,

Ben Kübra Yılmaz. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmamı histerektomi geçiren kadınlar üzerinde yapmayı düşünüyorum. Literatür taraması yaparken sizin bu konuda yapmış olduğunuz çalışmalardan yararlanmayı düşünüyorum. İzniniz olursa kullanım koşullarını kabul ederek Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası ölçeğinizin orjinalini tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Saygılar, iyi çalışmalar.

EK-11: SF-12 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



06.01.2019 Gmail - Fwd: SF-12

Gmail KÜBRA YILMAZ <ykubra1988@gmail.com>

Fwd: SF-12
2 ileti

Samet Kose <sametkose@gmail.com> 5 Ocak 2019 23:35
Alıcı: ykubra1988@gmail.com

Merhaba Sevgili Kübra,

SF-12 derecelendirmesi ve makalesi ekte.

Selam ve sevgiler,
Samet Kose, MD, PhD
Franklin, TN

2 eklenti

Construction of SF.pdf
175K

Jenkinson_1997_JPHM.pdf
587K

KÜBRA YILMAZ <ykubra1988@gmail.com> 6 Ocak 2019 00:23
Alıcı: Samet Kose <sametkose@gmail.com>

Yardımınız için çok teşekkür ederim hocam, iyi çalışmalar.

Samet Kose <sametkose@gmail.com>, 5 Oca 2019 Cmt, 23:36 tarihinde şunu yazdı:
[Kırpılmış metin gösterildi]

EK-12: SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ KURUM İZNİ

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği
Hizmet İçi Eğitim Birimi

Sayı :26515734-774.01.03-E.
Konu :Tez Çalışma İzni

Sayın Arş.Gör. Kübra YILMAZ
Araştırma Görevlisi

Hastanemize yapmış olduğunuz, Yüksek Lisans kapsamında "Histerektomi geçiren bireylere verilen destek programının etkinliğinin belirtilmesi" isimli tez çalışmanız ve Etik Kurul Kararınız incelenmiş olup, hastanemiz Jinekoloji servisinde çalışma yapmanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet YILDIRIM
Başhekim

BELGENİN AS
LEKTRONİK İMZAL
25/12/2017

Doğrulama Linki: https://ebys.sdu.edu.tr/Evrak/Dogrula.htm?732811585
SDÜ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ DOĞU
YERLEŞKESİ ÇÜNÜR ISPARTA
Tel No:(246) 211-2801 Faks No:(246) 211-2839
E-Posta:hastane@sdu.edu.tr İnternet Adresi:www.hastane.sdu.tr

Bilgi İşlet.Görv. Ömer ERSOY
Hizmet Alımı
Tel.No:02462112745

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-13: ‘’RAHMİN ALINMASI (HİSTEREKTOMİ) AMELİYATI SONRASI YAŞAM’’ EĞİTİM KİTAPÇIĞI

RAHMİN ALINMASI (HİSTEREKTOMİ) AMELİYATI SONRASI YAŞAM





HAZIRLAYANLAR

Arş. Gör. KÜBRA YILMAZ, Prof. Dr. ERGÜL ASLAN

KADIN ÜREME ORGANLARI (GENİTAL ORGANLAR)

Kadın üreme organları iç ve dış üreme organları olarak 2'ye ayrılır.

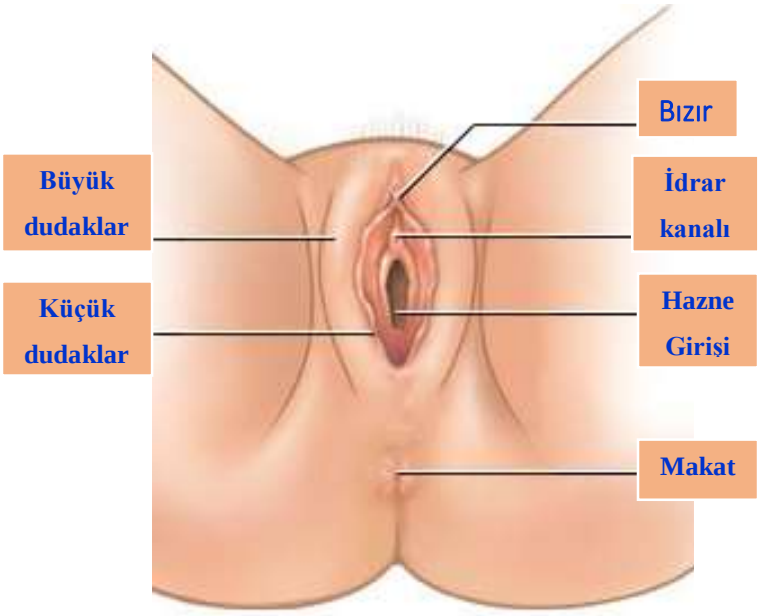
1. Dış üreme organları

2. İç üreme organları

Bu iç ve dış üreme organları (genital organlar) yumurtalıktan salgılanan hormonların etkisiyle gelişir ve olgunlaşır.

DIŞ ÜREME ORGANLARI

- Dışardan bakıldığında görülen üreme organlarıdır.
- Bu organların tümüne birden vulva denir.
- Dış üreme organları, iç üreme organlarını dış ortamdan ayırır ve koruyucu bir yapı oluştururlar.



Dış Üreme Organları

- Büyük dudaklar
- Küçük dudaklar
- Bızır (Klitoris)
- İdrar kanalı (Üretra)
- Kızlık zarı (Himen)
- Hazne girişi (Vajina)
- Makat (Anüs)

(Şekil:1.1)

Büyük Dudaklar

- Üreme organların dış sınırını oluşturur.
- Küçük dudaklara göre daha etli ve kalındır.
- Ergenlikten sonra üzeri kıllarla kaplanır.
- Ayrıca iç üreme organlarını korur.

Küçük Dudaklar

- Büyük dudakların iç kısmında yer alır.
- İnce bir yapıya sahiptir.
- Hazne girişini kayganlaştıran yağ bezeleri buraya açılır.

Klitoris (Bızır)

- Küçük dudakların üst birleşme yerinde yer alan küçük bir organdır.
- Bol miktarda duyu hücresi ve kan damarları içerir. Bu nedenle yırtık ve yaralanmalarda çok fazla kanamaya neden olur.
- Ayrıca cinsel uyarı ile sertleşir ve zevk duygusu verir. Cinsel uyarılmaya karşı en duyarlı kısımdır.

Himen (Kızlık Zarı)

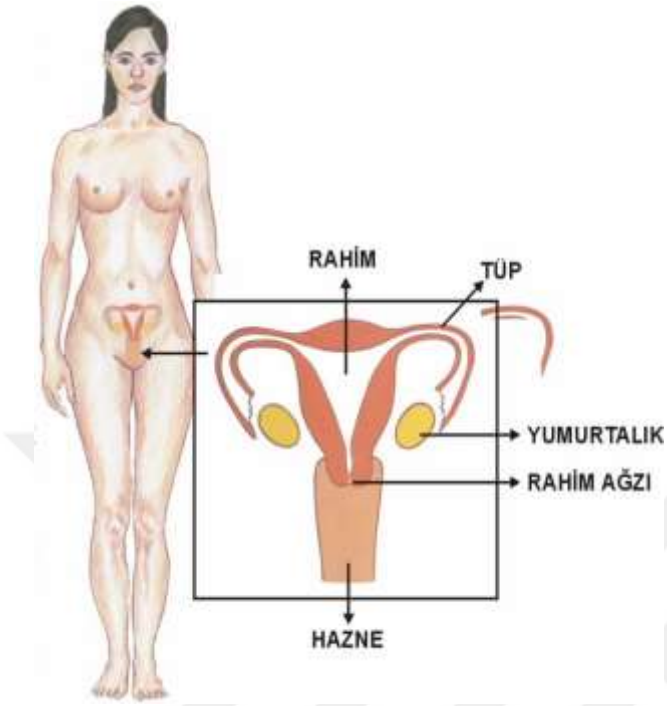
- Vajina (hazne) girişinde açıklığı kısmen örten, şekli her kadında değişiklik gösteren, ince ve esnek bir deri kıvrımıdır.
- Genellikle ilk cinsel ilişki ile yırtılır. Yırtılma sırasında bir miktar kanama olabilir.
- Bazı kadınlarda ise hiç bulunmayabilir.

Üretra (İdrar Kanalı)

- İdrar kanalının dışarıya açılan deliğidir.
- Hazne açıklığının hemen üstünde yer alır.
- Buradan idrar çıkışı olur.

İÇ ÜREME ORGANLARI

İç üreme organları, karın bölgesinin en alt kısmında, leğen kemiği içinde yerleşmiştir.



İç Üreme Organları

- Hazne (Vajina)
- Rahim (Uterus)
- Tüpler (Fallop Tüpleri)
- Yumurtalıklar (Overler)

(Şekil: 1.2)

Hazne (Vajina)

- Vücudun dışından iç üreme organlarına doğru bir geçit görevi gören, genişleyebilen bir kanaldır.
- Cinsel ilişki burada gerçekleşir.
- Adet kanı, buradan dışarı atılır.
- Normal doğumda bebek vajina içinden geçerek dünyaya gelir.

Rahim (Uterus)

- Üç kısmı vardır. En alttaki rahim ağzı, hazneye (vajina) açılan alt kısmıdır. Cinsel ilişki sırasında hazneye boşalan erkek tohum hücreleri (spermler) bu yolla rahime ulaşır.
- Orta boşluk kısmında gebelik olduğunda bebek yerleşir. Bu kısmı örten hücre tabakası, gebeliğin yerleşmesi ve bebeğin gelişmesine uygun bir yapıdadır. Gebelik olmazsa genç kadınlarda bu tabaka, her ay yenilenir ve adet kanaması gerçekleşir. Gebelik olursa da, bebek rahim içinde büyüyüp gelişir.

Tüpler (Fallop Tüpleri)

- Rahimin iki yanından çıkıp, yumurtalıklara kadar uzanan ince kanallardır.
- Yumurtalıktan çıkan yumurta hücresini yakalayıp, rahmin içine doğru çekerler.
- Yumurta ile erkek tohum hücresi (sperm) burada karşılaşır ve döllenme burada olur.
- Döllenmiş yumurta, tüplerin hareketi ve içindeki tüycükler sayesinde rahime doğru taşınır.

Yumurtalıklar (Overler)

- Rahimin sağ ve solunda yerleşmiş iki adet badem şeklinde organlardır.
- Kadınlık hormonlarını ve yumurta hücresini üretir.

HİSTEREKTOMİ NEDİR?

- Histerektomi rahmin ameliyatla çıkarılması işlemidir.
- Histerektomiden sonra adet kanaması olmaz ve gebelik oluşamaz.

Rahmin alınması ameliyatı 4 farklı türde yapılır:

- **Kısmi olarak rahmin alınması:** Rahim ağzı bırakılarak rahmin diğer kısımlarının çıkarılmasıdır.
- **Tüm olarak rahmin alınması:** Rahim ağzı da dahil rahmin tamamının çıkarılmasıdır.
- **Rahmin, tüplerin ve yumurtalıkların alınması:** Rahim, yumurtalık ve tüplerin bir arada çıkarılmasıdır.
- **Geniş olarak iç üreme organlarının alınması:** Rahim, tüpler, yumurtalık, haznenin bir kısmı ve karın içi lenf düğümlerinin çıkarılmasıdır.

RAHMİN ALINMASI GEREKEN DURUMLAR NELERDİR?

Urlar (Miyomlar)

- Urlar nedeniyle rahim alınabilir. İyi huylu tümörlerdir. Rahim duvarındaki dokulardan kaynak alarak büyürler. Bazı kadınlarda ağrı ya da ağır kanamaya neden olur.

Anormal Kanamalar

- Normal adet kanaması dışındaki kanamalar nedeniyle rahim alınabilir. Hormon seviyelerindeki değişiklikler, enfeksiyon, kanser veya urlar ağır ve uzun kanamaya neden olabilir. Bu kanamalar 7 günden fazla sürer ve 1 saatte bir pedin tamamı dolar.

Rahim Sarkması (Uterin prolapsus)

- Rahim sarkması nedeniyle rahim alınabilir. Rahmin hazneye doğru sarktığı durumlardır. Rahim sarkması, fazla sayıda ve zor doğum yapan kadınlarda daha sık görülür. Menopoz sonrası veya obezite (aşırı şişmanlık) nedeniyle de meydana gelebilir.

Rahimde kalınlaşma (Endometriyal hiperplazi)

- Rahmin (uterusun) iç tabakasının normalden fazla kalınlaşmasından kaynaklanan bir durumdur ve bu durumda rahim alınabilir.

Çikolata Kisti (Endometriyozis)

- Rahim içindeki dokunun rahim dışında bir bölgeye (yumurtalıklar, bağırsaklar vb.) çıkmasıyla meydana gelir. Bu durum şiddetli ağrı ve kanamalara neden olabilir ve rahim alınabilir.

Rahim, rahim ağzı ve yumurtalık kanserleri:

- Bu organlardan birinde kanserojen tümör oluşumu varsa rahim alınabilir.

RAHİM ALINMA AMELİYATI HANGİ YOLLARLA UYGULANIR?

1-) Açık Ameliyat (Abdominal Histerektomi): Karnın alt kısmından kesi yapılarak rahmin alınmasıdır.

2-) Rahmin Hazneden Çıkarılması (Vajinal Histerektomi): Bu yöntemde karında kesi yoktur. Hazneye (vajinaya) yapılan bir kesi ile rahim alınmaktadır.

3-) Kapalı Ameliyat (Laparoskopik Histerektomi): Bu işlemde karın içindeki organlar küçük bir kamera aracılığıyla görülür. Rahim karında küçük kesikler açılarak alınır.

RAHMİN ALINMASI SONRASINDA GÖRÜLEBİLEN RİSKLİ DURUMLAR NELERDİR?

Histerektomi, en güvenli ameliyatlardan biridir. Ama her ameliyatta olduğu gibi bu ameliyatta da sorunlar çıkabilir. Bu sorunların çoğu kolaylıkla çözülebilir.

Genel olarak görülebilen riskli durumlar şunlardır:

- Toplardamar veya akciğerlerde pıhtı gelişimi veya pıhtı atması (venöz tromboz, tromboemboli)
- Yüksek ateş ve enfeksiyon
- Ameliyat sırasında veya sonrasında kanama
- Ameliyat alanına komşu organlarda (idrar torbası, idrar yolları, bağırsaklar vb.) yaralanma
- Ameliyat sonrası bağırsak hareketlerinde yavaşlama
- Ameliyat sırasında verilen ilaçlara ve anesteziye ait sorunlar
- Yumurtalıklar çıkarıldı ise menopoz şikayetleri görülebilir.
  (Menopoz döneminde kadın sağlığı kitapçığında anlatılmıştır).

AMELİYAT SONRASI DÖNEMDE NELERE DİKKAT EDİLİR?

AMELİYAT SONRASI YARA BAKIMI

- Yara iyileşmesi için yara bölgesi temiz ve kuru tutulmalıdır.
- Özellikle belirtilmediği sürece ameliyat bölgesine krem uygulanmamalıdır.
- Ameliyat bölgesine ilk bir hafta su değdirilmemeli, lif veya kese ile ovalanmamalıdır.
- Su geçirmez bir pansuman bantıyla ameliyat bölgesi kapatılarak duş alınabilir.
- Genellikle dikişler alınmayan türde atılmaktadır. Ancak, alınan özellikte ise dikişler iyileşme durumuna göre ameliyattan 7-12 gün sonra alınabilmektedir.

DİKKAT: Ameliyat bölgesinde kızarıklık, kaşıntı, akıntı ve kötü koku olursa kontrol zamanını beklenmeden kadın hastalıkları polikliniğine başvurulmalıdır.

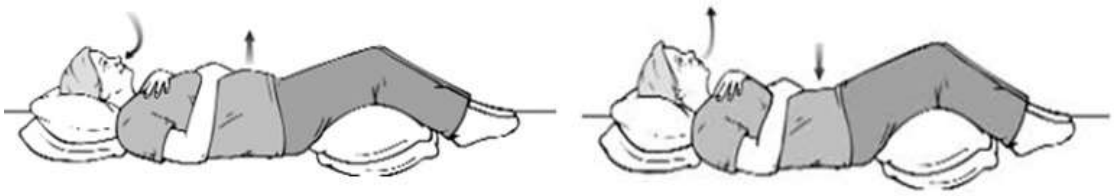
AMELİYAT SONRASI AĞRI KONTROLÜ



(Şekil: 1.3)

- Ameliyat sonrasında hastanede ağrı düzeyi değerlendirilerek doktor istemine göre ağrı kesici yapılmaktadır.
- Evde ise reçete edilen ağrı kesicileri zamanında ve uygun dozda almak ağrıyı azaltır.
- Rahat hissedilen pozisyonda ve sakin bir ortamda dinlenmek ağrıyı azaltır.
- Karın bölgesi yastıkla desteklenebilir.
- Nefes ve gevşeme egzersizleri ağrıya iyi gelir, sakinleştirir, kan dolaşımını artırarak iyileşmeyi hızlandırır.

Nefes Egzersizi Nasıl Uygulanır?



(Şekil: 1.4)

- Nefes egzersizlerine başlamadan önce sağ el karına, sol el göğüs bölgesine konulur ve gözler kapatılır.
- Burundan nefes alıp yaklaşık 4 saniye bekleyip, nefes ağızdan iki katı sürede yavaşça verilir.
- Nefes alıp vermede göğüs kafesi değil karın bölgesi şişer ve iner.
- Bu egzersiz toplamda gün içinde 40 defa yapılabilir.
- Mutlaka ara verilerek yapılmalıdır. Bir süre normal nefes alıp verildikten sonra devam edilir.

Gevşeme Egzersizi Nasıl Uygulanır?



(Şekil: 1.5)

- Baştan aşağı bütün vücut kas grubunun çalıştığı bir egzersizdir.
- Öncelikle baştan ayağa bütün kas grubu gerilir ve sonra 5'e kadar sayıp kaslar gevşetilir.
- Gevşemeden sonra derin bir nefes alınır ve bu nefes yavaş yavaş bırakılarak dinlenilir.

- Egzersiz sırasında rahat bir koltuğa oturulmalı veya sırtüstü yatılmalı ve başın altına küçük bir yastık yerleştirmelidir.
- Gevşeme egzersizleri, mümkünse günde en az 2 kez yapılmalıdır.

AMELİYAT SONRASI BESLENME

- İlk günler iştahsızlık olabilir.
- Ameliyat sonrası dönemde izin verilen zamanda gıda ve sıvı alımına başlanır. Öncelikle komposto ve su gibi hazmı kolay içecekler ile beslenilir.
- Sıvı gıdalar rahat tüketilebiliyorsa, gaz çıkışı olana kadar çiğnenebilen yumuşak sulu gıdalar tüketilir.
- Gaz çıkarıp, büyük tuvalet yapıldığında normal diyete geçilir ve katı besinler tüketilmeye başlanır. Katı gıda ile beslenmeye başlanılan bu dönemde yara iyileşmesini hızlandırdığı için protein (et, kümes hayvanları, yumurta, kuru baklagiller, süt ve süt ürünleri, balık, mercimek vb.) ve C vitamini (çilek, kivi, yeşil yapraklı sebzeler vb.) yönünden zengin beslenilmesi önerilir.
- Ameliyat sonrasında iyileşme için yeterli düzeyde sıvı, protein, vitamin ve minerallerin alınması önemlidir.
- Günde 6-8 bardak su içilmelidir.
- Eğer kansızlık varsa demir yönünden zengin olan karaciğer, et, baklagiller ve yeşil sebze tüketimi yararlıdır.

Gaz şikayetlerini önlemek için nelere dikkat edilir?

- Ameliyattan sonra karın ağrısı ve şişkinlik görülebilir. Bu rahatsızlığın sebebi bağırsaklarda gaz oluşmasıdır.
- Gaz ağrısı genellikle geçicidir ve bağırsak hareketleri başlayınca geçer.
- Gaz şikayetlerini önlemek için; ameliyattan sonra uygun görülen erken dönemde hemşire eşliğinde ayağa kalkılır ve yatak içinde pasif egzersizler (başka birinin yardımıyla yapılan egzersiz) yapılabilir.
- Gaz ağrısı için karın bölgesi bir yastıkla desteklenebilir.
- Bağırsak hareketleri arttıkça uygun şekilde yarı katı diyete geçilir.
- Bir oturuşta fazla yemek yerine az ve sık öğünlerde beslenilir.
- Yemekler az yağlı olmalıdır. Fazla yağlı gıdalar gaz oluşumunu artırır.

- Yemeklerden sonra sırt üstü yatmak yerine dik oturma ya da yürüyüş yapma tercih edilmelidir.
- Gazlı içecekler, maden suyu, kola, tatlandırıcılar ve bu tatlandırıcıların kullanıldığı ürünler kısıtlanmalıdır.
- Gaz oluşumunu artıran yiyeceklerden uzak durulmalıdır.(Süt, sarımsak, soğan, kuru fasulye, nohut, bakla, lahana, turp, pırasa, simit, hamur işleri, çok şekerli tatlılar)

Sulu Yumuşak Diyet Menü Örneği

Kahvaltı	Öğle	Ara öğün	Akşam
.Yağsız beyaz peynir .Çay	. Çorba (sebze, yayla, şehriye veya un çorbaları) .Patates püresi .Komposto	. Yağsız peynir . Ihlamur veya açık çay	.Çorba (sebze, yayla, şehriye veya un çorbaları) .Patates püresi .Muhallebi .Komposto



(Şekil: 1.6)



(Şekil: 1.7)



(Şekil: 1.8)

Günlük Menü



(Şekil: 1.9)



(Şekil: 1.10)

- Gaz çıkarıp, büyük tuvalet yapıldığında katı besinlerle beslenmeye başlanır. Bu dönemde herhangi bir beslenme problemi yaşanmıyorsa (hazımsızlık, bulantı, kusma) eve gittiğiniz de aşağıdaki günlük menü örneğinden yararlanılabilir.

Sabah	**Ara öğün**	**Öğlen**	**Ara öğün**	**Akşam**	**Ara öğün**
-Açık şekersiz çay -1 haşlanmış yumurta -1 ince dilim peynir (az yağlı, az tuzlu) -2 ince dilim tam buğday, çavdar, yulaf ekmeği -Mevsim yeşilliği	1 adet elma	-1 kase tarhana çorbası -3 adet kıymalı biber dolması -1 kase yoğurt (kaymaksız) -Mevsim salata -2 ince dilim ekmek	1 adet mandalina 3 kuru kayısı	-1 tabak etli sebze yemeği (10 yemek kaşığı) -1 kase mercimekli bulgur pilavı (6 yemek kaşığı) -2 su bardağı ayran veya 1 kase yoğurt -Mevsim salata	1 kase muhallebi

DİKKAT: Hiçbir şey yiyip içilemediğinde ve kusma görüldüğünde kadın hastalıkları polikliniğine başvurulmalıdır.

AMELİYAT SONRASI VAJİNAL KANAMA VE HİJYEN

- Ameliyat sonrası ilk 4 hafta hazneden çok az açık kahverengi kanama gelebilir.
- Beyaz ve parfümsüz tuvalet kağıtları ve hijyenik pedler kullanılmalıdır.
- Düzenli olarak 3-4 saatte bir ped değiştirilmelidir.
- Pamuklu ve beyaz renkli alt çamaşırı önerilir.
- Tuvalete girmeden önce ve sonra eller yıkanmalıdır.
- Tuvalet sonrası temizlik önden arkaya doğru yapılmalıdır.
- Haznenin (vajinanın) iç kısmı kesinlikle yıkanmamalıdır.

DİKKAT: Ameliyat sonrası vajinadan gelen kanama çok fazla miktarda (bir saatte pedin tamamı kanla doluyorsa ve parlak kırmızı renkte ise) ya da kötü kokulu ise, kadın hastalıkları polikliniğine başvurulmalıdır.

AMELİYAT SONRASI BANYO

- Banyo ayakta duş şeklinde ve çok sıcak olmayan su ile alınmalıdır.
- İçi su dolu küvette banyo yapılmamalıdır.
- Eve gittikten 1-2 gün sonrasında ameliyat bölgesi su geçirmez bantla kapatıldığı için bu şekilde banyo yapılabilir, bantlı kısmın üzeri ovalanmamalıdır.
- Banyoya girmeden önce zemin kontrol edilmeli ve ıslak olmadığından emin olunmalıdır.
- Banyoya girerken kaymayan bir terlik giyilmeli, çıplak ayakla yere basmamaya özen gösterilmelidir.
- Banyoda çok uzun süre kalmamaya özen gösterilmelidir.

AMELİYAT SONRASI AKTİVİTE

- Ameliyat sonrasında ilk haftalar yorgunluk hissedilebilir.
- Ameliyattan sonraki süreçte dinlenmeye dikkat edilmeli ancak sürekli yatılmamalıdır. Kısa yürüyüşler yapılmalı ve bu yürüyüşler kademeli olarak artırılmalıdır.
- Uzun süre hareketsiz kalmak kan dolaşımının yavaşlamasına, toplardamarlarda pıhtı oluşmasına ve bağırsaklarda gaz sancısına neden olabilir ve rahatsızlık verir.

- Ameliyat sonrası ilk haftalardan itibaren yardımsız ayağa kalkılabilir ve yürünebilir.
- Ayağa kalkarken aşamalı olarak kalkılır. Önce yatak kenarında oturarak bacaklar aşağı sarkıtılır, baş dönmesi ve baygınlık hissi olmadığından emin olduktan sonra yavaşça kalkılır ve karşıya doğru bakarak yürünür. Bu esnada istenirse ameliyat bölgesi elle desteklenebilir.
- Ameliyat sonrasında mümkün olduğunca az ziyaretçi kabul etmek yorgunluğu ve enfeksiyonu önlemede yararlıdır.
- Ev içinde ve dışarıda rahat yürünebilecek ve kaygan olmayan terlik veya ayakkabılar tercih edilmeli, çıplak ayakla yere basılmamalıdır.

DİKKAT: Uzun süre hareketsiz kalmak pıhtı oluşumuna ve özellikle bacaklarda damar tıkanıklığına neden olabilir. Bu nedenle bacakta ve baldırda ağrı, şişlik, kızarıklık, sıcaklık ve renk değişikliği olursa gecikmeden mutlaka kadın hastalıkları polikliniğine başvurulmalıdır.



(Şekil: 1.11)



(Şekil: 1.12)



(Şekil: 1.13)

- Ameliyattan sonra 1. haftadan itibaren çok fazla yormayacak şekilde merdiven çıkılabilir.
- Ameliyattan 3-4 hafta sonra iyi hissedilirse araba kullanılabilir. Araba kullanırken ağrı kesici ve sakinleştirici kullanımından uzak durulmalıdır. Gerektiğinde sorunsuz bir şekilde acil duruş yapabileceğinden emin olunmalıdır. Kısa mesafelerle başlayıp kademeli olarak sürüş mesafesi arttırılabilir.
- Ameliyattan 6-8 hafta sonra tam gün işe dönülebilir.
- Ameliyattan sonra iki ay süresince elektrik süpürgesi kullanma, çamaşır asma, ağır kaldırma (5 kg ve üzeri) gibi karın kaslarının gerilmesine neden olabilecek işlerden kaçınılmalıdır.
- Vajinadan gelen kanama kesildikten sonra (ortalama dört hafta) yüzmeye başlanılabilir.
- Ameliyattan 6-8 hafta sonra bisiklete binme, tempolu yürüyüş ve aerobik egzersizleri gibi fiziksel aktiviteler yapılabilir, sinema, tiyatro gibi sosyal etkinliklere gidilebilir.

AMELİYAT SONRASI CİNSEL YAŞAM

- Ameliyat sonrasında 6-8 haftadan önce cinsel ilişkiye girilmesi önerilmez.
- Cinsel ilişki öncesinde ve sonrasında üreme organlarının temiz olmasına dikkat edilmelidir.
- Bazı kadınlar rahminin alınması durumunda cinsel yaşamlarının değiştiğini ifade edebilmektedir.
- Histerektomi (rahmin alınması) sonrası gebelik korkusu, adet ağrısı ve adet kanaması olmadığı için cinsel ilişkiden memnuniyet artabilmektedir.
- Ameliyata bağlı cinsel yaşamda bazı değişiklikler olabilir. Örneğin rahim çıkarıldığı için orgazm sırasında rahim kasılması olmaz ama vajinadan orgazm devam eder.
- Eğer rahimle beraber yumurtalıklar da alındı ise cinsel istekte azalma, cinsel ilişki sırasında vajinada kuruluk hissi, ilişkide zorluk ve ağrı olabilir. Bu şikayetleri gidermek için eş ile iletişimi artırma, ön sevişmeyi uzatma, kadının üstte ve yanda olduğu ilişki pozisyonlarını deneme ve hekim kontrolünde kayganlık sağlayan krem veya fitilleri kullanma yararlı olabilir.

AMELİYAT SONRASI BOŞALTIM SİSTEMİ

- Ameliyattan sonra 3-4 saatte bir düzenli olarak idrar yapmak önemlidir. İdrar kesesi tam olarak boşaltılmalıdır.
- Ameliyat öncesinde ve sonrasında bir süre aç-susuz kalma ve kullanılan bazı ağrı kesicilere bağlı kabızlık olabilir.
- Kabızlık nedeniyle büyük abdest yapma sırasındaki zorlanma karın içindeki basıncı artırarak ağrıya neden olabilir.

Kabızlığın önlenmesi için;

- Posalı yiyecekler (kuru incir, kuru erik, kuru kayısı, yeşil sebzeler, elma, tahıl, kepek ekmeği) tüketilmesi önerilir.
- Düzenli olarak tuvalete gidilir. Her gün aynı saatte ve yemeklerden sonra olması daha yararlıdır.
- Büyük abdest yapma hissi olduğunda ertelenmemelidir.
- Günde altı-sekiz bardak su tüketilmesi gerekir
- Aralıklı olarak yapılan yürüyüşler, egzersizler ve yatak içinde iki yana dönme hareketleri de bağırsakların düzenli çalışmasına yardımcı olur.

DİKKAT: İdrar yaparken ağrı, idrarda kan, sık sık idrar yapma isteği gibi durumlarda kadın hastalıkları polikliniğine başvurulması gerekir.

HASTANEYE ACİL BAŞVURULMASI GEREKEN DURUMLAR

Aşağıdaki durumlarda kontrol zamanını beklemeden size en yakın sağlık kuruluşuna başvurmalısınız.

- Şiddetli karın ağrısı ve şişkinlik
- Göğüs ağrısı ve nefes alamama
- Vajinadan gelen ve bir saatte pedin tamamını dolduran kanama
- Şiddetli bulantı ve kusma
- 38ºC'yi geçen yüksek ateş
- Ameliyat bölgesinde kızarıklık, ağrı ve akıntı
- İdrar yapamama
- Büyük abdestten ve idrardan kan gelmesi

HİSTEREKTOMİNİN ETKİLERİ NELERDİR?

Histerektomi ameliyatı fiziksel ve ruhsal olarak kadını etkiler. Bu etki kısa veya uzun süreli olabilir.

Fiziksel Etkileri

- Histerektomi sonrası adet kanaması olmayacaktır.
- Yumurtalıklar duruyorsa hormon salgılamaya devam eder, ancak rahim olmadığından artık gebe kalınamaz.
- Menopoza girmemişseniz ve ameliyatta yumurtalıklarınız alındı ise menopoz şikayetleri görülür, erken osteoporoz (kemik erimesi) açısından risk söz konusudur.

Ruhsal Etkileri

- Rahimin alınmasına ruhsal tepkilerin şekli ve süresi kadından kadına değişir.
- Ameliyata neden olan şikayetlerin ortadan kalkması kadını rahatlatır.
- Bazı kadınlar artık çocuk sahibi olamayacağı için depresif belirtiler yaşayabilir.
- Üreme organı olan rahimin alınması kadınlığın kaybı gibi algılanabilir ve yaşanan ruhsal değişiklikler beden algısını ve cinsel yaşamı da etkiler.

DİKKAT: Rahimin alınması nedeniyle şiddetli şekilde ruhsal değişiklikler olur ve başetmede zorluk yaşanırsa ruh sağlığı desteği almak için hastaneye başvurulması gerekir.

EK-14: ‘’MENOPOZ DÖNEMİNDE KADIN SAĞLIĞI’’EĞİTİM KİTAPÇIĞI

MENOPOZ DÖNEMİNDE KADIN SAĞLIĞI



HAZIRLAYANLAR

Arş. Gör. KÜBRA YILMAZ, Prof. Dr. ERGÜL ASLAN



(Şekil: 2.1)

- Menopoz yeterince uzun yaşayan tüm kadınların yaşayabileceği doğal bir süreçtir.
- Kadınlar ameliyatla her iki yumurtalığının alınmasıyla da menopoza girer.
- Menopozda hormon eksikliğine bağlı olarak kadın bedeninde fiziksel ve ruhsal değişiklikler meydana gelir.

Menopozda sık görülen değişiklikler

- Sıcak basması
- Uyku sorunları
- Beslenme değişiklikleri ve kilo alma
- Kronik hastalık görülme riskinde artış
- Ruhsal değişiklikler
- Cilt değişiklikleri
- Cinsel değişiklikler

MENOPOZDA SICAK BASMASI

- Sıcak basması ve gece terlemesi menopozun en sık görülen belirtilerindendir.
- Sıcak basması cildinizin herhangi bir bölgesinde sıcaklık artışıyla başlar.
- Özellikle boyun, baş ve göğüslerde hissedilir.
- Cilt kırmızı görünür.



(Şekil: 2.2)

Sıcak Basmasını Artıran Durumlar Nelerdir?

- Sıcak ve nemli hava
- Kalabalık ve kapalı ortam
- Sigara ve alkol kullanmak
- Kafeinli gıdalar tüketmek
- Baharatlı yiyecekler yemek
- Stresli bir ortam

Sıcak Basması Şikayetini Azaltmak İçin Neler Yapılmalıdır?

- Sıcak ortamlardan kaçınmalı ve serin odada(18^0) uyumalıdır.
- Sıcak basması sırasında vantilatör açmak, duş almak veya sıcaklık artışı hissedilen bölgelere buz uygulamak yararlı olabilir.
- Sıcak basması esnasında soğuk içecekler içilebilir.
- Kat kat ve ince kumaşlı giysiler tercih edilmeli, gerekirse isteğe bağlı olarak çıkartılabilir.
- Pamuklu giysi ve yatak çarşafı tercih edilmeli.
- Heyecan sıcak basmasını başlatan bir durumdur. Bu nedenle mümkün olduğunca stresten uzak durulmalıdır.
- Baharatlı yiyecekler, çay, kahve ve alkol kullanımı mümkün olduğunca azaltılmalıdır.
- Sıcak basması esnasında rahat bir yere oturup birkaç defa derin ve yavaş nefes alıp verilmeli.
- Sıcak basması kontrol edilmeye çalışılmalı. (soğuk su içinde yüzdüğünü hayal etmek gibi).

MENOPOZDA UYKU

Menopozda sıcak basması ve gece terlemesi gibi durumlar uyku problemine yol açabilir.

Yaş ile uyku süresi azalır.



(Şekil: 2.3)

Uykusuzluk Sonucunda Yaşanabilecek Problemler

- Gerginlik
- Sinirlilik
- Yorgunluk
- Üzgün/kızgın hissetme
- İsteksizlik
- Unutkanlık

Rahat Uyumak İçin Neler Yapılmalıdır?

- Uyumak için sessiz bir ortam seçmelidir.
- Uyumadan önce yatılacak oda havalandırılmalıdır.
- İyi uyuyabilmek için oda çok sıcak ya da çok soğuk olmamalıdır.
- Uyku giysileri ve çarşaf takımları pamuklu cinsten olmalıdır.
- Akşam ağır ve yağlı yemekten uzak durulmalı, çok aç ya da tok yatılmamalıdır.
- Çay, kahve ve alkol gibi içecekler çok fazla tüketilmemelidir.
- Uykudan önce ılık süt, yoğurt, bitki çayları içmek uykuya dalmayı kolaylaştırır.
- Uyku gelmiyorsa yataktan çıkıp fazla hareket gerektirmeyen bir şeylerle meşgul olunmalıdır.(Kitap okumak, müzik dinlemek, duş almak gibi)
- İhtiyaçtan fazla uyumamaya özen gösterilmeli.
- Sabahları düzenli olarak belli saatlerde uyanmalı.

- Sabah uyanır uyanmaz yataktan çıkılmalıdır.
- Stresten uzak durmaya çalışılmalı.
- Gündüz uyumaktan kaçınmak gerekir.
- Düzenli olarak fiziksel egzersiz yapmak derin uykuyu sağlamak açısından önemlidir.
- Uyku için ilaç alımı kısa süreli olarak sorun çözse de aslında yararsızdır hatta zararlıdır.
- Yatak yalnızca uyku için kullanılmalıdır. Yatakta kitap okumak veya televizyon seyretmek gibi aktiviteler yapılmamalıdır.
- Gece terlemeleriyle uyku bölündüğünde derin nefes egzersizi yapılabilir.
- Gece heyecan verici televizyon programları seyredilmemeli ya da bu tür kitaplar okunmamalıdır.
- Yatmadan önce gevşeme egzersizleri (baştan ayağa tüm kas grupları gerilir daha sonra gevşetilir) yapılabilir.

  (Gevşeme egzersizleri, bakınız; Eğitim kitapçığı 1. Bölüm)

MENOPOZDA DÜZENLİ BESLENME VE KİLO KONTROLÜ



(Şekil: 2.4)

DİKKAT: Menopozda hormon eksikliğine bağlı metabolizma yavaşlar ve kilo almaya eğilim artar. Bu nedenle; beslenmeye daha fazla özen göstermek gerekir

- 4 besin grubundan yeterli düzeyde almak gerekir.
  - Süt, yoğurt, peynir grubu
  - Et, yumurta, kuru baklagiller grubu
  - Taze meyve sebze grubu
  - Ekmek ve tahıl grubu
- İdeal vücut ağırlığında kalmaya çalışılmalıdır.

İdeal vücut ağırlığını hesaplama; (beden kitle indeksi formülü);

  - Ağırlığın (kg cinsinden), boy uzunluğunun metre karesine (m^2) bölünmesi ile hesaplanır.
  - Dünya Sağlık Örgütünün sınıflandırmasına göre bu değerin 18.5-24.9 kg/m^2 arasında olması "normal vücut ağırlığı" olarak kabul edilmektedir.
  - Düşük vücut ağırlığına sahip kadınlarda omurga kırık riski artmaktadır. Bu nedenle beden kitle indeksinin 23-27 kg/m^2 arasında olması önerilir.
- Beslenmede basit şeker (çay şekeri, reçel, bal vb.) tüketimini azaltmalıdır. Basit şekerlerin yerine kompleks karbonhidratlardan (tahıllar, kuru baklagiller vb.) zengin besinler tercih edilmelidir.
- Beslenmede posa içeriği yüksek besinler tüketilmelidir. (Posa içeriği en yüksek besinler kuru baklagiller, tahıllar ve sebze-meyvelerdir.)

Beslenme programınızda posa içeriğini arttırmak için;

  - Beyaz ekmek yerine kepekli, çavdar veya yulaf ekmeği tercih edilmeli.
  - Sebze ve meyve tüketimi arttırılmalı ve her öğünde tüketilmelidir.
  - Hazır meyve suyu yerine taze meyveler tercih edilmelidir.
  - Beslenmede kuru baklagillere sıklıkla yer verilmeli.
  - Çorba olarak mercimek çorbası, pilav olarak bulgur pilavı tercih edilmelidir.
  - Posalı gıdalarla beraber günde en az 10 bardak su içilmelidir.
  - Yeterli posa alımının sağlanmasında kuru baklagillerin haftada en az 2-3 kez tüketilmesi gereklidir.
- Az şekerli, meyve ve sebze ağırlıklı beslenmek önemlidir, vücut direncini arttırır.
- Kalsiyum içeren besinler (süt, yoğurt, peynir, çökelek, kuru baklagiller, koyu yeşil yapraklı sebzeler) tüketilmelidir.

- Ispanak, yer fıstığı ve buğday gibi E vitamini içeren besinler düzenli kullanıldığında sıcak basması ve halsizliği önlemeye yardımcı olur.
- Yeterli su veya sıvının tüketilmesi; normal böbrek fonksiyonlarının sürdürülmesi, idrar yolları enfeksiyonları, böbrek taşları ve kabızlığın önlenmesi açısından gereklidir.
- Günde en az 8-10 bardak su tüketilmelidir.
- Düşük yağlı ve düşük kolesterollü besinler tüketilmelidir.
- Yemeklerde hayvansal yağlar yerine bitkisel sıvı yağlar ve zeytinyağı tercih edilmelidir. Margarin, kuyruk yağı, iç yağ gibi katı yağlar kullanılmamalıdır.
- Yemek hazırlarken yağda kızartma yerine ızgara, fırında pişirme ve haşlama yöntemleri kullanılmalıdır.
- Yağ içeriği yüksek olan bisküvi kek vb. hazır gıdaların tüketimi azaltılmalıdır.
- Süt ve süt ürünlerinin az yağlı veya yağsız olanları tercih edilmelidir.
- Beslenmede derisi alınmış kanatlı hayvan etleri ile balığa daha çok yer verilmelidir.
- Az yağlı veya yağsız kırmızı et daha az tüketilmelidir.
- Mümkünse en az haftada 2 kez balık tüketilmelidir.
- Et yemeklerine ilave yağ eklenmemelidir.
- Etlerin görünen yağları temizlenmelidir.
- Tuz orta düzeyde tüketilmelidir.
- Sofrada yemeklere tuz eklemesi yapılmamalıdır.
- Aşırı tuz tüketimi; hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları ve kemik erimesine (osteoporoza) neden olabilmektedir.
- Çayın yemeklerle birlikte içilmesi, demirin emilimini azaltır. Çay içilecekse yemeklerden bir saat önce veya sonra, açık veya limonlu olarak içilmelidir.
- Normal BKİ sınırlarına sahip (23-27 kg/m^2) kadınların menopoz döneminde alması gereken günlük enerji 1900-2100 kilo kalori arasında olmalıdır.

Bir Günlük Örnek Menü

Sabah	Ara öğün	Öğlen	Ara öğün	Akşam	Ara öğün
-Açık şekersiz çay veya bol limonlu yeşil çay -1 haşlanmış yumurta -2 yemek kaşığı çökelek peyniri -3 ince dilim tam tam buğday ekmeği -Mevsim yeşilliği(roka, maydanoz, tere, nane), domates, biber, salatalık - 2 adet ceviz	-1 adet elma -1 bardak ayran	1 kase tarhana çorbası -4-5 yemek kaşığı kıymalı sebze yemeği -1 kase yoğurt (kaymaksız) -Mevsim salata -2 ince dilim ekmek -	-1 adet mandalina -2 adet kuru incir	-1 adet orta boy balık, hindi eti veya tavuk eti -1 kase mercimekli bulgur pilavı (6 yemek kaşığı) -2 su bardağı ayran veya 1 kase yoğurt -Mevsim salata	- 8-10 adet çiğ badem

MENOPOZDA KRONİK HASTALIK GÖRÜLME RİSKİNDE ARTIŞ

DİKKAT: MENOPOZDA KALP HASTALIĞI GELİŞME OLASILIĞI YÜKSEKTİR.



(Şekil: 2.5)



(Şekil: 2.6)

Menopoz Döneminde Kalp Sağlığını Arttırmak İçin Neler Yapılmalıdır?

- Yeterli ve dengeli beslenmeli.
- Beslenmenizde tükettiğiniz yağların türüne ve miktarına dikkat edilmelidir.
- Posa içeren besinler tüketilmelidir.
- Aşırı şeker tüketiminden kaçınılmalı.
- Tuz tüketimi azaltılmalıdır.
- İdeal vücut ağırlığı korunmalıdır.
- Sigara ve alkolden uzak durulmalıdır.
- Fiziksel aktivite arttırılmalı.
- Stresten uzak durulmalıdır.

(Menopozda beslenme bölümüne bakınız.)

DİKKAT: MENOPOZ DÖNEMİNDE EKLEM VE KAS PROBLEMLERİ YAŞAYABİLİRSİNİZ.

- Menopoz döneminde eklem ve kas problemlerine yönelik egzersizler ve düzenli fiziksel aktiviteler önerilmektedir. Düzenli fiziksel egzersiz diğer menopoz şikayetlerinin azalmasında da etkilidir.



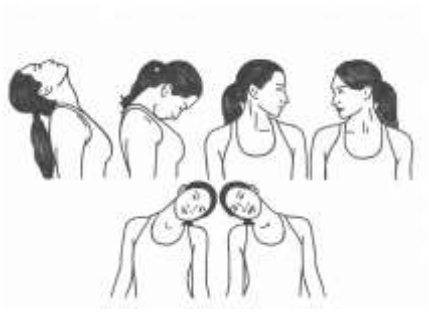
(Şekil: 2.7)

Düzenli Fiziksel Egzersizin Yararları

- Kemik erimesini (osteoporoz) önlemeye yardım eder.
- Kasları kuvvetlendirir.
- Uykuyu düzenler.
- Stresi azaltır.
- Özgüveni arttırır.
- Tansiyon, kolesterol ve şekeri düzenler.
- Kalp damar sağlığını korumaya yardımcı olur.
- Kilo artışına engel olur.

MENOPOZ DÖNEMİ EGZERSİZLERİ

Baş –Boyun Egzersizleri



(Şekil: 2.8)



(Şekil: 2.9)

- Baş fazla zorlanmadan öne ve arkaya doğru yavaşça hareket ettirilir.
- Baş sola doğru döndürülür 3 saniye bekletilir. Biraz dinlendikten sonra aksi yönde tekrarlanır.
- El alına konularak baş öne doğru itilir, bu arada el ile engel olmaya çalışılır.
- El başın arka kısmına (enseye değil) konur. Baş arkaya doğru itilmeye çalışılır ve buna el ile engel olunur.
- Sol el başa dayanır. Elin direncine karşı baş sağa doğru itilmeye çalışılır.
- Hareket el değiştirerek tekrar uygulanır.

BEL EGZERSİZLERİ



(Şekil: 2.10)

- Sırtüstü yatılır, diz el ile kavranır ve diğer dizin düz olmasına dikkat edilerek, mümkün olduğunca kendinize doğru çekilir. Burada 15-20 saniye bekletilir ve geri bırakılır.



(Şekil: 2.11)

- Sırtüstü uzanılır. Dizler bükülür ve kendinize doğru mümkün olduğunca çekilir. 15-20 saniye bekletilir ve geri bırakılır.



(Şekil: 2.12)

- Sırtüstü pozisyonda dizler hafifçe bükülür. Ayak tabanı yere basarken kalça yavaşça yukarı kaldırılır. 5 saniye bekletilir ve geri bırakılır.



(Şekil: 2.13)

- Sırtüstü uzanıp dizler hafifçe bükülür. Kollar sağa doğru uzatılır ve bu yönde baş ve gövde hafifçe kaldırılır. 5 saniye beklenir ve tekrar sırtüstü uzanılır. Dinlenip hareket aksi yönde tekrarlanır.



(Şekil: 2.14)

- Yüzüstü uzanılır. Kollar iki yana uzatılır. Baş düz bir şekilde gövde yukarı kaldırılır. 5 saniye bekleyip vücut düzleştirilir.



(Şekil: 2.15)

- Pilates lastiğinin bir ucu ayağa sarılır ve ters taraftaki el ile diğer ucundan tutulur. Ayak sağa ve sola hareket ettirilir. Sonra diğer ayak ile hareket tekrarlanır.



(Şekil: 2.16)

- Eller ve dizlerin üzerinde şekildeki gibi durulur. Karın içe çekilir baş öne eğilir ve sırt yukarı kaldırılır.



(Şekil: 2.17)

- Sonra baş kaldırılıp bel aşağı doğru yavaşça çukur hale getirilir.

DİZ VE KALÇA EGZERSİZLERİ



(Şekil: 2.18)

- Yüzüstü uzanılır. Bir bacağın altına ince bir yastık yerleştirilir. Aynı taraf el ile ayak bileğinden tutarak diz bükülür.



(Şekil: 2.19)

- Bir diz bükülür. Öbür bacak düz bir şekilde 15-30 cm kadar yukarı kaldırılır. Burada 5 sn bekletilir ve geri indirilir.



(Şekil: 2.20)

- Yana doğru yatılır, alttaki bacak biraz bükülür. Üstteki bacak dizler bükülmeden düz şekilde yukarı kaldırılır. 5 sn beklenir ve geri indirilir.



(Şekil: 2.21)

- Yüzüstü uzanılır. Kalça yerden temasını kesmeden bacak düz şekilde yukarı kaldırılır. 5sn beklenir ve geri indirilir. Dinlenip hareket öbür bacakta tekrarlanır.



(Şekil: 2.22)

- Sırtüstü uzanılır. Bacağın arasına ince bir yastık yerleştirilir. Bu pozisyonda bacaklar birbirine doğru itilir.



(Şekil: 2.23)

- Bir sandalye veya yatak kenarında oturulur. Ayak kendinize doğru çekilir bacak düzleştirilir. 5 saniye bekleyip hareket diğer bacakta tekrarlanır.



(Şekil: 2.24)

- Bacak uzatılarak düz bir şekilde oturulur. Dizlerin altına ince bir yastık (veya rulo havlu) konur. Kalçayı kasmadan dizler aşağıya doğru bastırılır 5 saniye beklenir. Dinlendikten sonra hareket tekrarlanır.



(Şekil: 2.25)

- Yüzüstü yatarak dizler sırayla arkaya doğru bükülür. Düzenli şekilde hareketler tekrarlanır.



(Şekil: 2.26)

- Köşe olan bir duvara dönüp eller duvara uzatılır ve güçlü bir şekilde gövde köşeye itilir.

- Bu egzersizlere ek olarak haftada 3 kez 30-60 dakika yürüyüş, merdiven çıkıp inme gibi egzersizler yapılmalıdır.



(Şekil: 2.27)

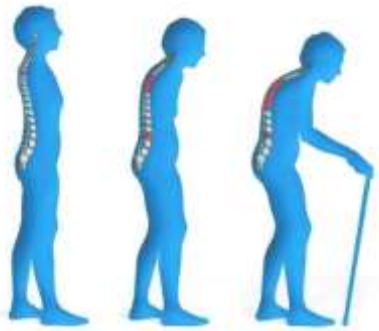


(Şekil: 2.28)



(Şekil: 2.29)

- Uzun kır yürüyüşleri, hızlı yürüme, ip atlama, bisiklete binme, kürek çekme, yüzme, yoga, dans gibi egzersizler de menopozdaki sağlık sorunlarının azalmasına katkı sağlamaktadır.



(Şekil: 2.30)

DİKKAT: Menopoz özellikle kemik erimesi için bir risk faktörüdür.

- Kemik erimesi (osteoporoz) kemik mineral yoğunluğunun azalması ya da çok küçük travmalarla ve kolaylıkla kırık oluşmasıdır.
- Osteoporoz en çok vücudun yükünü taşıyan omurları etkiler. Daha sonra kalça (uyluk kemiğinin baş kısmında), bilekler ve diğer kemikler etkilenir.
- Kemik erimesi, başlangıçta hiçbir belirti vermeyebilir. Ancak ilerlediği zaman bel ve sırt ağrıları, boyda kısalma ve kamburlaşma görülür.
- Kemik erimesi olup olmadığını anlamak için, doktor önerisi ile "Kemik Dansitometresi" ölçümü yaptırılmalıdır.

Menopoz Döneminde Kemik Sağlığı Nasıl Korunur?

1.Beslenmeye özen gösterilmelidir.

- Kalsiyumdan zengin besinler tüketilmelidir. Kalsiyumun en iyi kaynağı süt ve süt ürünleridir.
- Kuru baklagiller ve yeşil yapraklı sebzeler her gün tüketilmeye çalışılmalıdır.
- Tuz azaltılmalıdır.
- Direk güneş ışınlarından daha fazla yararlanmaya çalışılmalı. Böylece vücuttaki D vitamini aktif hale gelir.
- Her gün öğlen saatlerinde hiçbir koruyucu kullanmadan 15-30 dakika boyunca güneş ışığından direkt olarak yararlanılmalı.
- Et ve et ürünleri gibi protein içeren besinler gereğinden fazla tüketilmemelidir. Proteinden zengin beslenenlerde kalsiyum kaybının fazla olduğu görülmüştür.
- Kafein içeren kahve, kolalı içecekler, çikolata gibi besinler fazla tüketilmemeli.
- Aşırı zayıflıktan sakınmak gerekir.

2. Düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı edinmek gerekir.

Sağlığınız için engel değilse;

- Yakın mesafe için araba değil yürüme tercih edilmelidir.
- Asansör yerine merdivenler kullanılmalıdır.
- Araba gideceğiniz yerden biraz uzağa park edilmeli ve yürünmeli.
- Bahçe ve ev işleriyle uğraşılabilir.
- Her gün en az 30 dakika egzersiz veya haftada en az 3-5 kez, 30-60 dakika süren orta şiddetli egzersiz yapılmalı (yüzme, bisiklet vb.) ve bu egzersizler yaşam boyu sürdürülmelidir.

Kemik erimesini önlemek için 5 ayrı tipte egzersiz programı önerilmektedir. Bu egzersizleri mutlaka sağlık profesyonelleriyle iş birliği içinde planlamalısınız.

1.Germe Egzersizleri

2.Denge Egzersizleri

3.Kuvvetlendirme Egzersizleri

4.Yüksek Güçlü Egzersizler

5.Vücut Ağırlığı ile Yapılan Aerobik Egzersizler

KEMİK SAĞLIĞINI GELİŞTİRMEYE YÖNELİK EGZERSİZLER

1.Germe Egzersizleri

Germe ve gevşeme şeklinde uygulanır. Düzgün bir solunum ile 20-30 saniye germe pozisyonunda kalınır, daha sonra tüm kaslar mümkün olduğu kadar gevşetilir ve sonra normal pozisyona dönülür.



(Şekil: 2.31)

2.Denge Egzersizleri

Denge egzersizleri haftada 3 kere kuvvetlendirme egzersizlerinden sonra tavsiye edilir. Bu pozisyonlar 30 saniye ile 1 dakika arasında muhafaza edilerek tekrarlanır.



(Şekil: 2.32)

3.Vücut Ağırlığı ile Yapılan Aerobik Egzersizler



(Şekil: 2.33)



(Şekil: 2.34)

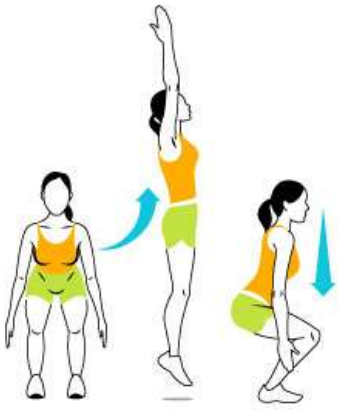


(Şekil: 2.35)

- Aerobik egzersizler hem kalp sağlığı için hem de kemik erimesinin önlenmesi açısından önemlidir.
- Aerobik aktiviteler yürüme, koşma, merdiven inip çıkma gibi aktiviteleri ve germe egzersizlerini içerir.
- Bu egzersizlerin yanı sıra pilates, yoga, dans, tenis gibi kasları güçlendiren egzersizler de yapmalıdır.
- Bu egzersizler mümkünse haftada 3 kez en az 30 dakika boyunca yapmalıdır.

4.Yüksek Güçlü Egzersizler

Bu egzersiz programı zıplama ve step egzersizlerini içerir.



(Şekil: 2.36)



(Şekil: 2.37)

5. Kuvvetlendirme Egzersizleri

Bu egzersiz programına germe, denge ve 15 dakikalık ağırlık taşıma egzersizleri ile haftada 3 gün başlanır.



(Şekil: 2.38)

MENOPOZDA RUHSAL DEĞİŞİKLİKLER

Menopoz dönemi kadınlarda ruhsal olarak değişikliklere neden olan bir dönemdir.

Menopoz Döneminde Görülen Ruhsal Değişiklikler

- Kendinizi mutsuz, üzgün, kaygılı, ağlamaklı hissedebilirsiniz.
- Huzursuz olabilir, panik hissi yaşayabilirsiniz.
- Sinirlilik çabuk öfkelenme yaşayabilirsiniz.

Ruhsal Sağlığı Arttırmak İçin Neler Yapılabilir?

- Sevdiklerinizle birlikte vakit geçirin.
- Ruhsal şikâyetlerin giderilmesinde eşlere, çocuklara, aile yakınlarına, arkadaşlara büyük görevler düşmektedir. Onlardan destek istenmeli.
- El işi ve ev işi yapılabilir.
- Kitap okuma, müzik dinleme, televizyon izleme gibi aktiviteler yapılabilir.
- Olumsuz düşüncelerden uzaklaşılmalıdır. (Bunun için kurslara gidebilir)
- Seyahat edilebilir.
- Kendinizi kötü hissettiğiniz anlarda derin nefes egzersizleri ve gevşeme egzersizleri uygulanabilir.
- Yoga, egzersiz, meditasyon gibi gevşeme teknikleri yapılabilir.
- Menopoz dönemindeki diğer arkadaşların desteği alınmalı. Onlarla birlikte yardım dernekleri ya da sosyal derneklere katılmak yararlı olabilir.

MENOPOZDA CİLT DEĞİŞİKLİKLERİ

- Deri gevşemiştir.
- Cilt incelir, nemi azalır.
- Ciltte kuruluk, buruşma, kırışma olur bu durum özellikle güneş ışığına maruz kalan bölgelerde daha belirgindir(yüz, boyun, ellerde).
- Çene, dudak üstü, göğüs ve karın gibi bölgelerde kalın tüyler çıkabilir.
- Saç, koltuk altı ve özel bölge kılları seyrekleşir.
- Ayak tabanı ve avuç içi gibi bölgelerdeki derilerde sertleşme olabilir.
- Ciltteki kuruluğa bağlı kaşıntı olabilir.



(Şekil: 2.39)

DİKKAT: Bu cilt değişiklikleri bir hastalık değildir. Ancak gençliğin ve kadınlığın cazibesinin kaybı olarak algılanabilir ve benlik saygısını ve özgüveni zedeleyebilir. BU DURUMDA OLUMLU ‘’BEDEN İMAJI GELİŞTİRMEK’’ ÇOK ÖNEMLİDİR

- Beden imajı, bedeniniz hakkındaki düşüncelerinizi, duygularınızı ve algılarınızı ifade eder. Kişinin bedeniyle barışık olması ve ondan memnun olması olumlu beden imajına sahip olduğunu gösterir.

Cilt Sağlığını Arttırmak ve Olumlu Beden İmajı Geliştirmek İçin Neler Yapılabilir?

- Sağlıklı beslenmeli.
- Bol bol su içilmeli.
- Düzenli egzersiz yapılmalı. (yürüyüş, merdiven inip çıkma gibi)
- Kilo kontrolü sağlanmalı.
- Giyim ve bakıma özen gösterilmeli, ihmal edilmemeli.
- Güneşten korunmak için güneş koruyucu kremler kullanılabilir.
- Stresten uzak durulmalı.
- Kozmetik ürünler kullanılabilir.

UNUTMAYIN Kİ BEDEN İMAJI HEM RUH SAĞLIĞINI ETKİLER HEM DE RUH SAĞLIĞINDAN ETKİLENİR.

MENOPOZDA CİNSEL DEĞİŞİKLİKLER

- Cinsel yaşam menopozla birlikte sona ermez.
- Düzenli olarak cinsel ilişkinin sürdürülmesi gereklidir.
- Menopoz döneminde hormon eksikliğine bağlı olarak cinsel yaşamda değişiklikler görülebilir.
- Menopoz döneminde vajinadan gelen salgı yetersizdir.
- Vajinada kuruluk gelişebilir. Bu nedenle ön hazırlıksız bir cinsel ilişki ağrı, acı ve kanamaya neden olabilir.
- Vajinadaki kuruluğa bağlı kaşıntı gelişebilir.
- Bu dönemde üreme sistemi enfeksiyonlarına yatkınlık söz konusudur.
- Menopoz döneminde meydana gelen fiziksel ve ruhsal değişiklikler cinsel yaşamı olumsuz etkileyebilir.
- İdrar kaçırma gibi problemler cinsel hayatı olumsuz etkileyebilir.
- Eşler arasındaki iletişimin iyi olması cinsel sorunlarla başetmede yardımcıdır.



(Şekil: 2.40)

MENOPOZ DÖNEMİNDE EN SIK GÖRÜLEN CİNSEL DEĞİŞİKLİKLER

- Cinsel ilişki esnasında ağrı
- Cinsel ilişki sıklığının azalması
- Cinsel doyuma ulaşmada zorluk yaşaması
- Cinsel istekte azalma

CİNSEL İLGİ VE İŞLEV NASIL ARTTIRILABİLİR?

- Eşler arasında iletişimin artması çok önemlidir.
- Daha sık ve düzenli cinsel ilişkide bulunulmalı.
- Cinsel ilişkide ön uyarılma ve ön sevişme uzun tutulmalı.
- Kol, uyluk içi, kulak, dudak gibi duyarlı dokuların uyarılması çok önemlidir.

- Vücuttaki ince derileri kurutan maddelerden (örneğin, idrar söktürücüler, alkol ve çay kahve gibi kafeinli içecekler) mümkün olduğu kadar uzak durmak gerekir. Bu maddeler hazne çevresini de kurutur. Günde 8-10 bardak su içilmelidir.
- Vajinadaki kuruluğun giderilebilmesi için eczaneden suda çözünebilen kayganlaştırıcılar ve nemlendiriciler alınabilir.
- E vitamininden (ıspanak, yer fıstığı, soya fasulyesi, buğday) zengin beslenilmelidir.
- Kegel egzersizi yapılmalıdır.
- Cinsel pozisyonlarda değişikliklere yer verilmelidir.

Farklı Cinsel Pozisyonlar



(Şekil: 2.41)

KEGEL EGZERSİZİ

- Menopoz döneminde üreme organları çevresindeki kaslarda zayıflama, sarkma görülebilir.
- Cinsel organ etrafındaki kasları güçlendirmek için kegel egzersizi yapılmalıdır.
- Kegel egzersizi cinsel ilişkiden zevk almayı sağlar.
- Kegel egzersizi idrar kaçırmayı önler.
- Kegel egzersizi üreme organı sarkmalarını önler.

Kegel Egzersizi Nasıl Yapılır?

- Öncelikle idrarınızı yapmış olmanız gerekir.
- Önce derin bir nefes alınmalı hazne ve makat bölgesi etrafındaki kaslara konsantre olunmalı.
- Sonra hazne ve makat etrafındaki kasları birlikte içeriye doğru kasmalısınız.
- İdrar yaparken idrarınızı durdurduğunuzda hissettiğiniz kaslar hazne ve makat kaslarıdır.
- Bu kasılma yapılabildiği kadar sürdürülmeli, iki kasılma arasında 15-20 saniye gevşemek gerekir. Kaslar güçlendikçe 8-10 saniye süre ile kasılabilir.
- Başlangıçta 3 kere tekrar edilmeli.
- Sonrasında günde 6-8 kez ya da saat başı yapılması önerilir.
- Kasılma sırasında karın ve kalça kasları kasılmamalı, ıkınmadan, hazne ve makat etrafındaki kaslar kasılmalıdır.
- Dışardan fark edilmeyeceği için ayakta, oturarak ya da bir işle meşgulken yapılabilir.

DİKKAT: Menopozda rutin sağlık kontrollerinizi yaptırmayı unutmayın.

- Yıllık mamografi
- Yıllık jinekolojik muayene
- Yıllık büyük abdestte gizli kan
- Kemik dansitometresi ölçümü

- Menopoz sonucu azalan hormonları desteklemeye yönelik bir tedavidir.
- Menopozda görülen sıcak basması, uyku problemleri gibi şikayetleri hafifletmeye yardımcı olur.

HORMON TEDAVİSİNİN KULLANIM ŞEKİLLLERİ

- Enjeksiyonla
- Hap biçiminde
- Vajinaya uygulanan krem, fitil veya halka biçiminde

DİKKAT: Tedaviye başlamadan önce tam bir fizik muayeneden geçmelisiniz. Özellikle aşağıdaki muayeneleri yaptırmış olmanız gerekir;

- Jinekolojik muayene
- Kan laboratuvar bulguları (özellikle kolesterol ve şeker (glikoz) incelemesi, karaciğer fonksiyon testi)
- Kemik incelemeleri
- Mamografi (meme filmi)

- Kemik erimesine karşı korur.
- Kalp hastalığı riskini azaltır.
- Sıcak basması, gece terlemesi gibi sorunları hafifletmeye yardımcı olur.
- Cinsel sorunları hafifletmeye yardımcı olur.
- Kötü huylu kolesterol seviyesini düşürür.

HORMON TEDAVİSİNİN OLASI RİSKLERİ

- Meme kanseri olasılığı
- Rahim kanseri olasılığı
- Safra taşı gelişme olasılığı
- Yüksek tansiyon gelişme olasılığı
- Pıhtılaşma bozukluğu gelişme olasılığı

DİKKAT: Hormon tedavisine başlayıp başlamama kararı sağlık profesyonelleri kılavuzluğunda yarar ve zarar değerlendirmesi yapılarak verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. ACOG (2017). The menopause years. Erişim 27.11.2017, https://www.acog.org/Patients/FAQs/The-Menopause-Years.
2. Akarsu, R. H., Kuş, B. (2017). Menopozal sıcak basması kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6*(2), 104-112.
3. Boğa, N. M., Kılıç, D. (2013). Cerrahi menopozdaki kadınlara Roy adaptasyon modeline göre evde verilen eğitimin semptom kontrolü depresyon sosyal destek ve yaşam kalitesine etkisi. Doktora Tezi, Erzurum.
4. CETAD (2007). *Kadın cinselliği.* Erişim 27.11.2017, http://www.cetad.org.tr/yayinlar/list/37/kadin-cinselligi.
5. Çelik, A. S., Pasinlioğlu, T. (2013). Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1*(1), 50-56.
6. Çetin, Ö. E., Eroğlu, K. (2015). Menapoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sorunlar ve başetme yolları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8*(4), 219-225.
7. Duman, M., Timur Taşhan, S. (2016). Postmenopozal dönemdeki kadınlara verilen uyku hijyeni eğitimi ve gevşeme egzersizinin uyku kalitesine etkisi. Doktora Tezi, Malatya.
8. Erkin, Ö., Ardahan, M., Kert, A. (2014). Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3*(4), 1095-1113.
9. Ertem, G. (2010). Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 7*(1), 469-483.
10. Faubion, S. S., Kuhle, C. L., Shuster, L. T., Rocca, W. A. (2015). Long-term health consequences of premature or early menopause and considerations for management. *Climacteric, 18*(4), 483-491.
11. Karakuş, A., Yanıkkerem, E. (2016). Klimakterik dönemde cinsel disfonksiyon: female sexual function ındex (FSFI)-kadın cinsel fonksiyon indeksi ile yapılan son 5 yıllık çalışmalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(*1), 65-85.
12. Karanisaoğlu, H., Dinç, H. (2016). Klimakterik dönem. İçinde A. M. Coşkun (Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı* (2. Baskı). İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları; 447-463.

13. Medline Plus (2017). *Osteoporosis-overview*. Erişim 27.11.2017, https://medlineplus.gov/ency/article/000360.htm.
14. Office on Women's Health (2017) Top Questions About Menopause. Erişim 27.11.2017, https://www.womenshealth.gov/files/documents/fact-sheet-menopause.pdf.
15. Okumuş, F., Yıldız Eryılmaz, H. (2007). Kadınlarda histerektomi sonrası cinsel fonksiyon. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 4* (2), 5-8.
16. Oskay, Ü. Y. (2004). Klimakterium dönemde cinsellik. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 13*(52), 59-66.
17. Özcan, H., Oskay, Ü. (2013). Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*, *28*(4), 157-163.
18. Pınar, Ş. E., Yıldırım, G., Duran, Ö., Cesur, B. (2015). A problem peculiar to women: Mental health in menopause Kadına özgü bir sorun: Menopozda ruh sağlığı. *Journal of Human Sciences, 12*(2), 787-798.
19. Pimenta, F., Maroco, J., Ramos, C., Leal, I. (2014). Predictors of weight variation and weight gain in peri-and post-menopausal women. *Journal of Health Psychology, 19*(8), 993-1002.
20. Sağlık Bakanlığı (2016). *Menopoz osteoporoz ve beslenme*. Erişim 27.11.2017, http://mebk12.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/52/13/740300/dosyalar/2016_04/05114944_11013205_beslenme_dostu_brosurleri_3.pdf.
21. Sağlık Bakanlığı (2016). *Eğitimciler için menopoz okulu eğitici rehberi.* Erişim 27.11.2017, http://doczz.biz.tr/doc/94198/e%C4%9Fitimciler-i%C3%A7in-menapoz-okulu-e%C4%9Fitimci-rehberi.
22. Sağlık Bakanlığı (2008). *Beslenme durumunun saptanması*. Erişim 27.11.2017, https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/A%2011.pdf.
23. Sağlık Bakanlığı (2014). *Türkiye fiziksel aktivite rehberi.* Erişim 27.11.2017, http://beslenme.gov.tr/content/files/basin_materyal/Fiziksel_aktivite_rehberi/turkce.pdf.
24. Sağlık Bakanlığı (2017). *Menopoz döneminde beslenme.* Erişim 27.11.2017, https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/menapoz-doneminde-beslenme.html.
25. Santoro, N., Epperson, C. N., Mathews, S. B. (2015). Menopausal symptoms and their management. *Endocrinology and Metabolism Clinics, 44*(3), 497-515.
26. Saraç, F. Z., Yılmaz, M. (2015). Yaşlılık ve sağlıklı beslenme. *Ege Tıp Dergisi, 54*(1), 1-11.

27. Sternfeld, B., Guthrie, K. A., Ensrud, K. E., LaCroix, A. Z., Larson, J. C., Dunn, A. L., Reed, S. D. (2014). Efficacy of exercise for menopausal symptoms: a randomized controlled trial. *Menopause, 21*(4), 330-338.
28. Şahin, N., H. (2016). Klimakteryum dönemi ve menopoz. İçinde N.K. Beji, (Ed.), *Ebe ve Hemşirelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 135-141.
29. Taşkın, L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 716-746.
30. The North American Menopause Society (2017). *Overvıew of menopause.* Erişim 27.11.2017,https://www.menopause.org/publications/clinical-care recommendations/chapter-1-menopause.
31. The North American Menopause Society (2017). *Disease risk.* Erişim 27.11. 2017, https://www.menopause.org/publications/clinical-care-recommendations/chapter-4-disease-risk.
32. Thornton, K., Chervenak, J., Neal-Perry, G. (2015). Menopause and sexuality. *Endocrinology and Metabolism Clinics, 44*(3), 649-661.
33. Timur, S., Şahin, N. H. (2010). Menopoz ve uyku. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3*(3), 61-67.
34. Tortumluoğlu, G., Erci, B. (2004). Klimakterik dönemdeki kadınlara verilen planlı sağlık eğitiminin menopozal yakınma, tutum ve sağlık davranışlarına etkisi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 7*(2), 48-58.
35. Tortumluoğlu, G. (2006). Klimakterik dönemdeki kadının temel gereksinimleri ve bu gereksinimleri gidermede hemşirenin rolü. *Journal of Human Sciences, 1*(1), 1-13.
36. Türkiye Metobolizma ve Endokrinoloji Derneği (2011). *Diyabet ve sağlıklı beslenme*. Erişim 27.11.2017 http://www.temd.org.tr/files/pdf/DiyabetveSaglikliBeslenmeKitapcigi.pdf.
37. Türkiye Osteoporoz Derneği (2017). *Osteoporoz ve egzersiz.* Erişim 27.11.2017, http://www.osteoporoz.org.tr/hakkindadetay/Osteoporoz-ve-Egzersiz_id-7.html.
38. Türkiye endokrinoloji ve metobolizma derneği (2017). *Osteoporoz ve metabolik kemik hastalıkları tanı ve tedavi kılavuzu.* Erişim 27.11.2017, http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/METABOLIK_KH_BOOK_web_.pdf.
39. Vivian Taylor, J., Hickey, M. (2014). Menopause and depression: is there a link?. *Maturitas, 79*(2), 142-146.

40. https://www.healthlinkbc.ca/health-topics/tp9815. Erişim Tarihi: (02.12.2017). (Şekil: 1.1).
41. http://www.jinekolojivegebelik.com/2007/09/kadin-reme-organlari.html. Erişim Tarihi: (02.12.2017). (Şekil:1.2).
42. http://www.stockphotos.ro/senior-woman-stomach-ache-heartburn-pain-isolated-image20807800.html. Erişim Tarihi: (10.12.2017). (Şekil:1.3).
43. https://www.toraks.org.tr/halk/News.aspx?detail=2914). Erişim Tarihi: (10.12.2017). (Şekil: 1.4).
44. https://www.shutterstock.com/tr/search/breath%20breathing. Erişim Tarihi: (10.12.2017). (Şekil: 1.5).
45. https://blog.tazemasa.com/pure-yapmanin-puf-noktlari/. Erişim Tarihi: (10.12.2017). (Şekil: 1.6).
46. https://www.turkiyegazetesi.com.tr/saglik/523753.aspx. Erişim Tarihi: (11.12.2017). (Şekil: 1.7).
47. http://sosyallezzet.com/Tarif/yayla-corbasi-tarifi/. Erişim Tarihi: (20.12.2017). (Şekil: 1.8).
48. https://www.haber8.com/saglik/saglikli-yasamin-vurgu-noktalari-/haber-23753. Erişim Tarihi: (20.12.2017). (Şekil: 1.9).
49. https://www.tech-worm.com/proteinlerin-vucuttaki-gorevleri-nelerdir/. Erişim Tarihi: (20.12.2017). (Şekil: 1.10).
50. http://www.ilgin3noluasm.com/index.php/product-detail/fiziksel-aktivite/. Erişim Tarihi: (20.12.2017). (Şekil: 1.11).
51. https://www.fuzyonblog.com/2014/02/10/yaslilar-ve-egzersiz/. Erişim Tarihi: (20.12.2017). (Şekil: 1.12).
52. https://www.wcrf.org/informed/articles/news-report-confirms-benefits-swimming. Erişim Tarihi: (20.12.2017). (Şekil: 1.13).
53. http://www.piramithaber.com/kadin/menopoz-yasi-kactir-ve-erken-menopoz-nedir-h21098.html). Erişim Tarihi: (20.10.2017). (Şekil: 2.1).
54. https://sagligabiradim.com/ani-ates-basmalari-icin-11-dogal-recete/. Erişim Tarihi: (20.12.2017). (Şekil: 2.2).
55. https://kaliteik.com/blog/2017/09/20/yaslilarda-uyku-bozuklugu. Erişim Tarihi: (20.12.2017). (Şekil: 2.3).

56. https://www.mynet.com/menopoz-nedir-menopozda-kadinlar-nasil-degisimler-gecirir-menopozda-beslenme-sureci-nasil-olmali-110104463580. Erişim Tarihi: (20.12.2017). (Şekil: 2.4).
57. http://www.hurriyet.com.tr/yazarlar/osman-muftuoglu/kalp-krizini-davet-eden-sorunlar-neler-40682050. Erişim Tarihi: (02.01.2018). (Şekil: 2.5).
58. https://www.mynet.com/kalp-damar-hastasi-ne-yemeli-kalp-damar-hastalarina-beslenme-onerileri-110104323244. Erişim Tarihi: (02.01.2018). (Şekil: 2.6).
59. https://www.ankarapilates.com/Blog/menopoz-ve-pilates-6214-1. Erişim Tarihi: (02.01.2018). (Şekil: 2.7).
60. http://www.sinankaraoglu.com/boyun-fitigi-ve-boyun-agrisi-nedir/. Erişim Tarihi: (02.01.2018). (Şekil: 2.8).
61. http://adrenalinebox.com/boyun-neck-kasi-egzersizleri/. Erişim Tarihi: (02.01.2018). (Şekil: 2.9).
62. Sağlık Bakanlığı (2016). *Eğitimciler için menopoz okulu eğitici rehberi*, http://doczz.biz.tr/doc/94198/e%C4%9Fitimciler-i%C3%A7in-menapoz-okulu-e%C4%9Fitimci-rehberi. Erişim Tarihi: (02.01.2018). (Şekil: 2.10-2.11-2.12-2.13-2.14-2.15-2.16-2.17-2.18-2.19-2.20-2.21-2.22-2.23-2.24-2.25-2.26).
63. https://www.123rf.com/photo_31647148_mature-women-doing-exercise-with-barbells-in-gym.html. Erişim Tarihi: (02.01.2018). (Şekil: 2.27).
64. https://thebetterparent.com/2018/10/exercise-may-lessen-fall-risk-for-older-adults-with-alzheimers/. Erişim Tarihi: (02.01.2018). (Şekil: 2.28).
65. http://www.eatingwell.com/article/291123/can-you-lose-weight-after-menopause/. Erişim Tarihi: (02.01.2018). (Şekil: 2.29).
66. https://edu.glogster.com/glog/chapter-11-bones-tissue-and-osteoporosis/2c88w8dtfws?=glogpedia-source. Erişim Tarihi: (02.01.2018). (Şekil: 2.30).
67. https://www.medikalakademi.com.tr/fibromiyalji-hastalari-icin-egzersiz-hareketleri-resimli/. Erişim Tarihi: (02.01.2018). (Şekil: 2.31).
68. https://www.guzelyasa.com.tr/yas-aldikca-dengeye-dikkat/. Erişim Tarihi: (02.01.2018). (Şekil: 2.32).
69. Taşkın, L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 583. Erişim Tarihi: (02.01.2018). (Şekil: 2.33).

70. https://ecoequine.wordpress.com/2018/05/15/physical-fitness-for-the-aging-equestrian/comment-page-1/. Erişim Tarihi: (02.01.2018). (Şekil: 2.34).
71. https://ecoequine.wordpress.com/2018/05/15/physical-fitness-for-the-aging-equestrian/comment-page-1/. Erişim Tarihi: (02.01.2018). (Şekil: 2.35).
72. https://www.womenshealthmag.com/fitness/a20698517/quarter-turn-squat-jump/. Erişim Tarihi: (02.01.2018). (Şekil: 2.36).
73. http://www.genesmart.com/300200719/the-anti-aging-potential-of-exercise/. Erişim Tarihi: (02.01.2018). (Şekil: 2.37).
74. https://br.depositphotos.com/55147025/stock-photo-two-elderly-women-doing-muscle.html. Erişim Tarihi: (02.01.2018). (Şekil: 2.38).
75. http://www.womensstyletr.com/genc-kalabilmek/. Erişim Tarihi: (02.01.2018). (Şekil: 2.39).
76. https://www.faydaloji.com/menopoz-belirtileri-nelerdir-menopoz-ve-cinsellik/. Erişim Tarihi: (02.01.2018). (Şekil: 2.40).
77. https://www.elele.com.tr/iliski-seks/kamasutra#10. Erişim Tarihi: (20.10.2017). (Şekil: 2.41).

ETİK KURUL KARARI

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 72867572.050.01- 180501 10 -10- 2017
Konu : Etik Kurul Kararı

Sayın Arş. Gör. Kübra YILMAZ
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yardımcı araştırmacı olduğunuz "Histerektomi geçiren kadınlara yönelik geliştirilen destek programının etkinliği" isimli çalışmanızın kurulumuz tarafından uygun görüldüğüne ilişkin 04/10/2017 tarih ve 184 sayılı Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı yazımız ekinde gönderilmiş olup, ayrıca çalışma yapacağınız sağlık kurumundan izin almanız gerekmektedir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mekin SEZİK
Başkan

Eki : Etik Kurulu Kararı (2 Sayfa)

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı Araştırmanın Protokol Kodu	Histerektomi geçiren kadınlara yönelik geliştirilen destek programının etkinliği. (04.10.2017 tarih ve 184 sayılı karar)

ETİK KURULUN BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı - (2012-KAEK-38)
	AÇIK ADRESİ	S.D.Ü. Doğu Kampüsü Tıp Fakültesi Dekanlığı Binası – ISPARTA
	TELEFON	246.2113704
	FAKS	246.2371165
	E-POSTA	tiperlik@sdu.edu.tr
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Sorumlu : Doç. Dr. Ergül ASLAN Yardımcı : Arş. Gör. Kübra YILMAZ
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	
	DESTEKLEYİCİ	
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ ÜNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1 : ☐ FAZ 2 : ☐ FAZ 3 : ☐ FAZ 4 : ☐ Girişimsel ilaç çalışması ☐ Tıbbi cihaz klinik araştırması ☐ İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları ☐ Baç dışı klinik araştırma ☐ Diğer ise belirtiniz : Prospektif
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	03.10.2017	01.001	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER	☐	

Prof. Dr. Mekin SEZİK
Etik Kurul Başkanı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı Araştırmanın Protokol Kodu	Histerektomi geçiren kadınlara yönelik geliştirilen destek programının etkinliği

KARAR BİLGİLERİ

Karar No: 184 **Tarih: 04.10.2017**

Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

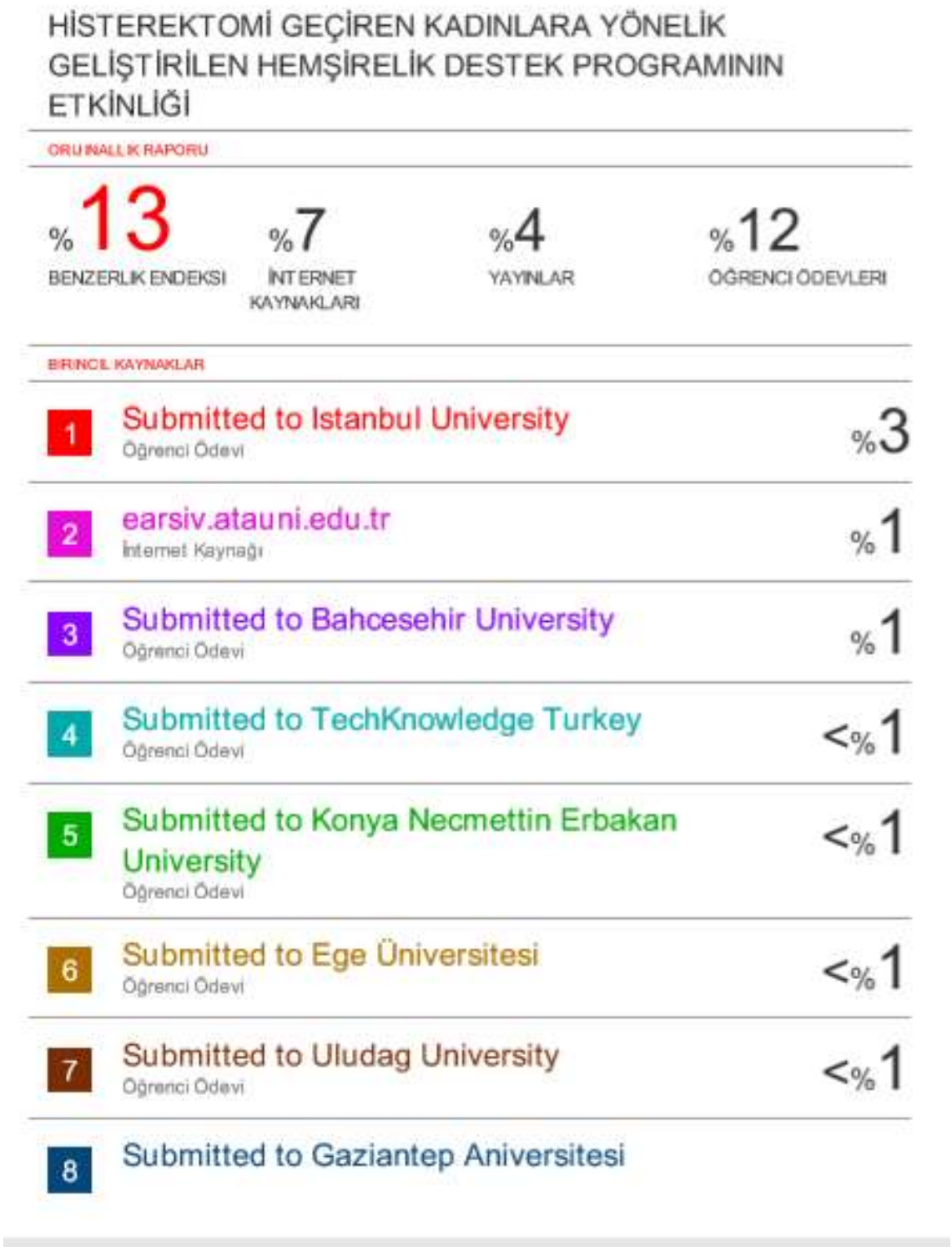
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Mekin SEZİK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişkisi		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Mekin SEZİK	Kadın Hast. ve Doğum	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Mustafa TÜZ	Kulak Burun Boğaz Hast.	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Buket ARIDOĞAN	Tıbbi Mikrobiyoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Prof. Dr. Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU	Halk Sağlığı	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	GÖREVLİ
Doç. Dr. Mehmet Fahrettin ÖNDER	Hukuk	SDÜ Hukuk Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Derya YILDIRIM	Ağız Diş ve Çene Radyoloji	SDÜ Diş Hek. Fak.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Halil AŞCI	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Derya CEYHAN	Pedodonti	SDÜ Diş Hek. Fak.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Abdullah Meriç ÜNAL	Ortopedi ve Travmatoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Mehtap SAVRAN	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzman Dr. Seçkin AYDİN SAVAŞ	Plastik ve Estetik Cerrahi	Isparta Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzman Dr. Tuğba GÜRSOY KOCA	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Isparta Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	GÖREVLİ
Öğr. Gör. Mehmet Erhan ŞAHİN	Biyomedikal ve Cihaz Teknoloji	SDÜ Teknik Bil. M.Y.O.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Osman PARÇAOĞLU	Sivil Üye	Esnaf	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* : Toplantıda Bulunma

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI



HİSTEREKTOMİ GEÇİREN KADINLARA YÖNELİK GELİŞTİRİLEN HEMŞİRELİK DESTEK PROGRAMININ ETKİNLİĞİ

ORIJINALLIK RAPORU

%13	%7	%4	%12
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%3
2	earsiv.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
3	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	%1
4	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<%1
5	Submitted to Konya Necmettin Erbakan University Öğrenci Ödevi	<%1
6	Submitted to Ege Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
7	Submitted to Uludag University Öğrenci Ödevi	<%1
8	Submitted to Gaziantep Aniversitesi	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Kübra	**Soyadı**	Yılmaz
Doğ.Yeri	Kayseri	**Doğ.Tar.**	26.09.1988
Uyruğu	T.C	**TC Kim No**	39958671604
Email	ykubra1988@gmail.com	**Tel**	05354485528

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora		
Yük.Lis.	İstanbul-Cerrahpaşa Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	
Lisans	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2012
Lise	Kaysei Melikgazi Lisesi	2005

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1. Araştırma Görevlisi	Süleyman Demirel Üniversitesi	2017- Halen
2. Hemşire	İstanbul Kartal Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi	2015-2017
3. Hemşire	Yozgat Çayıralan İlçe Devlet Hastanesi	2014-2015
4. Hemşire	Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi	2013-2014

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	İyi	Zayıf	Orta		YÖK-DİL: 65

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	75,68244	74,96022	63,98721
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office	İyi
SPSS	Orta

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Yılmaz, K., Taşçı Duran, E., (2018). Hemşirelik Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rol Tutumları Meslek İmajlarını Nasıl Etkiliyor? 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, 02-05 Mayıs 2018, Burdur. (Sözel Bildiri)

Yılmaz, K., Taşçı Duran, E., (2018). Sezaryen Sonrasi Vajinal Doğum. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, 02-05 Mayıs 2018, Burdur. (Sözel Bildiri)

Yılmaz, K., Taşçı Duran, E., (2018). Sürdürülebilir Kalkinma Hedefleri Işiğinda Kadın Sağlığı. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, 02-05 Mayıs 2018, Burdur. (Sözel Bildiri)

Yılmaz, K., Taşçı Duran, E., (2018). Jinekoloji ve Obstetri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Kolloboratif Çalışma Konusundaki Görüşlerinin İncelenmesi: Kalitatif Çalışma. Medipol Üniversitesi 1.Uluslararası 2. Ulusal Ebelik Günleri Kongresi, 26-28 Nisan 2018, İstanbul. (Poster Bildiri).

Yılmaz, K., Taşçı Duran, E., (2018). Gebeler Sağlıklı Besleniyor Mu?: Gıda Katkı Maddesi Kullanım Durumları. Medipol Üniversitesi 1.Uluslararası 2. Ulusal Ebelik Günleri Kongresi, 26-28 Nisan 2018, İstanbul. (Sözel Bildiri).

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Doğa Yürüyüşleri, Müzik, Kitap Okuma