

← Adınızı soyadınızı giriniz

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya
(sol yandaki gibi) olacak .



← Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;
Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak

← Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**MİYOKARD İNFARKTÜSÜ SONRASI KADINLARDA
CİNSEL YAŞAM**

GÜLŞAH ÇAMCI

**DANIŞMAN
DOC. DR. GÜLBeyAZ CAN**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2012

TEZ ONAYI

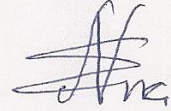
TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Gülşah Çamcı tarafından hazırlanan Miyokard İnfarktüsü Sonrası Kadınlarda Cinsel Yaşam başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

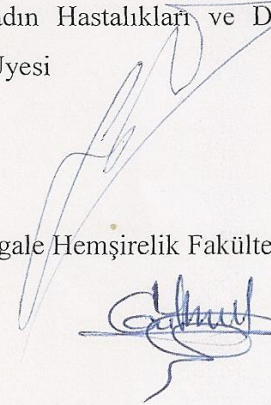
11 / 09 / 2012

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası
1.Prof.Dr.Nuray Enç İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



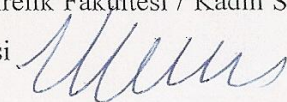
2.Doç.Dr.Samet Topuz İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi



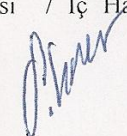
3.Doç.Dr.Gülbeyaz Can (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



4.Doç.Dr.Ümran Oskay İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



5.Doç.Dr.Sezgi Çınar Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



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 çalışmayla 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.

Gülşah Çameci



İTHAF

Aileme ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim boyunca sabrını, emeğini ve desteğini esirgemeyen, tezimin her aşamasında bana rehberlik ederek bilgi ve deneyimlerini paylaşan ve bana değerli zamanını ayıran tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Gülbeyaz Can'a,

Değerli fikirlerini bizimle paylaşan Prof. Dr. Ateş Kadioğlu'na,

Araştırmanın uygulanmasına olanak sağlayan Kocaeli Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesi yöneticilerine ve burada çalışan hemşire arkadaşlarıma,

Araştırmaya katılan tüm katılımcılara,

Tez çalışmam boyunca benden desteklerini esirgemeyen sevgili aileme sonsuz teşekkür ve saygımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLOLAR LİSTESİ	Vİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	İX
ÖZET	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Cinsellik ve cinselliğin evreleri	3
2.2. Miyokard İnfarktüsü Geçiren Kadınlarda Cinsellik ve Cinselliği Etkileyen Faktörler	8
2.2.1. Miyokard infarktüsünde prevalans ve insidans	8
2.2.2. Cinselliği Etkileyen Faktörler	9
2.2.2.1. Cinselliği etkileyen bireysel faktörler	10
2.2.2.2. Cinselliği etkileyen hastalıklar	15
2.2.3. Miyokard infarktüsünde cinsellik	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	38
3.2. Araştırma soruları	38
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	38
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	38
3.5. Araştırmaya alınma kriterleri	38
3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları	39
3.6.1. Kişisel bilgiler formu	39
3.6.2. Kadın Cinsel işlev indeksi (The Female Sexual Function Index (FSFI))	39
3.7. Araştırmanın Etik Yönleri.....	41
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi	41
3.9. Araştırmanın Sınırlıkları	41

4. BULGULAR.....	42
4.1. Sosyo-demo grafik özellikler	42
4.2. Hastalığa ilişkin özellikleri	44
4.3. Miyokard infarktüsünün Cinsel Yaşama Etkisi	46
4.4. Cinsel Yaşamı Etkileyen Faktörler	48
5. TARTIŞMA	58
KAYNAKLAR	69
FORMLAR	90
ETİK KURUL KARAR.....	113
ÖZGEÇMİŞ	114

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: FSFI alt başlıklarının puanlaması ve toplam ölçek puanlaması.....	41
Tablo 4-1 : Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri (n=30)	43
Tablo 4-2: Hastaların Miyokard infarktüsüne İlişkin Özellikleri (n=30)	44
Tablo 4-3: Hastaların Kalp Hastalıkları Risk Faktörlerini Taşıma Prevelansı (n=30) ...	45
Tablo 4-4: Cinsel Yaşamı Aktif Hastalarda İlk Görüşme, 1.Ay Görüşmesi ve 3. Ay Görüşmesinde FSFI Alt Başlıklarında Alınan Puanlar; İlk Görüşme ve 1.Ay Görüşmesinin, İlk Görüşme ve 3. Ay Görüşmesinin Karşılaştırılması (n=30).....	47
Tablo 4-5: Yaş, Doğum Sayısı ve BKİ'nin Cinselliğe Etkisi (n=30)	49
Tablo 4-6: Eğitimin Cinselliğe Etkisi (n=30)	50
Tablo 4-7: Gelirin Cinselliğe Etkisi (n=30)	51
Tablo 4-8: Üreme Organı Ameliyatının Cinselliğe Etkisi (n=30)	52
Tablo 4-9: Obesitenin Cinselliğe Etkisi (n=30)	53
Tablo 4-10: Hipertansiyonun Cinselliğe Etkisi (n=30).....	54
Tablo 4-11: Diyabetes Mellitusun (DM) Cinselliğe Etkisi (n=30).....	55
Tablo 4-12: Sigaranın Cinselliğe Etkisi (n=30)	56
Tablo 4-13: Ailede Kalp Hastalığının Cinselliğe Etkisi (n=30)	57

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

- WAS: World Association for Sexual Health (Dünya Cinsel Sağlık Birliği)
- DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
- WHO: World Health Organization
- MI: Myocardial Infarction (Miyokard İnfarktüsü)
- AFUD: Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kuruluşu
- DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- TKD: Türk Kardiyoloji Derneği
- TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
- KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
- FSFI: Female Sexual Function Index- Kadın Cinsel İşlev Ölçeği
- HTR: Hormon Replasman Tedavisi
- TOMHS: The Treatment of Mild Hypertension Study
- ACE: Anjiotensin Konverting Enzim
- β Blokör: Beta Blokör
- ARB: Anjiotensin 2 Reseptör Blokörü
- BKİ: Beden Kitle İndeksi
- IFSF: Index of Female Sexual Function-Kadınlarda Kısa Cinsel indeks Envanteri
- ASEX: The Arizona Sexual Experience Scale -Arizone cinsel deneyim ölçeği
- IIEF: Erection Function International Assessment Form
- MacNew Questionnaire: The MacNew Heart Disease Health-Related Quality Of Life Questionnaire
- CI: confidence interval
- RR: Rölatif Risk
- SHEEP: Stockholm Heart Epidemiology Program
- MIOS: Myocardial Infarction Onset Study
- MET: Metabolic Equivalent Of Oxygen Consumption-Tüketilen Oksijen Miktarı
- Vb: Ve benzeri
- DM: Diabetes Mellitus
- HT: Hipertansiyon
- PTCA: Percutaneous transluminal coronary angioplasty
- TAH+BSO: Total Abdominal Histerektomi ve Bilateral Salpingo Ooferektomi

NSTEMI: ST segment yükselmesi olmayan MI

STEMI: ST segment yükselmesi olan MI

CABG: Coronary Artery Bypass Graft

ÖZET

Çamcı, G. (2012). Miyokard infarktüsü sonrası kadınlarda cinsel yaşam. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Tanımlayıcı-kesitsel prospektif tipte gerçekleştirilmiş olan bu çalışmada amaç; akut miyokard infarktüsü (MI) tanısı ile gelen kadın hastaların cinsel fonksiyonlarını değerlendirmektir. Çalışmanın evrenini, Kocaeli Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesine Eylül 2011-Nisan 2012 tarihleri arasında akut MI ile başvuran 78 kadın hastadan oluştu. Akut MI tanısıyla başvuran 78 hastadan çalışma kriterlerine uyan cinsel yaşamı aktif 30 hasta çalışmaya alındı. Hastalara kişisel bilgiler formu ve Female Sexual Function Index (FSFI) uygulandı. Veriler hastanede, 1.ay ve 3.ay görüşmesi olarak 3 aşamada toplandı. Hastanedeki ilk görüşmede hastalara kişisel bilgiler formu ve FSFI uygulanarak yapıldı. 1. ay ve 3.ay görüşmeleri; rutin poliklinik kontrolleri sırasında sadece FSFI uygulandı. Çalışma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler, Mann Withney U, Kruskal Wallis, Wilcoxon ve Spearmann korelasyon analizi gibi non-parametrik testler kullanıldı. Cinsel yaşamı aktif olan hastaların; çoğu ilkokul mezunu (43,3), %96,7'si ev hanımı, %56,7'sinin gelir durumu orta, %93,3 menopozdadır. Hastaların yaş ortalaması $62,83 \pm 9,33$ yılı; doğum sayısı ortalaması $4,63 \pm 2,70$; Beden Kitle İndeksi (BKİ) ortalaması $28,83 \pm 4,96$ bulundu. Miyokard infarktüsünün cinsel yaşama etkisi incelendiğinde; ilk görüşmedeki istek, uyarılma, ıslanma, orgazm puanları düşük, memnuniyet, ağrı ve FSFI puanları ortadır. 1. ay görüşmesinde ilk görüşmeye göre puanlar daha düşük bulunmuştur. 3. ay görüşmesinde puanlar ilk görüşmedekine benzerdi. Sosyo-demografik özelliklerin ve kardiyak risk faktörlerin cinsellik üzerindeki etkisi incelendiğinde, yaşın cinselliği etkileyen önemli bir değişken olduğu bulundu. Sonuç olarak; Miyokard infarktüsün, kadınların cinsel yaşamını ilk ay olumsuz etkilediği ve 3.ay tekrar normal cinsel yaşamlarına geri döndükleri bulundu. Yaşın cinselliği etkileyen önemli bir faktör olduğu bulundu.

Anahtar Kelimeler: Cinsellik, kadında cinsellik, miyokard infarktüsü, cinsel disfonksiyon, FSFI

ABSTRACT

Camcı, G. (2012). Sexual activity of women following myocardial infarction. Istanbul University, Institute of Health Science, Internal Medicine Nursing Department. Graduate Study. Istanbul.

This cross-sectional descriptive study was conducted prospectively with the aim of evaluating sexual function in women who were diagnosed with acute myocardial infarction. The population of this study consisted of 78 women who presented with acute myocardial infarction to the Kocaeli University Research and Application Hospital between September 2011 and April 2012. Out of the 78 women diagnosed with acute MI, 30 met the study inclusion criteria of being sexually active. A personal information questionnaire and Female Sexual Function Index (FSFI) were administered to the subjects. Data were collected at the hospital in three stages, including the follow-up interviews on the first and third months following admission to hospital. The personal information form and the FSFI were administered during the first interview. Only the FSFI was administered for the first and third month follow-up study which took place during routine polyclinic controls. Data were analyzed via descriptive analyses and non-parametric tests such as the Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, Wilcoxon tests and Spearman's rank correlation test. The majority of the subjects who were sexually active had completed primary education (43.3); 96.7% were house-wives, 56.7% had average income and 93.3% were postmenopausal. Mean age was 62.83 ± 9.33 years and the average number of births was 4.63 ± 2.70 . Mean Body Mass Index (BMI) was found to be 28.83 ± 4.96 . Results of the first interview for the initial assessment of the effects of myocardial infarction on sexual function showed low scores for desire, arousal, vaginal lubrication and orgasm and average scores for satisfaction, pain and FSFI. The one-month follow-up interview yielded lower scores than in the initial interview. The third interview resulted in scores similar to those observed in the first interview. In assessing the effects of socio-demographic and cardiac risk variables on sexuality, age was found to be an important variable. In conclusion; it was found that myocardial infarction had a negative impact on women's sexual function during the initial month, by the third month after MI, patients resume their usual sexual activities and that age was an important factor affecting sexuality. **Key words:** Sexuality, sexuality in women, myocardial infarction, sexual dysfunction, FSFI.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsel yaşam, bireyin yaşamında önemli boyutlardan biridir. Bazıları için cinsellik, yaşamının önemli bir bölümünü oluştururken, bazılarında çok az bir bölümünde yer almaktadır (Özdemir 2010; Aygün ve Aslan 2008). Dünya Cinsel Sağlık Birliği (World Association for Sexual Health (WAS)) cinselliği her insanın kişiliğinin ayrılmaz bir parçası olarak tanımlar ve cins, cinsel kimlik ve rol, cinsel yönelim, erotizm, haz, yakınlık ve üreme kavramlarını içerdiğini bildirir (WAS 2005). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) cinsel sağlığı "cinsellikle ilgili olarak fiziksel, emosyonel, mental ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali" olarak tanımlamaktadır (World Health Organization (WHO) 2002; WHO 2011).

Cinsel açıdan etkin kişilerin çoğu için cinsel birleşme yaşamdaki en keyifli, tatmin edici ve gerginliği giderici etkinliktir (Yıldız ve Pınar 2004). Abraham Maslow'un temel insan gereksinimleri kuramında üçüncü sırada yer alan sevgi ve ait olma gereksiniminde, cinsellik de vurgulanmıştır (Merrigan 1998; Morimoto 2011). Cinsel yaşam, bireyin yaşamında önemli boyutlardan biridir ve bireyin kültürel özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Kültürel özelliklerinin yanı sıra bazen cinsel yaşam hastanın geçirdiği önemli bir hastalıklar sonucunda da değişebilmektedir. Diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, cerrahi operasyonlar, depresyon gibi çeşitli nedenlerle cinsel fonksiyonlar kesintiye uğrayabilir (Yıldız ve Pınar 2004). Hastaların cinsel yaşamının değişmesine neden olan hastalıklardan biri miyokard infarktüsüdür (myocardial infarction: MI) (Yıldız ve Pınar 2004; Yılmaz ve Pınar 2005).

Kalp krizi sonrasında hem hastalar hem de partnerleri cinsel aktivitede dahil olmak üzere tamamen normal yaşamlarına geri dönmeleri konusunda oldukça endişeli ve çekimserdirler. Pek çok çift hatalı olarak cinsel aktiviteyi riskli ve tehlikeli bulurlar. Klinik araştırmalarda da bu durum ortaya konulmuştur. Son yıllarda yapılmış bir çalışmada, hastaların %17'si, partnerlerinin ise %35'i MI sonrasında cinsel aktivitelerine geri dönmek için endişeli olduklarını belirtmişlerdir (Muller 1999). Temel korkuları cinsel yetersizlik ve/veya cinsel aktiviteye bağlı kardiyovasküler hastalığın tetiklenmesidir. Bu durum, anksiyete ve gerginlik oluşturur, kişiyi cinsel aktiviteden uzaklaştırır, özellikle hastalarda depresyona (Lavie 1999) ve öz güven kaybına neden olur ve çiftler arası ilişkileri ciddi olarak bozabilir (Muller 1999).

Diğer bir çalışma da MI sonrası erkek ve kadınlarda cinsel aktivite sıklığı ve doyumunda belirgin bir azalma olduğu gösterildi. MI sonrası cinsel disfonksiyon prevalansının %50-75 oldukça yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir ve bu durumun özellikle öğrenim durumu, yaş, cinsiyet gibi demografik özelliklerle de ilişkili olabileceği bildirilmiştir (Yıldız ve Pınar 2004). Bu çalışmada

kadınların %80'inde, erkeklerin %37'sinde cinsel disfonksiyon saptanmıştır. Cinsel disfonksiyon kadınlarda beklenenin üzerinde bulunmuştur. Miyokard infarktüsü sonrasında olguların %53,9'unda cinsel ilişki sıklığında, %32,4'ünde cinsel ilişki tatmininde azalma olmuştur. Cinsel ilişki sıklığında azalmanın en önemli nedeni %85,5 oranı ile tekrar MI geçirme korkusudur (Yıldız 2004). Cinsel disfonksiyon olanlarda sosyal fonksiyon hariç tüm yaşam kalitesi alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı fark gösterecek ölçüde düşük olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte cinsel aktivitenin MI'yı tetikleyebileceği düşünüldüğünden [Rölatif Risk 2,70 (1,48-4,91)], hastalar MI sonrası cinsel yaşamlarını sonlandırabilmektedir (Dahabreh ve Paulus 2011).

Cinsel disfonksiyonun başarılı tedavisi yalnızca cinsel ilişkide değil, yaşam kalitesinde de düzelme sağlayacaktır. Kardiyovasküler hastalıklı bireylerin yalnızca çok az bir kısmında cinsel aktiviteyi kısıtlayan özel bir kardiyak neden vardır (Yıldız ve Pınar 2004). Kardiyovasküler hastalıklarda cinsel disfonksiyona neden olan faktörler arasında semptomatik kalp hastalığının ruhsal etkisine bağlı libido azalması, libidonun normal olmasına rağmen korku nedeni ile cinsel ilişkiden kaçınma, depresyondur (Lavie 1999). Cinsel aktivitedeki yaşa bağlı değişiklikler, ilaçlara bağlı disfonksiyon (metildopa, tiazidler, spironolakton, beta blokörler, diğoksin vb.) (Briggs 1994) ve diğer risk faktörlerine (diyabet, hiperlipidemi, sigara içme vb.) bağlı vasküler değişiklikler sayılabilir (Yıldız ve Pınar 2004). Cinsel aktivite sırasında gelişen iskemik olayların hepsi kalp hızındaki artışla ilişkili olduğundan, MI sonrası oluşturulan iyileştirme programına katılması ve hastaların bu konuda bilgilendirilmesi ile hastaların sağlıklı bir cinsel yaşamı sürdürmesi sağlanabilir (Quote Donovan 2010b; Yıldız ve Pınar 2004; Yılmaz ve Pınar 2005).

Miyokard infarktüsü geçirmiş kadınlarla yapılan çalışmalar sınırlıdır. Bunun nedenleri; genç kadınlardaki akut MI ve koroner arter hastalığı prevalansının düşük olması, büyük örneklem gruplarına ulaşılamaması, kadının özellikle yaşı ilerlemiş kadının çalışma hayatında ve toplumdaki olumsuz cinsel algı ve mitlerin yer almasıdır (Merrigan 1998).

Bu çalışmanın amacı, akut miyokard infarktüsü tanısı ile gelen kadın hastaların cinsel fonksiyonlarını değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cinsellik ve cinselliğin evreleri

Cinsel yaşam, bireyin yaşamında önemli boyutlardan biridir. Bazıları için cinsellik, yaşamının önemli bir bölümünü oluştururken, bazılarında çok az bir bölümünde yer almaktadır (Özdemir 2010; Aygün ve Aslan 2008). Dünya Cinsel Sağlık Birliği (World Association for Sexual Health (WAS)) cinselliği her insanın kişiliğinin ayrılmaz bir parçası olarak tanımlar ve cins, cinsel kimlik ve rol, cinsel yönelim, erotizm, haz, yakınlık ve üreme kavramlarını içerdiğini bildirir (WAS 2005). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) cinsel sağlığı "cinsellikle ilgili olarak fiziksel, emosyonel, mental ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali" olarak tanımlamaktadır (WHO 2002; WHO 2011).

İnsan cinselliği ile ilgili ilk kapsamlı araştırma Kinsey ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır. Bu araştırma 1938 ile 1952 yılları arasındaki, insanın cinsel davranış biçimleri ile ilgili istatistiklerin derlenmesinden oluşmaktadır. Kinsey ve arkadaşlarının çalışmalarını takiben William Howell Masters ve Virginia Eshelman Johnson 1966 yılında “İnsanda Cinsel Davranış” adlı kitapta yayınlanan bir çalışma ise bugün bile insan cinsel fizyolojisi ile ilgili bilgilerimizin temelini oluşturmaktadır. Masters ve Johnson, insan cinselliğini ilk kez laboratuvar ortamında incelemiş, yüzlerce gönüllü kadın ve erkek denek üzerinde sürdürdükleri çalışmalarında, deneklerin cinsel uyarılara verdikleri yanıtları doğrudan gözleyerek ve nesnel ölçüm yöntemlerini kullanarak cinsel tepki sürecinin bütün evrelerini kaydetmişlerdir (Kızılkaya Beji ve Aşçı Serin 2011; Kuşaslan Avcı 2010).

Cinsellik; aynı zamanda tarihin her döneminde en gizli kalan olgulardan da biri olmuştur (Dincer 2007). İnsanda cinsellik karmaşık bir fenomendir. Her kişinin cinsel hisleri, tutumları ve inançları vardır. Ama cinsellikte her insanın deneyimleri tektir. Çünkü herkes farklıdır. İnsan cinselliğinin birçok boyutu vardır. Cinsellik, fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel görüşlerden oluşur (Can 2004; Merrigan 1998; Wilmoth 2007; Kütmeç 2009; Saunamakı ve ark. 2010). İnsan cinselliğinin fizyolojik yanı, cinsel gelişim anatomisi, cinsel istek ve cinsel fonksiyondur. Psikolojik açıda, duygular, düşüncüler, kişilik, kadın ve erkek olarak kendi değerlerin, cinsel kimlik ve benlik kavramını içermektedir. Cinselliğin sosyal açısı, aile ve yakın çevrenin değer sistemleridir. Kültürel çerçevede, toplumun değer sistemleri, din ve etik vardır (Merrigan 1998).

Cinsel fonksiyonda fizyolojik parametreler olan, kan basıncı, kalp hızı, solunum, derinin durumu ve pupılanın cevabı gibi ölçümlerle yapılan çalışmalar sınırlıdır. Fizyolojik fonksiyon, daha çok sekonder cinsel davranışlar, cinsel organların fiziksel değerlendirilmesi, doğurganlığın

değerlendirilmesi, endokrin çalışmalarının içerdiği psikofizyolojik bir değerlendirmeyi içermektedir (Merrigan 1998).

Dünya Cinsel Sağlık Birliği'nin (World Association for Sexual Health) Cinsel Haklar Bildirgesinde; cinsellik her insanın kişiliğinin ayrılmaz bir parçasıdır. Cinselliğin tam olarak gelişimi temas, mahremiyet, duygusal ifade, zevk, şefkat, aşk gibi temel insan ihtiyaçlarının doyumuna bağlıdır. Cinsellik birey ile sosyal yapılar arasındaki etkileşim aracılığıyla oluşur. Cinselliğin tam gelişimi bireysel, kişilerarası ve toplumsal mutluluk/iyilik için temel gerekliliklerden biridir. Cinsel haklar özgürlüğe, onura ve her bir insanoğlunun eşitliğine dayalı evrensel insan haklarıdır. Sağlık ana insan haklarından biri olduğuna göre cinsel sağlık da temel bir insan hakkı olmalıdır şeklinde ifade edilmiştir (Yüksel ve Cindoğlu 2006).

Kadın cinsel sağlığındaki gelişmeler erkek cinsel sağlığındaki gelişmeleri geriden takip etmektedir. Buna rağmen yapılan birçok epidemiyolojik çalışma kadın cinsel problem ve şikayetlerinin erkeklerden daha fazla olduğunu göstermektedir (Billurcu 2008).

Cinsel yanıtın temel evre veya yönlerinin nörobiyolojik ve fizyolojik yönlerinin anlaşılması için ilk defa 1966'da Masters ve Johnson tarafından cinsel yanıt siklusu tanımlanmıştır ve 4 faz içerir: Bunlar:

1. Uyarılma evresi
2. Plato evresi
3. Orgazm evresi
4. Çözülme evresi (Cellek 2003; Soylu 2003; Billurcu 2008; Chervenak 2010).

1- Uyarılma Evresi: İlk evredir. Temel olarak erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi, erkekte ereksiyon ve kadında lubrikasyonun ortaya çıkması ve bedende yaygın olarak vazokonjesyon ve miyotoni ile karakterizedir (Hardin 2007).

2- Plato Evresi: Etkili cinsel uyarının sürdürülmesi ve cinsel heyecanın artmasıyla birlikte kadın ya da erkek, ikinci evre olan plato evresine girer. Bu evrede haz duygusu ve cinsel gerilim giderek yükselir ve kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar sürer (Billurcu 2008).

3- Orgazm Evresi: Süre açısından en kısa, haz açısından en yoğun dönemdir. Bu evre erkekte ejakulasyon, kadında ise perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların, ritmik kasılmalarla karakterizedir (Hardin 2007).

4- Çözülme Evresi: Kadında ve erkekte orgazmdan ya da orgazmın gerçekleşmediği durumlarda plato evresinden sonra genital bölgelerde ve bedenin diğer bölgelerinde önceki aşamalarda oluşmuş olan fizyolojik değişikliklerin dakikalar içinde aynı sırayı takip ederek kaybolması ile karakterizedir. Bu evrenin süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına ya da hangi yoğunlukta yaşandığına ve cinsel uyarının sürüp sürmediğine göre değişir (Billurcu 2008).

Bu dört evre bugünkü bilgilerimiz ışığında da geçerli kabul edilmektedir. Ancak, cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılması ile ayırıcı tanı ve tedavi açısından asıl önemli olan evreler ise “uyarılma” ve “orgazm” evreleridir. “Plato” evresi, esas olarak fizyolojik açıdan “uyarılma” evresinin bir bölümü olarak kabul edilmektedir (Billurcu 2008).

Seks terapisinin kurucularından biri olan Helen Singer Kaplan 1979’ yılında cinsel siklustaki fazları değiştirmiştir ve ‘arzu’ kelimesini ekleyerek;

- a) Arzu
- b) Uyarılma
- c) Orgazm olmak üzere 3 faza ayırmıştır.

Bu sınıflama DSM–IV’de (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) yer alan cinsel fonksiyon bozukluğu tanımına temel oluşturmuştur. Ancak 1998’de Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kuruluşu (AFUD) tarafından

- a) Cinsel istek (sexual desire)
- b) Uyarılma (sexual arousal)
- c) Orgazm (orgasm)
- d) Çözülme (resolution) olarak yeniden sınıflandırılmıştır.

Cinsel İstek

Cinsel aktivite için cinsel fantazi ve cinsel arzunun olması durumudur. Sorunlardan en sık rastlanan cinsel istek bozukluğu yani libido kaybı olup, cinsel isteğin tanımlanması ve ölçülmesi güçtür. Cinsel ilgi, düşünce ve fantaziler medial preoptik, hipotalamik ve limbik sistemlerle ilişkilidir. Serotonin ile inhibe, dopamin ile aktive olur. Androjenlerin ise kadın cinsel fonksiyonları ve libidosu üzerine olan etkileri tam olarak anlaşılmamıştır. Bununla birlikte kadın cinsel fonksiyonunun özellikle libidonun uyarılması ve cinsel isteğin devamlılığında androjenler önemli yer tutar (Billurcu 2008).

Cinsel Uyarılma

Cinsel uyarılma vasküler, nörojenik, endokrin ve musküler mekanizmalar sonucunda oluşur. Sonuçta vajinal kayganlık, vajinal duvar genişlemesi, klitoral ereksiyon ile vajinal lümeninde artma görülür. Cinsel uyarılma parasempatik sistem ile aktive sempatik sistem ile inhibe olur. Parasempatik sinir lifleri pelvik sinir ile taşınırken sempatik lifler ise hipogastrik sinir ve paravertebral sempatik zincir aracılığıyla taşınır.

Cinsel durgunluk esnasında vajenin ön ve arka duvarları kollabedir ve birbirine dokunmaktadır. Ancak birbirine yapışmaz, aralarında, birbirinden kolaylıkla ayrılmasını sağlayan ince bir sıvı tabakası mevcuttur. Vajinal sıvı, vajinal epitelin altındaki damarlardan transüstasyonla oluşur. Cinsel uyarılma esnasında, vajinal epitelin kan miktarı sakral anterior sinirler (S2-S4)

aracılığıyla hızla artar. Artmış kan akımı, vajinal epitel hücreler aracılığıyla artan ultrafiltrat vajinal yüzeyde berrak, kaygan akıcı bir sıvı birikir, böylece penil penetrasyona olanak sağlar. Artmış kan akımına ek olarak, venöz drenaj büyük ihtimalle azalır, vazokonjesyon ve genital angorjman meydana gelir (Billurcu 2008).

Orgazm

Orgazm Yunanca “şehvetli heyecan“ anlamına gelen “orgazmus “ sözcüğünden türemiştir. Kadın orgazmı hakkında birçok yazar yorum yapmış ve tanımlamıştır. Levin (1992) çeşitli yazarlar tarafından yapılmış 13 tanımı listelemiştir. Daha sonra Mah ve Binik (2001) bu tanımlara yenilerini eklemişlerdir ve bu tanımları 3 gruba ayırmışlardır;

1. Biyolojik açıdan ele alındığı tanımlar
2. Psikolojik açıdan ele alındığı tanımlar
3. Hem biyolojik hem psikolojik açıdan alınan tanımlar (Mah ve Binik 2004; Eryılmaz 2005)

Orgazm evresi; evreler arasında süre açısından en kısa ancak cinsel haz açısından en yoğun evredir. Bu evre erkekte ejakülasyon, kadında ise perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları ile karakterizedir.

Genel bir tanımla kadında orgazm, sonucunda bir mutluluk ve tatmin hissini vermektir. Cinsel olarak indüklenen vazokonjesyonu çözen sıklıkla uterus ve anüs kontraksiyonları ve myotoni ile birlikte vajinayı saran pelvik çizgili kasların istemsiz, ritmik kontraksiyonlarının eşlik ettiği bilinç düzeyini değiştiren değişken, geçici ve en yüksek sınırdan yoğun bir zevk duyma halidir. Orgazm ile birlikte, kan akımı, solunum sayısı, serum prolaktin, vazopresin, oksitosin, adrenalin seviyeleri artmaktadır. Özellikle prolaktin orgazm ile birlikte artar ve 60 dakika yüksek kalabilir. Yapılan insan ve hayvan çalışmalarında orgazmın spinal kord tarafından yönetildiği ve orgazma ulaşmak için sakral spinal kord iletilisinin sağlam olması gerektiği gösterilmiştir (Mah ve Binik 2004; Eryılmaz 2005).

Orgazm tipleri sadece kadınlarda belirlenmiştir. Bazı terapistler erkeklerdeki orgazmın da tipleri olduğunu ileri sürmüşlerdir fakat bu araştırılmamıştır. En çok söz edilen tipoloji filozof Singer’e aittir ve ona göre orgazm:

- a) “vulval”: klitoral ya da koitus stimülasyonu ile aktive edilen vajinanın ritmik kontraksiyonudur.
- b) “uterus ile ilgili”: koitus esnasında penis ve serviks temasından dolayı aktive olan apne ve güçlükle nefes almanın eşlik ettiği orgazmdır bunda vajinal kontraksiyonlar yoktur.
- c) “hem vulval hem uterus ile ilgili” karışık orgazm olarak tanımlanır (Eryılmaz 2005).

Singer'in bu tipolojisi laboratuvar destekli olmayıp tüm kanıtlar sadece birkaç bireyde elde edilen sınırlı bilimsel gözlemlere dayalıdır. Orgazm süresi ile ilgili Bohlen, Held, Sanderson ve Ahlgren 11 nülipar denekte orgazm sırasında oluşan vajinal müsküler kontraksiyonları, orgazm süresi bakımından büyük farklılık gösteren üç tipe ayırmıştır (Bohlen ve ark. 2004):

- a) Düzenli ritmik kontraksiyonları olanlar (ortalama süresi 13 sn)
- b) Önce düzenli sonra düzensiz kontraksiyonları olanlar (ortalama süresi 50,6 sn)
- c) Düzensiz ritmik kontraksiyonları olanlar (ortalama 24,4 sn) (Bohlen ve ark. 2004)

Erkekler ve kadınlar arasındaki orgazmda farklılıklar mevcuttur:

- Erkeklerden farklı olarak kadınlar kısa zaman aralıklarıyla çoklu orgazm yaşayabilir.
- Kadınlar uzun süre etkili olabilen orgazmı yaşayabilirler (buna “status/extend orgasm” denir).
- Pelvik kas kasılmalarında kaydedilmiş farklılıklar vardır. Spesifik olarak erkeklerde bulunan bölünmüş ritmik patern kadınlarda görülmez. Erkeklerde, bir kere başladıktan sonra, seksüel stimulasyon dursa bile orgazm gerçekleşir. Ancak kadınlarda klitoral ya da vajinal orgazm ortasında stimulasyon durursa, orgazm da durur. Orgazm kadında klitoris ve vajinada; erkeklerde ise penis ve prostatta yoğunluk kazanır. Kadında memelerde, labiumlarda, klitoriste ve uterusu bu evreye özgü değişiklikler görülmez (Mah ve Binik 2004; Eryılmaz 2005).

Masters ve Johnson kırk yıllık gözlemleri ve tarifleri sonucu orgazmda görülen değişiklikleri üçe ayırmıştır:

1. Yaklaşan orgazmı gösteren değişiklikler.
2. Gerçek orgazm esnasında meydana gelen değişiklikler.
3. Orgazm gerçekleştiğini gösteren değişiklikler (Mah ve Binik 2004; Eryılmaz 2005).

Orgazm’da görülen değişiklikler,

Orgazm öncesi belirtiler

- Labia minörde renk değişiklikleri

Orgazm süresince oluşan belirtiler

- Vajinal ritmik kontraksiyonlar
- Uterin kontraksiyonlar
- Anal sfinkter kontraksiyonları

Orgazm olduğunu gösterilen belirtiler

- Areola konjestiyonu
- Artmış post orgazmik vajinal nabız amplitüdü
- Artmış plazma prolaktin düzeyi (Eryılmaz 2005; Billurcu 2008; Chervenak 2010)

2.2. Miyokard İnfarktüsü Geçiren Kadınlarda Cinsellik ve Cinselliği Etkileyen Faktörler

Miyokard infarktüsü genel olarak miyokardın belirli bir bölgesine gelen kan akımının ya tamamen kesilmesi ya da ileri derecede azalmasına yol açan bir koroner arter tıkanması veya bir koroner arterin uzun süren spazmı sonunda gelişen bir hastalıktır (Dilek 2008; Buckley ve Grose 2011; Motimoto 2011)

2.2.1. Miyokard infarktüsünde prevalans ve insidans

Kalp hastalıkları, özellikle en sık görülen koroner kalp hastalığı, geniş ölçüde yaşa ve cinsiyete bağlıdır. İlerleyen her on yaş hastalığa yakalanma riskini takiben 2 kat artırır. Erkeklerde kadınlardan yaklaşık 7 yaş erken başlar ve daha sık gelişir. Bu yüzden Türkiye’de ki kalp hastalığı ve bundan kaynaklanan ölümleri incelemek üzere, nüfusun yapısını bilmekte gerekir (Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) 2007).

Koroner kalp hastalığı yaygınlığı, görülme sıklığı, hangi ülkede ele alınırsa alınsın, tahmin için toplanan veriler tüm nedenli ölümler için en sağlıklı olup bunların kalp kaynaklı ölüm için güvencesi daha az, kalp hastalığı prevalansı veya insidansı konusunda hata payı daha da yüksektir (TKD 2007). Koroner arter hastalığının klinik belirtiler çok farklı olabilmektedir. Hastane istatistikleri sadece buzdağının görünen ucu, hastane dışında meydana gelen ani kardiyak ölüm tüm kardiyovasküler ölümlerin büyük bir kısmını temsil etmektedir (Graham ve ark. 2007).

Koroner kalp hastalığının prevalansı Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının 1990 kesit taramasında, insidansı da 2004 yılına kadar geçen dikey işlemde araştırılmıştır. Ülkemizin tüm coğrafi bölgelerine ait 59 yerleşim biriminde oturan 3600’ü aşkın 20 yaşın üzerindeki erkek ve kadının rastgele yöntemle alınıp izlendiği bu tarama, toplam ve koroner kalp hastalığı mortalitesi ile yeni koroner olay prevalanslarını değerlendirmek amacıyla; daha sonra 1995, 1998, 2000, 2002 ve 2004 yazlarında tekrarlandı. 1990 yılındaki taramada sağlanan veriler ülkemizde 1 050 000 koroner kalp hastası, 590 000 de hipertansif kalp hastası olmak üzere, 1 640 000 kalp hastası bulunduğu işaret etmişti. Prevalansı 40’lı yaşlardan itibaren hızla yükselen koroner kalp hastalığı bin kişi içinde 40-49 yaş grubunda 23 kişi, 50-59 yaş grubunda 81 kişi, 60-69 yaş grubunda 142 kişi, 70 yaş ve üzerinde 76 kişidir (TKD 2007).

1990 yılından beri geçen sürede koroner kalp hastası sayısının 2,8 milyona yükseldiği ve artış oranının yıllık %5-6 dolayında olduğu tahmin edilebilir. Bu artış %1,8 kadar nüfus artışı dışında, Türk nüfusunun yaşlanmaya başlaması ve -muhtemelen- koroner kalp hastalığında yaş standardizasyonlu gerçek artışa katkıda bulunmaktadır (TKD 2007).

Koroner kalp hastalığının insidansı, yani her yıl yeni gelişen hastalık sayısı için de TEKHARF çalışmasından ipucu elde edilmiştir. 2003/04 tarama sonuçlarına dayanarak yılda bin yetişkinde 11,7 oranına denk gelen 310 bin yeni koroner olay geliştiği öne sürülebilir. Bunlardan 90 bini ani ölüm şeklinde olur. Geri kalan 220 bin kişinin koroner arter hastaları arasına katılmakta olduğunu düşünmekteyiz. Eski hastalardan yaklaşık 80 bini de kaybedildiğinden, koroner hasta sayısı yılda net 140 000 civarında artmaktadır. Hastaneden çıkışta kalp-damar hastalıkları tanısı da bu hastalık yüküne ışık tutmak üzere kullanılmıştır (Onat 2009).

Avrupa ülkeleri ile Türkiye karşılaştırıldığında Türkiye erkeklerde MI ölüm hızında ikinci sırada yer almaktadır. Kadınlarda ölüm oranı Ukrayna'yı takiben ikinci sıradadır (Özdemir ve Akdemir 2010).

2015 yılı için beklenti: Kalp hastalarının sayısını önümüzdeki 10 yılda belirleyecek başlıca üç etken nüfus artışı, nüfusun ortalama yaşının ilerlemesi ve bireylerde koroner kalp hastalığına yatkınlığın artmasıdır. Yıllık artış tahminlerini yüzde olarak nüfus artışını 1,4; yaşlanma sonucu artışı 2,8; koroner hastalığa eğilim sonucu artışı da 2,8 olarak varsaymanın hiç abartılı olmadığı söylenebilir. Bu dinamiklere göre, kalp-damar hastalarının sayısının yılda %7,2 artacağı öngörülebilir. Önümüzdeki 10 yılın sonunda, koroner kalp hastası sayısının günümüzdeki tahmini 2,8 milyondan tam ikiye katlanarak 5,6 milyona yükselmesi beklenmektedir. Bu yaklaşık olarak hem maluliyet, hem de - bir miktar daha düşük oranda - kalp hastalığından ölümler için geçerlidir (TKD 2007).

2.2.2. Cinselliği Etkileyen Faktörler

Cinselliği etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar; bireyin özellikleri, kültür ve hastalıklar olabilmektedir. Toplumun içinde yaşadığı kültür, din, yasalar, toplumsal cinsiyet ve toplumsal inanışlar/mitler (Avcı ve Kızılkaya Beji 2011), kalp yetersizliği, karaciğer ve böbrek yetersizliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), diabetes mellitus, hipertansiyon, ilaçlar, kanser, yaşlılık, menopoz, arteroskleroz, sigara, periferik arter hastalığı, üriner inkontinans, metabolik sendrom, psikolojik sorunlar gibi birçok faktör cinsel yaşamı etkilemektedir.

Hastaların cinsel yaşamının değişmesine neden olan hastalıklardan biri miyokard infarktüsüdür (MI). Kalp krizi sonrasında hem hastalar hem de partnerleri cinsel aktivitede dahil olmak üzere tamamen normal yaşamlarına geri dönmeleri konusunda oldukça endişeli ve

çekimserdirler. Pek çok çift hatalı olarak cinsel aktiviteyi riskli ve tehlikeli bulurlar. Klinik araştırmalarda da bu durum ortaya konulmuştur (Yıldız 2004; Yılmaz 2005).

2.2.2.1. Cinselliği etkileyen bireysel faktörler

Kültür

Cinsellikle ilgili her sorun birey için son derece özel ve önemlidir. Özellikle Asya toplumlarında cehalet ve kültürel değerler nedeniyle bu konunun konuşulamaması cinsel disfonksiyon prevalansının tam olarak belirlenememesine neden olmaktadır (Yıldız ve Pınar 2004). Ancak cinsel yaşamda kültürün etkisinin değerlendirildiği az sayıda çalışma bulunmaktadır. Cinsel işlev bozukluğu ile ilgili çalışmaların %26'sında kültürel özellikler ve %7'sinde etnik yapı değişken olarak alınmıştır (Mert ve Erberk-Özen 2011). Kültürlerin cinselliğe bakış açıları birbirinden farklı olduğu gibi, aynı kültür içindeki yöresel farklılıklar da cinselliğe bakışı etkiler (Shell 2007). Bu nedenle cinsel fonksiyonlara ilişkin yaşanan sorunların görülme sıklığı ülkeler ve hatta aynı ülkenin bölgeleri arasında dahi farklılıklar gösterebilmektedir. Cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığının Amerika Birleşik Devleti'nde %43 olarak belirlenmiş olmasına karşın İngiltere'de %33, İzlanda'da ise %22 olduğu belirtilmiştir. Elnashar ve ark.'nın (2007) yaptığı çalışma sonucunda Mısır'da kadınların %68,9'unda, Safarinejad tarafından (2006) İran'da yapılan çalışmaya katılan kadınların %31,5'inde cinsel disfonksiyon olduğu belirlenmiştir (Kütmeç 2009). Ayrıca ülkemizde yerleşik cinsellik anlayışının bir parçası olan utanma, çekinme, gizlenme davranışları, sorunun ortaya konması ve sorun saptandığında bu konuda yardım almayı ve uygun kaynağa danışmayı zorlaştırır. Oysa herkesin kendi yararına en uygun tıbbi yardımı almaya hakkı vardır (Yıldız ve Pınar 2004; Ege ve ark. 2010).

Yaş

Yaşlanma ve menopoz cinsel aktiviteyi azaltan ancak önüne geçilemeyen iki biyolojik etkidir (Yong ve ark. 2008).

Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik değişiklikler birçok sorunu da beraberinde getirmektedir (Walsh ve Berman 2004). Bunlardan biri de cinsel sorunlardır.

Yaşlılık döneminde yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik değişiklikler, hastalıklar ve hastalıklara bağlı ilaç kullanımındaki artış, cerrahi tedaviler, alkol kullanımı, psikolojik, sosyal ve kişisel faktörler cinselliği olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Yaşlanma ile birlikte kadınlarda istekte azalma, cinsel uyarılmada azalma, orgazma ulaşamama, cinsel cevapta azalma ya da disparoni gibi cinsel aktivite ile ilişkili sürekli ya da aralıklı cinsel sorunlar oluşabilir (Yıldız 2007).

Cinsellik, ömür boyunca bireyin yaşam kalitesinin önemli bir parçası olarak kalır ve yaşlılar 70 yaşına kadar cinsel açıdan aktiftir. Cinsel olarak aktif kalan yaşlı insanların oranı, yaş, cinsiyet, evlilik durumu ve genel sağlıkla ilişkili olarak değişir. Yapılan tahminlere göre 60 yaş üstü evli kadınların yaklaşık %55'i, 76 yaş üstü evli kadınların %24'ten fazlası cinsel olarak aktiftir (Yıldız 2007).

Global cinsel tutum ve davranış çalışmasında Kanada'lı 40-80 yaş arası bireylerin %73'ünün cinsel olarak aktif olduğu ve bu bireylerin çoğunun (%68) haftada birden fazla cinsel aktivitede bulundukları saptanmıştır. Ginsberg ve arkadaşları tarafından 60 yaş ve üzerindeki yaşlılarda yapılan bir çalışmada; olguların en az ayda bir kez eşlerine dokunduğunu (%60,5), sarıldığını (%61,7) ve eşleri ile öpüştüğünü (%50) belirlemişlerdir. Bu çalışmada cinsel deneyimi engelleyen en önemli faktörler partner yokluğu (%60), yaş (%32) ve cinsel ilgi eksikliği (%24) olarak saptanmıştır (Yıldız 2007).

Bir çalışmada da kadınlar da cinsel ilgi düşük bulunmuş, prevelansı %17 ve %55 arasındadır. Yaşla cinsel istek azaldığına değinilmiştir. Cinsel isteği düşük olan 49 yaş ve üzeri kadın yaklaşık %10, 50-65 yaş arasında %22, 66-74 yaş arasında %47'dir. Yaşla birlikte, özellikle 50 yaş ve üzerinde lubrikasyon sorunu artmaktadır. Orgazmik disfonksiyon prevelansın oranları değişiklik göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, Kanada ve İsveç'te 18-74 yaş arası kadınlarda orgazmik disfonksiyon yaklaşık %16-25 arasındadır. Üç çalışma (Avustralya, İran ve Amerikan Birleşik Devletindeki çalışmalar) dışında birçok çalışmada yaş ile bağlantısı rapor edilememiştir. Kadınlarda disparoni Avustralya'da %1 kadar düşük bulunurken, dünyada yapılan 7 çalışmada %14-27 dir (Lewis ve ark. 2010).

Amerika Birleşik Devletleri'nde Laumann ve arkadaşları tarafından kadın cinsel fonksiyon bozukluğu insidans ve prevalansı ile ilgili yaptıkları bir çalışmada %43 gibi oldukça yüksek prevalans oranı bildirmişlerdir. Bu çalışmada, yaşları 18-59 arasında değişen 1749 kadından elde edilen verilerden, erkeklerde cinsel sorun %31 oranında görülürken kadınlarda bu oran %43'lerdedir. İngiltere'de %33, İzlanda'da %22 oranları bulunmuştur (Lauman ve ark. 1999).

Türkiye'de en geniş çalışma Öksüz ve Malhan tarafından yapılmıştır. Çalışmaya alınan 518 kadının yaş ortalaması $30,0 \pm 8,5$ (18-55) yıldır. 518 kadının %48,3'ünde seksüel fonksiyon bozukluğu tespit edilmiştir. Öksüz ve Malhan düşük seksüel fonksiyon prevelansını 18-30 yaş grubunda %41, 31-45 yaş grubunda %53,1, 46-55 yaş grubunda %67,9 olarak bildirmişlerdir. Seksüel fonksiyon bozukluğu için risk faktörlerin arasında en önemli faktör yaş olarak saptanmıştır. Yaş, sigara, medeni durum, menopoz ve diyet ile cinsel fonksiyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Öksüz ve Malhan 2006).

Çayan ve arkadaşlarının 179 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada; yaşları 18 ile 66 arasında olan farklı sosyokültürel kesimden kadınlara Female Sexual Function Index- Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI) uygulamıştır. Bu çalışma da %46,9 oranında cinsel fonksiyon bozukluğu tespit etmiştir. 18-27 yaş grubunda %21,7; 28-37 yaş grubunda %25,5; 38-47 yaş grubunda %53,5; 48-57 yaş grubunda %65,9 ve 58-67 yaş grubunda %92,9 oranında cinsel fonksiyon bozukluğu tespit etmiştir. Sigara kullanımı, evlilik süresi, geçirilmiş pelvik operasyonlar ve kontrasepsiyon yöntemlerinin cinsel fonksiyon bozukluğu üzerine anlamlı etkisi saptanmaz iken; ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, çalışmama, kronik hastalık öyküsü, çok sayıda doğum varlığı ve menopozun kadınlarda cinsel fonksiyonu olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Çayan ve ark. 2004).

Aslan ve arkadaşları kadınlarda düşük seksüel fonksiyon prevelansı ve risk faktörlerini araştırmışlar ve çalışmada 20 yaş ve üzeri 1009 kadın ile görüşmüşlerdir. 20-29 yaş, 30-39 yaş, 40-49 yaş, 50-59 yaş, 60-64 yaş ve 65 yaş üzeri gruplarda sırası ile %22, %39,7, %50,2, %71,3, %82,9, %87,8 oranında cinsel fonksiyon bozukluğu tespit etmişlerdir. Tüm yaş grupları alındığında kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığını %43,4 olarak tespit etmişlerdir. Düşük eğitim seviyesi, menopoz, depresyon, partnerinde var olan cinsel fonksiyon bozukluğu, kullanılan kontraseptif yöntemin kadınlarda görülen düşük seksüel fonksiyonla ilişkili olduğunu vurgulamışlardır. Çalışmada 19 sorudan oluşan Female Sexual Function Index-FSFI uygulanmış ve cinsel istek ve tatmin bozukluğunun daha fazla olduğu ve bunu orgazm, memnuniyet ve ağrı bozukluklarının takip ettiği saptanmıştır (Aslan ve ark. 2008).

Aydos ve arkadaşları 152 kadının katıldığı çalışmada FSFI formu kullanarak %47,36 oranında cinsel fonksiyon bozukluğu tespit etmiştir. 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 yaş gruplarında cinsel fonksiyon bozukluğunu sırasıyla % 27,3, %25,5, %56, %62,9 ve %88,8 olarak bildirmiştir (Billurcu 2008).

Cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili yapılan çalışmalar, bilim adamlarını dünyanın farklı ülkelerinde düşük seksüel fonksiyon prevelansını karşılaştırmayı hedefleyen çalışmalara yöneltmiştir. 60 ülkeden 200 doktor tarafından düzenlenen multidisipliner bir çalışmada artan yaş ile beraber kadınlarda %40-45, erkeklerde %20-30 oranında cinsel fonksiyon bozukluğu tespit edilmiştir (Lewis ve ark. 2004).

Benzer sonuçlar Pfizer Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors'da da bulunmuştur. 29 ülkeden 40-80 yaş arasında 27000 kadar erkek ve kadın katılımcı ile görüşülmüş ve kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu %47 olarak bulunulmuştur (Wilson 2006).

Shin-Ichi Hisaue ve arkadaşları tarafından Japonya'da yapılan bir çalışmada 30-69 yaşları arasında 2095 kadın ile görüşülmüş ve kadın cinsel disfonksiyonunun yaş ile pozitif korelasyon

gösterdiğini bildirmişlerdir. Artan yaş ile cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve ağrı bozukluklarının arttığını tespit etmişlerdir (Hisause ve ark. 2005).

Hayes ve arkadaşları yaptıkları başka bir çalışmada ise Fransa, Almanya, İtalya ve İngiltere gibi Avrupa ülkelerinden ve Amerika'dan yaşları 20 ile 70 arasında olan katılımcılar ile görüşmüştür. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığının yaş ile arttığını ancak bu durumdan rahatsızlık hissetmenin ise yaş ile azaldığını bildirmişlerdir (Billurcu 2008).

Menopoz

Menopozda östrojen miktarının azalması kadının sekonder seks karakterlerinde gerilemeye yol açar. Memelerde küçülme, vulva ve vajende atrofi, vajinanın salgılarında azalma ve bunun sonucunda vajinada kuruluk olur. Östrojen eksikliğinin mesane ve üretra mukozasında da atrofiye, pelvisin tabanını oluşturan kaslarda tonus azalmasına, deride kollajen kaybına ve incelmeye yol açmaktadır (Williams 1990; Billurcu 2008)

Menopoz döneminde ortaya çıkan anatomik, fizyolojik ve psikolojik faktörler cinsel fonksiyon bozukluklarına yol açmaktadır. Menopoz dönemindeki seksüel değişimler 3 kategoride toplanabilir:

1. **Kadının seksüel kimliği:** Meme, genital sistemdeki seks karakterlerinde, koku, tat, dokunma duyularında, saç vs gibi görsel karakterlerdeki değişimler, vagina mukoza atrofi ve mental yaşlanma gibi sebepler kadınlık içgüdüsünde azalmaya yol açmaktadır.
2. **Kadının seksüel fonksiyonu:** Libidoda azalma, seksüel uyarılmanın güçleşmesi, orgazm güçlükleri ortaya çıkmaktadır.
3. **Çiftler arası ilişki:** Biyolojik seksüel ilişki bağlarının zayıflaması, erkeğe ait problemler görülebilir.

Postmenopozal cinsel fonksiyon bozukluklarına ilk dikkat çekenler Masters ve Johnson ile Kinsey ve arkadaşlarıdır. Bu çalışmaların çoğunda, menopozun birkaç yılı içinde cinsel ilgi ve koit sıklığında %40'dan fazla azalma rapor edilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda, %47-85 cinsel istekte kayıp, %20 oranında orgazm sıklığında azalma, %20-70 cinsel ilişki sıklığında azalma, %40 dispareni de artış belirtilmiştir (Billurcu 2008).

Akut kardiyovasküler hastalıklığa sahip post menopozal kadınlar, aynı yaştaki erkeklerden daha yüksek ölüm riskine sahiptir (Birkhauser 2009).

Menopoz algısı ve menopozun önemi farklı bölgelerde farklı anlam taşımaktadır. Örneğim birkaç bölgede menopoz kadınlara yüksel sosyal statü kazandırır. Birkaç Müslüman kültüründe menstrasyonun kesilmesi mutlu bir olaydır ve erkeklik seromnisine ve fonksiyonuna girişine izin verir. Menopoz toplumsal statü kazandırmaktadır (Birkhauser 2009).

Aslan ve arkadaşları da kadınlardaki düşük cinsel fonksiyon prevalansının yaşla arttığını bulmuştur. Menopozun cinselliği etkilediği bulunmuştur (Aslan ve ark. 2008; McCall-Hosenfeld 2008).

Cawood ve arkadaşları, kendi istekleriyle ayda birden daha az cinsel aktivitede bulunan ya da hiç cinsel aktivitesi olmayan kadınların oranı 40 yaş altında %46, perimenopozal dönemde %57 ve postmenopozal dönemde ise %76 olarak bulmuşlardır (Billurcu 2008).

Cinsel istek ve uyarılma bozuklukları yaşlı kadınlarda genç kadınlardan daha yaygındır. Yaş artışıyla birlikte kadınlarda cinsel ilgi giderek azalır; 20-29 yaş arası kadınlarda %60 iken 60-70 yaş arası kadınlarda %27'dir. Dennerstein ve arkadaşları tarafından 45-55 yaş arası 86 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada menopoz sonrası kadınlarda menopoz öncesi kadınlara göre cinsel aktivite sıklığında ve libidoda azalma, disparoniye ise artış olduğu saptanmıştır (Yıldız 2007).

Chen ve Ho, pre-peri ve postmenopozal dönemlerde cinsel istek kaybının sırasıyla %34, %55 ve %60 olarak gittikçe arttığını; postmenopozal dönemde orgazm yokluğu ve seksten zevk almamanın %60'ların üstüne çıktığını rapor etmişlerdir (Chen ve Ho 1999).

Malezya'nın Kelantan eyaletinde yapılan bir çalışmada 326 menopoz döneminde olan sağlıklı kadın ile görüşüldü. Kadınların yaş ortalaması 57 olup, üçte ikisinde menopoz sonrası cinsel istekte azalma, %44 'ünde disparoniya, %52,4'ünde lubrikasyonda azalma tespit edildi. Cinsel fonksiyon bozukluğunun disparoniya, lubrikasyonda azalma, cinsel istek azlığı, eşin sağlık durumu ve yaş ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca cinsel fonksiyon bozukluğu olan kadınların yarıdan fazlasının bu konuda yardım almaması vurgulanmıştır (Billurcu 2008).

Amerikan bileşik devletlerinde 65-69 yaş arası kadınlarda akut MI prevalansı %9,7; 80 yaş üzeri kadınlardaki prevalansı %17,9 dur. Kadınlarda ortalama akut MI yaşı 65 dir. Postmenopozal kadınlarda akut MI premenopoz kadınlara göre daha fazla görülmektedir (Buckley ve Grose 2011)

Hayes ve arkadaşları 20-70 yaşlarında 356 kadın ile yaptıkları çalışmalarında cinsel istek bozukluğunda ilişkilerin yaş ve menopozdan daha fazla etkili olduğunu, uyarılma ve orgazm bozukluğunda ise fizyolojik ve psikolojik faktörlerin ilişkiden daha fazla etkili olduğunu tespit etmişlerdir (Billurcu 2008).

Borissova ve arkadaşları Bulgar kadınlarda postmenopozal cinsel fonksiyon bozukluklarını araştırmışlar ve yaşları 40-58 arasında olan 619 kadın ile görüşülmüştür. Çalışmaya katılan kadınları 3 gruba ayırmışlar ve birinci gruba 285 (% 46) normal menstruel siklusu olan kadınlar, ikinci gruba 32 hormon replasman tedavisi (HRT) alan postmenopozal kadın ve üçüncü gruba HRT almayan 302 postmenopozal kadın almışlardır. Postmenopozal kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunun düzenli menstruel siklusu olanlara göre fazla olduğunu ancak bu oranın HRT alan kadınlarda daha az olduğu bildirilmiştir. Yaptıkları çalışmada kadınların çoğunun cinsel sağlıkları

ile ilgili olarak profesyonel yardım almaktan ve konuşmaktan rahatsızlık hissettiklerini bildirmişlerdir (Borissova ve ark. 2000).

2.2.2.2. Cinselliliği etkileyen hastalıklar

Cinselliliği etkileyen önemli kronik hastalıklardan ikisi diabetes mellitus ve hipertansiyondur. Bu hastalıklar, insanlarda başka hastalıklarla beraber çok görülmekte, ayrıca başka hastalıklara da neden olabilmektedir. Bu yüzden diabetes mellitusun ve hipertansiyonun cinsellik üzerindeki etkisi ele alınmıştır.

Diabetes mellitus

Genel popülasyonla karşılaştırıldığında diyabet hem kadın hem de erkekte cinsel işlev bozukluğu için risk faktörüdür. Diabetes mellitus (DM), lubrikasyonda azalmaya, cinsel istekte azalma, orgazmik disfonksiyona ve disparaniye neden olabilmektedir. Cinsel işlev bozukluğu diyabetli hastalarda diyabetli olmayanlara göre 10-20 yıl erken başlamakta ve daha sık görülmektedir. Diyabetli kadınlarda diyabetli olmayanlara göre vajinal kuruluk hissi fazla ve cinsel istek daha azdır (Riley 2009; Lewis ve ark. 2010; Yıldız ve Pınar 2011). Basson ve ark.'nın yaptığı çalışmada lubrikasyon güçlüğü ve cinsel ilişki sırasında ağrı sırasıyla tip 2 diyabetlilerde %46,95, %41,95; tip 1 diyabetlilerde %40,18; %31,48; diyabetli olmayanlarda %34,04; %26,12 olarak saptanmıştır (Yıldız ve Pınar 2011).

Enzlin ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada diyabetli kadınlarda diyabetli olmayanlara göre cinsel uyarılma bozukluklarının daha sık ve lubrikasyonda azalmanın daha belirgin olduğu saptanmıştır (Enzlin ve ark. 1998). Enzlin ve ark. tarafından tip 1 diyabetli kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada cinsel işlev bozukluğu prevalansının diyabetli kadınlarda (%27) kontrol grubuna (%15) göre daha yüksek ve uyarılma sorunun anlamlı şekilde daha fazla olduğu saptanmıştır (Enzlin ve ark. 2002). Enzlin ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada diyabetli kadınların %35'inde cinsel işlev bozukluğu olduğu; bunların %57'inde libido kaybı, %51'inde orgazm sorunu, %47'sinde lubrikasyon sorunu, %38'inde uyarılma bozukluğu ve %21'inde cinsel ilişki sırasında ağrı varlığı tespit edilmiştir (Enzlin ve ark. 2009).

Abu Ali ve arkadaşlarının çalışmasında diyabetli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu prevalansının %59,6; diyabetli olmayanlarda %45,6 olduğu saptanmıştır. Ziaei-Rad ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada diyabetli kadınların %88'inde; Esposito ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise diyabetli kadınların %53,4'ünde cinsel işlev bozukluğu olduğu saptanmıştır (Yıldız ve Pınar 2011).

Ülkemizde Erol ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada diyabetli kadınlarda saptanan cinsel fonksiyon bozuklukları sırasıyla libidoda azalma (%77,7), klitoral duyarlılıkta azalma (%62,5),

orgazm bozukluğu (%49), vajinal rahatsızlık hissi (%41,6), vajinal kuruluk (%37,5) olduğu saptanmış ve en yaygın semptomun libido azlığı (%77,7) olduğu görülmüştür. Yıldız ve Pınar tarafından yapılan bir çalışmada diyabetli kadınların %54,4'ünde cinsel işlev bozukluğu olduğu; en fazla etkilenen alanların cinsel istek (%42,2) ve uyarılma (%35,4), en az etkilenen alanın ağrı (%12,9) olduğu saptanmıştır. Doruk ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada tip 1 diyabetli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu diyabetli olmayanlara göre daha yüksektir ve etkilenen alanlar sırasıyla; istek (%85), uyarılma (%76), orgazm (%66), ağrı (%61), lubrikasyon (%57) ve doyum (%61) iken, tip 2 diyabetli kadınlarda; istek (%82), uyarılma (%68), doyum (%50), ağrı (%46), lubrikasyon (%38) ve orgazm (%38) olarak saptanmıştır (Yıldız ve Pınar 2011).

Hipertansiyon

Hipertansiyon ve hipertansiyon ilaçları cinsel istekte azalmanın yanı sıra orgazm ve lubrikasyon disfonksiyonuna neden olabilmektedir. Ayrıca kadının yaşadığı stres, depresyon ve üriner sistemle ilgili sorunlar cinsel disfonksiyon yaşamasına neden olabilmektedir (Riley 2009; Lewis ve ark. 2010).

Bazı çalışmalarda hipertansif kadın ve erkeklerde cinsel fonksiyona ilişkin bazı önemli bulgular sağlanmıştır The Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS) çalışmasında başlangıçta erkeklerin %14,4'ü, kadınların %4,9'unda cinsel sorun bildirilmiştir. Buna göre erkeklerin %12,2'si ereksiyon sağlama/sürdürmede güçlük, kadınların ise %2'si ise orgazm olma konusunda sorun yaşamaktaydı. İki yıllık izlem sürecinde erkeklerde ereksiyon probleminin alınan antihipertansif ilaç grubuna bağlı olarak %9,5'den %14,7'ye yükseldiği belirlenmiştir. Buna göre plasebo alan gruba göre chlorthalidone (antihipertansif bir ilaç) alan grupta ereksiyon problemi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ancak 48'nci ayda tedavi grupları arasında benzerlikler bulunmuştur. Buna karşın kadınlarda antihipertansif ilaç gruplarına göre cinsel sorun oranı tüm gruplarda düşük bulunmuştur. Hannon ve arkadaşlarının (2002) Fransa'da yürüttükleri bir çalışmada ise hipertansif bireylerin %38'inde cinsel sorunlar belirlenirken bu oran erkeklerde (%49) kadınlara (%18) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Demirezen 2006).

Kalp hastalıkları için kullanılan beta (β) blokörler, anjiotensin konvertan enzim (ACE) inhibitörleri, kalsiyum kanal blokörleri ve antihipertansif ilaçlar libido da azalmaya, ereksiyonda zorluklara, ejakülasyon problemlerine, lubrikasyon ve orgazm sorunlarına neden olabilmektedir (Briggs 1994; Taylor 1999; Yıldız ve Pınar 2004; Hardin 2007)

Akut koroner sonrası hastalara taburculuk sonrası verilen ilaçlar içerisinde antiplatelet ve statin grubu ajanlara ek olarak ACE inhibitörleri, beta blokörler dahil edilmektedir. Özellikle beta blokörlerin cinsellik üzerilerine yan etkileri rapor edilmektedir. Beta blokörler kadın ve erkekde libido kaybına ya da azalmasına neden olmaktadır. Ayrıca erkeklerde erkek boşalma ve ereksiyon

sorunları; kadınlarda başarısız orgazm ve vajinal kuruluk görülmektedir. Hastalar cinsel disfonksiyon için çeşitli arayışlara girebilmektedir (Quote O'Donovan 2010b).

2.2.3. Miyokard infarktüsünde cinsellik

Hastaların cinsel yaşamının değişmesine neden olan hastalıklardan biri miyokard infarktüsüdür (MI). Kalp krizi sonrasında hem hastalar hem de partnerleri cinsel aktivitede dahil olmak üzere tamamen normal yaşamlarına geri dönmeleri konusunda oldukça endişeli ve çekimserdirler. Pek çok çift hatalı olarak cinsel aktiviteyi riskli ve tehlikeli bulabilmektedir (Yıldız ve Pınar 2004; Yılmaz ve Pınar 2005). Erkek ve kadınlarda MI sonrası cinsel aktivite sıklığı ve doyumunda belirgin bir azalma olduğu rapor edilmektedir (Drory ve ark. 2000). Kardiyovasküler hastalığı olan kişilerde bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen cinsel disfonksiyon her iki cinsde de oldukça yüksek bir prevalansa sahiptir. Kardiyovasküler hastalığı olan kişilerde, her iki cinsde de oldukça yüksek bir prevalansa sahip olan cinsel disfonksiyon, bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. MI sonrası %50-75 oranında görülen cinsel disfonksiyonun öğrenim durumu, yaş gibi demografik özelliklerle ilişkili olduğu bildirilmektedir (Tardif 1989). Cinsel disfonksiyonun başarılı tedavisi yalnızca cinsel ilişkide değil, yaşam kalitesinde de düzelme sağlar. Cinsel disfonksiyon ve kardiyovasküler hastalık risk faktörleri (yaş, erkek, postmenapozal kadın, hipertansiyon, diyabet, obezite, sigara kullanımı, dislipidemi, sedanter yaşam tarzı) arasında yakın bir ilişki vardır (Yılmaz ve Pınar 2005; Ayhan ve ark. 2010; Greene 2010).

Miyokard infarktüsü sonrası kadınlarda cinsel aktivitenin etkilenmesi; kadınların, kadın olarak bir yanını eksik görebilmesine neden olabilmektedir. Eşinin cinsel isteğini karşılamadığı için sıkıntı yaşayabilmekte ve çocuk sahibi olmak istemeleri bu sıkıntıyı artırabilmektedir. Kadınların cinsel memnuniyeti, sıklığı azalmaktadır. Kadınlar da stress ve anksiyeteye neden olabilmektedir. Evde, işinde ve sosyal hayatında aldığı işlerden doyum alamamaktadır. Hastaların yaşam kalitesi düşmektedir.

Kalp hastalıkları insidansı ve tedavideki gelişmelere paralel olarak cinsel disfonksiyon sıklığındaki artış tıbbi, ekonomik ve psikososyal sorunları da beraberinde getirmektedir. Vasküler problemler, psikolojik faktörler, çoklu ilaç kullanımı, ilaçların olumsuz etkileşimi, diyabet, sigara ve obezite gibi risk faktörleri kalp hastalığı olan bireylerin farklı düzeylerde cinsel sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Cinsel yaşamı olumsuz etkileyen hastalıkların başında koroner arter hastalıkları, kalp yetersizliği ve ritim bozuklukları yer almaktadır (Akın 2009). Birkaç çalışmada metabolik sendromu alan kadınlarda daha çok cinsel sorunlar bulunmuştur (Ekinci ve Hoşcan 2009).

Cinsel aktivite esnasında MI'nın nasıl meydana geldiği tam olarak bilinmemekle beraber en çok kabul gören teori şu şekildedir: Öncelikle hemodinamik stres artışı (sempatik sinir sistemi artar) olur. Buna bağlı kan basıncı, kalp hızı ve sonuçta da miyokardın oksijen tüketimi artar ve vazokonstriksiyon olur. Takiben trombositlerin agregasyonu da artar ve koroner arterlerde bulunan aterom plaklarında rüptür ve kopma meydana gelir (Muller ve ark. 1994; Chen ve ark. 2008). Bu teoriye dayanarak, kalp hızını ve kan basıncını azaltan ve trombosit agregasyonunu inhibe eden ilaçlar MI'ya bağlı oluşan riski azaltacaklardır. Ayrıca kalp hastalığı sonrası cinsel rehabilitasyon da çok önemlidir. Bu amaçla, hasta ve partneri rahatlatılmalı, cinsel yaşamın yeniden kurulması yavaş yavaş olmalı ve performans anksiyetesi önlenmelidir. Ayrıca iyi istirahat, ön sevişme ve yemekten en az 1-3 saat sonra cinsel ilişkide bulunma da riski azaltmada faydalıdır (Taylor 1999).

Miyokard infarktüsü sonrası cinsel aktivite 6 ve 8 hafta ertelenmesi önerilmektedir. Ama hastanın MI sonrası stres testi iyiye, inaktif periyod zamanı azalmışsa bazı hastalarda bu süre 3-4 haftaya azalmaktadır. Tabiki hastanın ciddi aritmisi, hipertansiyonu, kalp yetersizliği ve komplikasyonları varsa bu süre daha da uzayabilmektedir. Cinsellikte beklenen MI riski egzersizle beklenen riskle aynıdır. Bu nedenle hastaların kardiyak rehabilitasyon sürecinde egzersiz programında bir sorun yaşanmasıyla cinsellik sürecinde de beklenilmektedir. Ayrıca egzersiz MI sonrası yaşanan depresyonu azaltmaktadır (Katz 2007).

Akut MI sonrası tıptaki gelişmeler sonrası hastaların hayatta kalma oranları artmış ya da daha az komplikasyon görülmektedir. Hastalar hastaneden ayrıldıktan sonra işlerine, cinsel yaşamlarına ve diğer fonksiyonlarına geri dönmeleri sırasında güçlüklerle yüzleşmektedir. Ayrıca birçok hasta hastane sonrası mücadelelerinin akut MI sonrası hayatta kalmaktan daha zor olduğunu söyler. MI sonrası iyileşme sürecinde psikolojik faktörler medikal faktörlerden daha önemli bulunmuştur (Petrie 1996).

Miyokard infarktüsü; cinsel aktivite sıklığında azalmaya, anjina korkusuna, yeni miyokard infarktüsüne, erektil disfonksiyona, uyarılmada azalmaya, cinsel memnuniyette azalmaya ve eşlik eden depresyon bağlı olarak cinsel aktivitede hastada sorunlara neden olabilmektedir (Krebs 2007; Riley 2008). Bir kalp krizi veya kalp ameliyatından sonra iyileşme sırasında hastalar, yorgun, üzgün ve korku hissedebilir. Bu cinsel yaşamına devam etme arzu ve yeteneğine engel olabilir. Bazı hastaların depresyon yaşamaları normal olabilir, ama bunun birkaç hafta ya da ay içinde kalması gerekir. Devamlı ve şiddetli depresyon bütün hastalarda bu değerlendirilmelidir (Hart 2008; Steinke ve Wright 2006)

Cinsel aktivitenin MI'yı tetikleyebileceği kabul edilmektedir, ancak risk oldukça düşüktür (<%1) (Müller ve ark. 1996). Cinsel aktivite sırasında gelişen iskemik olayların hepsi kalp hızındaki

artışla ilişkili (Stein 2000) olup, bu durum ilaç tedavisi (beta-bloker ajanlar vb.), rehabilitasyon programları ve revaskülarizasyon yöntemleri aracılığı ile azaltılabilir.

Cinsel aktivite sırasında ve sonrasında yaklaşık iki saat içinde MI geçirme olasılığı artar. Özellikle bu alışılmış eforu düşük olanlarda MI oranı 2,5 kat daha fazla görülebilmektedir (Kirkey 2011).

Bununla birlikte cinsel aktivitenin MI'yı tetikleyebileceği düşünüldüğünden [Rölatif Risk (RR) 2,70 (1,48-4,91)], hastalar MI sonrası cinsel yaşamlarını sonlandırabilmektedir (Dahabreh ve Paulus 2011).

Koroner arter hastalığına sahip olan hastalarda, seks, yoğun emosyonel duygular ve güç sarfeden fiziksel aktivitelerle karşılaştırıldığında akut MI tetikleme riski çok düşüktür (New Straits Times 28 Ekim 2007).

Seksüel aktivitenin organizma üzerine etkisinin, günlük rutin işlemlerden olan yürüme veya koşma gibi aktivitelerle ve korku, kızgınlık gibi emosyonel olaylarla karşılaştırıldığı çalışmalar mevcuttur. Buna ilave olarak cinsel aktivitenin fizik egzersiz gerektiren intramisyon safhasının, cinsel uyarılma safhasına göre (koitus dışı aktivite ve daha az fizik aktivite gerektiren ilişki pozisyonlarını içeren safha) kalp atımını, kan basıncını ve kalbin oksijen tüketimini biraz daha fazla arttırdığı bilinmektedir (Metin ve ark. 2010).

Cinsel uyarılma safhasında sempatik olaylar daha fazla olmakta, kardiyak olaylara aday kişilerde ekstrasistol ve ventriküler taşiaritmilere yol açabilmektedir. Seksüel aktivitede olan fizyolojik cevaplar (kalp atımı, kan basıncı ve kalbin oksijen tüketimi) cinsel uyarılmanın tipi, partneri önceden tanıyıp tanımama gibi faktörlerle de etkilenmektedir (Metin ve ark. 2003). Genel bir ifadeyle cinsel aktivite koroner hastalığı olan veya olmayan bireylerde hafif ve orta dereceli egzersizle eşdeğerdir. Kalp atımı nadiren dakikada 130'a, sistolik kan basıncı 170 mmHg'ya yükselmektedir (Metin ve ark. 2003). Cinsel ilişkinin tetiklediği MI diğer olaylar sonrasında gelişen MI dan 2,5 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Kişide daha önce MI öyküsü varsa bu risk 3 kat daha fazla olmasına rağmen ilişkinin tetiklediği MI riski %1'in altındadır. Amerikan Birleşik Devletleri'nde 50 yaşında bir kişinin yıllık MI riski %1 olup, seksüel aktivitenin tetiklediği MI riski yılda %1,01, geçirilmiş MI öyküsü varsa yılda %1,10'dur (Metin ve ark. 2003).

Akut miyokard infarktüsünün kadın ve erkeklerin cinsel yaşamı üzerinde negatif etkisi olmasına rağmen, akut MI sonrası kadın ve erkeklerin cinsel aktivitedeki cinsel farklılıkla ilgili çalışmalar çelişkili sonuçlar ortaya konulmuştur. Bir dizi araştırma erkeklere oranla daha az kadın cinsel aktivitelerinin devam ettirmekte, cinsel aktivitesinin devam ettiren kadınların cinsel aktivite sıklığı azalmış ve cinsel memnuniyetleri erkeklere göre daha düşüktür (Drory ve ark. 2000).

Miyokard infarktüsü sonrası gelişen cinsel disfonksiyon kadınlarda lubrikasyon, orgazmik fonksiyon, cinsel istek, ilişki tatmini, klitoral duyarlılık ve genel tatminde, erkeklerde ise erektile fonksiyon, orgazmik fonksiyon, cinsel istek, ilişki tatmini ve genel tatminde azalmaya yol açarak cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyebilir. Yıldız ve Pınar'ın çalışmasında kadınlarda cinsel istek, orgazmik fonksiyon ve klitoral duyarlılık alanlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu ve bu parametrelerin cinsel disfonksiyon belirlenen kadınlarda azaldığı saptanmıştır (Yıldız ve Pınar 2004). Erkeklerde ise cinsel disfonksiyona bağlı olarak cinsel ilişki tatmini dışında tüm alanlarda istatistiksel olarak anlamlı disfonksiyon olduğu belirlenmiştir. Obesite, hipertansiyon, diyabet, menopoz gibi risk faktörlerinin ve kullanılan bazı ilaçların cinsel disfonksiyona yol açabileceği, MI geçiren olgularda da cinsel disfonksiyonu artırabileceği bildirilmektedir. Drory ve ark.'nın diyabet gibi medikal durumların cinsel aktiviteyi az derecede etkilediğini saptamışlardır. Bir başka çalışmada hipertansiyon ve diyabetin erkeklerde erektile disfonksiyon riskini artırdığı belirlenmiştir (Yıldız ve Pınar 2004).

Cinsiyet dışında en az üç kardiyovasküler risk faktörü bulunan hastaların cinsel ilişki sırasında daha yüksek bir riskle karşı karşıya kaldıkları düşünülmektedir. Cinsel disfonksiyon ve kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinin ortak olması, koroner arterlerde oluşan vasküler yaralanma ve bozuklukların kavernozal arterlerde de olabileceği düşüncesini beraberinde getirmektedir (Yılmaz ve Pınar 2005).

Geçirilen kalp hastalıklarından ve tedavi amaçlı girişimlerden sonra hastaların, büyük bir çoğunluğu uygun fiziksel durumlarına rağmen, hastalık öncesi normal cinsel aktivitelerine geri dönememektedirler (Yılmaz ve Pınar 2005). Kazemi-Saleh ve ark.'nın yaptığı çalışmada da koroner arter hastalığına sahip hastaların korku nedeniyle cinsel yaşamlarında sorun yaşandığı bulunmuş. Beden kitle indeksi, koroner tutulum, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, hipertansiyon, inme, hiperlipidemi, diyabet öyküsü, beta-bloker kullanımı yaygınlığı, koroner arter hastalığına sahip olanlarla ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunulmamıştır (Kazemi-Saleh ve ark. 2007).

On MI geçirmiş erkek hastanın katıldığı bir çalışmada, MI öncesi cinsel yaşam kalitesi değerlendirildiğinde hasta ve partnerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=0.01$) bulundu. Partnerlerin cinsel yaşamı hastalardan anlamlı derecede düşüktü ($22,3\pm 3,8$). MI öncesi ($21,3\pm 3,1$) ve MI sonrası ($14,2\pm 5,51$) karşılaştırıldığında hastaların cinsel yaşam kalitelerinde önemli bir fark bulunmuştur (Djurović ve ark. 2010).

Yıldız ve ark.'nın yaptığı çalışmaya 36 kadın, 66 erkek toplam 102 hasta katılmıştır. Olguların %70,6'sının son bir ayda cinsel ilişkiye girdiği, %29,4'ünün cinsel ilişkiye girmedeği belirlenmiştir. MI sonrası cinsel ilişki yaşayan olguların %32,4'ünde cinsel aktivite tatmininde,

%53,9’unda ise cinsel aktivite sıklığında azalma olmuştur. MI sonrası cinsel ilişki sıklığında azalma nedenleri sorgulandığında olguların %85,5’inde reinfarktüs korkusu, %9,1’nde reinfarktüs korkusu ile birlikte anjina varlığı, %5,5’inde ise sadece anjina olduğu saptanmıştır. Çalışmada MI sonrası cinsel ilişkiye giren tüm olguların %54,2’sinde, kadınların %80’inde, erkeklerin %37’sinde cinsel disfonksiyon mevcuttur. Cinsel disfonksiyonun sosyodemografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde cinsel disfonksiyonun kadınlarda erkeklere göre beklenen değerin üzerinde olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Diğer risk faktörlerinin (obesite, hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, sigara, alkol, aile öyküsü, anemi, periferik arter hastalığı ile kadınlarda menopoza) ve hastalıkla ilişkili değişkenlerin cinsel disfonksiyonu etkilemediği görülmüştür. Cinsel disfonksiyonun MI’nı eskiliğine göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiş, ancak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Cinsel disfonksiyonu etkileyen bağımsız risk faktörlerini incelemek amacıyla yapılan çoklu lojistik regresyon analizinde cinsel disfonksiyona etki eden en önemli faktörün cinsiyet olduğu, cinsel disfonksiyonun kadınlarda erkeklere göre 5,04 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Beta=1,618, OR=5,04, %95 GA=1,48-17,16, $p<0,01$). Kadınlarda Kısa Cinsel indeks Envanteri (IFSFI) alt gruplarından alınan puanların cinsel disfonksiyonu olanlarda ve olmayanlara göre farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; cinsel disfonksiyonu olan kadınlarda IFSFI tüm alt gruplarının düşük olduğu ve iki grup arasındaki anlamlı farkın, orgazmik fonksiyon ($p<0,05$), cinsel istek ($p<0,05$) ve klitoral duyarlılık ($p<0,01$) alanlarında olduğu görülmüştür. İlişki tatmininde ise cinsel disfonksiyon olan kadınların aleyhine olacak şekilde anlamlıya yakın bir fark bulunmaktadır ($p=0,057$). MI geçiren hastaların cinsel ilişki sırasında yeni bir MI geçirme korkusunun olması gibi psikolojik nedenler, genital bölge damarlarında arteriosklerotik daralmaların olması gibi organik nedenler ve tedavide kullanılan ilaçların yan etkileri cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyebilmektedir (Yıldız ve Pınar 2004).

Literatürde MI sonrası cinsel disfonksiyon prevalansının yüksek olduğu, MI sonrasında hastaların yaklaşık %25’inin cinsel aktiviteyi bıraktığı ve cinsel disfonksiyonun kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Drory ve ark. 2000; Hamilton ve Seidman 1993). Drory ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; olgularda MI sonrası cinsel aktivite sıklığında %32, cinsel aktivite tatmininde %23’lük bir azalma olduğu bulunmuştur (Drory ve ark. 2000).

Drory ve ark.’nın MI geçirmiş erkek ve kadınlarda cinsel yaşamlarını karşılaştırmış. İlk kez MI geçirmiş kadın ve erkek hastalar hastaneden taburcu olmadan önce, daha sonra taburcu olduktan üçüncü ve altıncı aylarda hastalarla görüşülmüştür. Çalışmaya 51kadın ve 462 erkek hasta katılmıştır. Akut MI öncesi aktif cinsel yaşamı olmayan 35 kadın ve 30 erkek hastanın MI sonrasında hiçbirinde cinsel yaşam devam etmemiş. Erkeklerin yaş ortalaması 52, kadınların yaş ortalaması 56’dır. Erkeklerin %73’ü ve kadınların %65’i ilk kez koroner arter hastalığına sahip

olmuş. Erkeklerin %21'i, kadınların %24'ünde diyabet vardı. Erkeklerin %36'sı, kadınların %57'si hipertansiyon hastasıydı. Erkek ve kadınların %4 periferik arter hastalığı mevcuttu. Çalışmada kadınların %7'si ve erkeklerin %89'u ilk akut MI sonrası üçüncü ve altıncı aylarda cinsel aktivitelerini devam ettirdiklerini rapor etmişler. Bu cinsel farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Akut MI öncesi kadınların cinsel aktivite sıklığı 3,46 iken MI sonrası 2,90 bulunmuş. Kadınlarla MI öncesi cinsel memnuniyet 3,24 iken MI sonrası 2,90 olmuş. Erkeklerde ise MI öncesi cinsel aktivite sıklığı 4,37 iken MI sonrası 3,78'dir, cinsel memnuniyet MI öncesi 3,68 iken sonrası 3,47 bulunmuştur (Drory ve ark. 1998; Drory ve ark. 2000).

Bir üniversite hastanesinin kardiyoloji servisinde tedavi gören 70 (26 kadın ve 44 erkek) MI hastası çalışmaya katılmıştır. Bu çalışmada veriler; sosyo demografik veriler ve uluslar arası cinsel disfonksiyon değerlendirme formu, Arizone cinsel deneyim ölçeği (The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX)), erkekler için ereksiyon işlevi uluslararası değerlendirme formu (Erection Function International Assessment Form (IIEF) ve kalp hastalarında yaşam kalitesi anketi (The MacNew Heart Disease Health-Related Quality Of Life [MacNew] Questionnaire) hastalara uygulandı. Hastaların %73,9'u evli, %30,4'ü ilköğretimi tamamlamış, %95,7'sinin sağlık güvencesi vardır. Cinsel disfonksiyon kadınlarda %68 ve erkeklerde %35 bulunmuştur. Cinsel ilişki prevelansının azalmasındaki en önemli nedenler: %54,3 reinfarktüs korkusu, %24,3 ölüm korkusu, %42,9 ağrı, %45,7 yorgunluktur. ASEX skoru 0 ile 19 arasında değişiyor, ortalaması 7,32 dır. ASEX alt puanları; cinsel dürtü ($8,77 \pm 7,68$), uyarılma ($10,58 \pm 5,88$), vajinal lubrikasyon ($7,31 \pm 7,49$), ($5,15 \pm 5,43$) orgazma ulaşma yeteneği ve orgazm tatmin ($5,19 \pm 5,47$) idi. IIEF skoru 2 ile 31 arasında değişiyordu, ortalaması 6,36 dır. IIEF alt puanlar erektile fonksiyon ($16,2 \pm 7,79$), orgazmik fonksiyon ($5,84 \pm 3,63$), cinsel istek ($4,59 \pm 2,57$), cinsel doyum ($7,91 \pm 4,24$) ve genel olarak tatmin ($4,95 \pm 2,82$) idi. Yaşam kalitesi puanları 2 ile 7 arasında değişiyordu, ortalama 4,18 idi. Miyokard infarktüsünün kadın ve erkeklerin cinsel disfonksiyonunda, cinsel aktivite sıklığı ve mennuniyetin azalmasında negatif bir etkiye sahiptir (Özer ve ark. 2011)

Almanya'nın beş kalp damar hastanesinin ayaktan rehabilitasyon merkezinden 493 (395 erkek ve 98 kadın) hastanın katıldığı bir çalışmaya göre; erkeklerin %20,3'ünde erektile disfonksiyon, kadınların %43,1'inde seksüel disfonksiyon görülmüştür. Erkeklerin %14,4'ü, kadınların %16,5'i depresif semptomlar yaşamıştır. Kadın ve erkeklerde kardiyovasküler hastalıklar sonucunda görülen depresyon ve anksiyete hastanın yaşam kalitesini ve cinsel fonksiyonlarını etkilediği bulunmuştur. Ayrıca kardiyovasküler problemlili kadınlardaki cinsel disfonksiyon prevelansı, sağlıklı kadınlara göre iki kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Kriston ve ark. 2010).

Yeni Zelanda'da yapılan bir çalışmaya göre, akut MI geçirmiş 65 yaş ve altı 143 hastanın MI sonrası hastalık şiddeti, algısı, anksiyete, distress, rehabilitasyon programlarına katılımları,

çalışmaya geri dönmeleri ve cinsel yaşamları anketlerle değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılanların 124'ü erkekti. Rehabilitasyon kurslarına katılanların daha iyi tedavi ve kontrollere uyumluymuş. Daha az anksiyete ve distress yaşamışlar. Hastalık algısı olumlu olanlar 6 hafta içinde çalışmalarına geri dönmüş. Hastalıkla iyi mücadele edemeyenlerin 3. ve 6. aylarında da cinsel disfonksiyon görülmüştür (Petrie 1996).

NSTEMI (ST segment yükselmesi olmayan MI) ve unstabil anjinaya sahip 35 kadın hastanın katıldığı bir çalışmada, öncelikle bütün hastalar kardiyak rehabilitasyon eğitimi almış. Taburculuktan 12 hafta sonra hastaların cinsel aktiviteleri değerlendirilmiş (The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX)). Hastaların %48,57'si cinsel aktivitelerini devam ettirmiş. Ama cinsel aktivesi devam eden hastaların çoğu cinsel aktivitelerinden memnun değildi. %51,43 hasta henüz cinsel aktiviteleri devam etmemişti. Cinsel aktivitesi devam eden hastaların %70,59 kardiyak rehabilitasyon programını tamamlamış. Cinselliği devam etmeyenlerin %38,89 tamamlamıştır. Rehabilitasyonlu hastalar rehabilitasyonlu almayan hastalara göre 3,77 kez daha cinsel aktivitelerinin devam ettirmiş (Eyada ve Atwa 2007).

Ngen ve ark. tarafından MI geçirmiş evli erkekler üzerinde yapılan bir çalışmada olguların %70'inde cinsel ilişki sıklığında azalma olduğu bulunmuş (Ngen ve ark. 1991).

Papadopoulos ve arkadaşlarının 130 MI geçirmiş kadında (38 ve 65 yaş arası, ortalama yaş 53,8) yaptıkları çalışmada ise; kadınların %51'inin ve eşlerinin %44'ünün cinsel ilişki sırasında korku yaşadıklarını rapor edilmiştir. MI sonrası cinsel aktivite hastaların %27'sinde devam etmedi, %44'ünde değişiklik olmadı, %44 kadın hastada azalma olduğu bulunmuştur. Kadınların %50'sinden fazlası cinsel ilişki sırasında göğüs ağrısı, çarpıntı, terleme ve yorgunluk gibi semptomlara sahip olmuştur. Kadınların 84'ü MI öncesi aktif cinsel yaşama sahipmiş. Kadınların yaklaşık %34'ü cinsel aktiviteyi devam ettirmekte endişe yaşamıştır. Kadınları 48'i MI sonrası cinsel danışmanlık almıştır. Kadınların 61'i MI sonrası cinsel aktivitelerini devam ettirmiştir (Papadopoulos ve ark. 1983).

Papadopoulos'un başka bir çalışmasında MI sonrası kadınlarda cinsel aktiviteyi devam ettirme %72 bulunmuş, erkeklerde %79 bulunmuştur (Drory ve ark. 2000).

Miyokard infarktüsü ve revaskülarizasyon sonrası koital alışkanlıklarının egzersiz eğitiminin etkilerini değerlendirmek amacıyla, anketler, bir spor salonunda egzersiz programına kayıtlı 130 hastaya e-maile gönderilmiştir. %87'si anketleri cevaplamış. 68'i MI yaşamış ve 19'u miyokard revaskülarizasyon geçirmişti. Postinfarktüs grubun birleşme sıklığı %28 oranında MI sonrası önemli ölçüde azalmıştır; revaskülarizasyon grubunda, sadece %10 aktivitede azalma olmuştur. Revaskülarizasyon grubu cinsel birleşme için 5,7 hafta beklerken, infarktüs grubu 9,4 hafta sonra

cinsel ilişkiye devam etmek için bekledi. Bu veriler, post miyokardial infarktüs grubunda koital sıklığın azaldığını göstermiştir (Johnston ve ark. 1978).

İki yüz bir MI geçirmiş erkek hastanın emosyonel durumu, cinsel aktivitesi değerlendirilmiştir. Hastaların %75'i yorgunluktan şikayetçi, %65'i anksiyeteli ve depresif hissetmektedir. Korku, duygusal ve somatik şikayetler nedeniyle cinsel sorunlar yaşanmakta olduğu bulunmuştur (Wiklund 1984).

Üç yüz MI geçirmiş erkek hastanın cinsel yaşamı değerlendirilmiştir. Cinsel aktivitenin yaşla azaldığı bulunmuş. %26 vakada cinselliğin bütün fazlarında bir veya birkaç semptom gelişirken, özellikle orgazm da daha çok sorun yaşandığı belirtilmiştir. Hastaların sadece %11,33'ü 6 ay içinde cinsel yaşamlarına devam ederken, diğerleri ertelemiştir. Hastaların %27,8 cinsel aktivite fobi yaşamıştır. %39'u hastada cinsel aktivitenin kalitesi azalmış. %31'inde hastanın üst cinsel pozisyonu alt pozisyonla değiştirilmiştir (Gupta 1990).

Hamilton ve Seidman'ın 20 kadın ve 42 erkek MI geçirmiş hastaların MI sonrası cinsel yaşamlarını, çalışmaya dönmelerini ve kardiyak rehabilitasyona katılmalarını karşılaştırmıştır. Akut MI öncesi ev işlerinde daha büyük sorumluluğa sahip olan kadınlar, MI sonrası dört hafta içinde yemek pişirme, bulaşık, okuma, yatak yapma, çamaşır yıkama, toz alma ve süpürme işlerine dönebilmektedir. Akut MI öncesi aktif cinsel yaşama sahip olanlar, ortalama sekiz hafta sonra cinsel yaşamlarını devam ettirmektedir. Kadınların cinsel aktivite sıklığı ve memnuniyeti azalmıştır. Cinsel aktivite sırasında göğüs ağrısı deneyimleyen olmuştur. Akut MI sonrası kadınlar erkeklerden daha az kardiyak danışmanlık almakta olduğu bulunmuştur (Hamilton ve Seidman 1993).

Papadopoulos ve ark.'nın 100 MI geçirmiş erkek hastanın eşlerinin cinsel endişelerini ve ihtiyaçlarının değerlendirmiş. 31 eş hastaneden taburculuk öncesi MI'nın cinsel yaşamlarını etkileyebileceğini düşünmüş. Kadınların sadece 45'i eşleri taburcu olmadan önce herhangi bir cinsel bilgi almıştır. 76 çift MI sonrası cinsel yaşamlarını devam ettirmiş. 24 çift devam etmemiştir. Eşler cinsel ilişkide endişe duymuşlar, bunun en büyük nedeni korkudur. Korku alınan cinsel danışmalıkla hafifletilmekte, MI sonrası cinsel yaşam sağlıklı devam ettirilebilmektedir (Papadopoulos ve ark. 1980).

Baylin ve ark.'nın Kosta Rica da MI geçirmiş 530 hastada MI için tetikleyici olacak cinsel aktivite, ağır fiziksel egzersizin ve enfeksiyon etkisi incelenmiştir. Ağır fiziksel egzersiz sonrası bir saat içindeki MI için rölatif risk; 4,94 (95% güven aralığı [confidence interval: CI], 3,73-6,54) ve cinsel aktivite sonrası iki saat içinde MI için rölatif risk; 5,47 (95% CI, 2,71-11,02) bulunmuştur. Ağır fiziksel egzersiz sonrası MI için risk, az fiziksel egzersiz yapanlara göre daha büyüktür. Ağır fiziksel egzersiz ve cinsel aktivite MI için potansiyel tetikleyici olduğu bulunmuştur (Baylin ve ark. 2007).

Altıok ve Yılmaz; MI'ya sahip hastaların cinsel yaşamlarının tanımlayıcı ve niteliksel bir araştırma ile incelemiştir. Bu çalışmaya bir üniversite hastanesinin kardiyoloji bölümüne kayıtlı 200 hastadan çalışma kriterlerine uyan 32 hasta çalışmaya katılmıştır. Hastalara derinlemesine görüşme ile yarı yapılandırılmış 12 soru sorulmuş. Çalışmanın analizinde içerik analizi kullanılmış. 10 tema analiz sonucunda bulunmuş. Bunlar: Cinsellik her şeydir, cinsel yaşam özeldir ve onun hakkında konuşulmamalıdır, kalp hastalığı cinsel yaşam üzerinde negatif etkiye sahiptir, yaş cinsellik için bir sorundur, cinsel aktivite kalp üzerinde faydalıdır, cinsel aktivite sırasında yeni bir kalp krizi geçirme korkusu, eşin cinsel istek eksikliği, cinsellik gücü ifade eder, Türk kadınları eşleriyle cinselliği ret eder, sağlık personelleri cinsellik hakkında hastalarla konuşmazlar. Bu çalışmaya göre, kalp krizi geçirme korkusu hastaların cinsel yaşamlarını negatif etkilediği ve bu konuda sağlık personelinden destek alınmadığı bulunulmuştur (Altıok ve Yılmaz 2011).

Akdolun ve Terakye, MI öncesi ve sonrası hastaların cinsel yaşamlarını tanımlayıcı bir araştırma ile değerlendirmiş. Çalışma Ankara'da devlet, üniversite ve sosyal güvenlik hastanelerin kardiyoloji bölümündeki 789 MI hastası katılmıştır. Çalışmaya gruplara ayrılarak 110 hasta katılmıştır. Çalışma örnekleminin %95 erkekti. Çalışma 1992 yılında Mart ve Temmuz ayları arasında olmuştur. Veriler hastalar taburcu olmadan önce ve taburculuk sonrası 2.-5. aylar arasında ev ziyaretleri yapılarak veriler toplanmıştır. MI sonrası cinsel ilişki sıklığında azalma %65,6, alışılmış cinsel ilişki pozisyonunda değişiklik %52,5, erken boşalma %49,5, cinsel istekte azalma %58,1, eşlerin uyarılmaması %26,7, libidonun azalması %0,9, cinsel ilişki sırasında kalp krizi korkusu %63,9, cinsel aktivite sırasında gergin olma %3, cinsel aktivite sırasında erkek yorulma %50,5, dispne %26,7, göğüs ağrısı %19,8 bulunmuştur. MI öncesi cinsel ilişkinin kalitesinde zorluk deneyimlemeyen hastaların %73,6'sı MI sonrası cinsel zorluklar deneyimlemiştir. MI öncesi istek ve uyarılmada sorun yaşamayan 69 hastanın 36'sı MI sonrası sorun yaşamıştır. MI öncesi fiziksel bir sorun tanımlamayan 72 hastanın 44'ü MI sonrası cinsel ilişki sırasında fiziksel sorunlar yaşamıştır (Akdolun ve Terakye 2001).

Hatamochi ve Komatsu miyokard infarktüsün cinsel yaşamlarındaki etkilerini araştırdığı çalışmada; hastalar cinsellik olarak iç enerjide azalma, cinsel istekte azalma, cinsel endişe, karı ve koca arasında ilişkinin tekrardan yapılandırılması gerektiği ve hasta kendi dünyası içinde çatışmalar yaşadığını ifade etmiştir (Hatamochi ve Komatsu 2001).

Casado Dones ve ark.'nın yaptığı çalışmada MI'nın cinsel fonksiyonu etkilemediği, ama psikolojik faktörler, yaş, ilaçlar ve diğer ilişkili hastalıklar bir sebep olabildiği bulunmuş. Tekrar cinsel hayata başlamak için, sessiz bir ortak, iyi bir eğitim programı ve kişileştirilmiş özel alternatifler yardımcı olabilir (Casado Dones ve ark. 2002).

Turman'ın yedi miyokard infarktüsü geçirmiş hastada yaptığı niteliksel çalışmada sekiz tema ortaya çıkmış. Kadınlar kalp ataklarına sahip değildir, ev işi iş değildir, MI sonrası korku ve depresyon ortaya çıkar, kadınlar ailede bakım vericidir, MI sonrası aile ilişkisi için alternatifler bulunmalıdır, kadınlar bütüncül olarak iyileşmiş görünebilir, MI deneyimi pozitif sonuçlarda getirebilir. Bu çalışmada da hastaların MI sonrası cinsel korku yaşandığı bulunmuştur (Turman 1995).

Kavanagh ve Shaphard MI sonrası ortalama üç yıldır bir egzersiz merkezi programına kayıtlı 161 hastaya cinsel aktiviteleriyle ilgili anket yapılmış. Grubun yarısının, cinsel aktiviteleri değişmemiş veya infarktüs öncesi ile karşılaştırıldığında artmıştır. Geriye kalanlarda bir azalma olmuştur. Bu gruptaki 29 erkek daha çok pasif bir cinsel rolü sahipti. 26'sı cinsel ilişki sırasında anjina veya ventriküler erken atıma sahipti. Çalışmada infarktüs sonrası düzenli egzersize sahip olanlarda cinsel sorunların daha az yaşandığı ve MI sonrası cinsel aktivitelerini daha rahat devam ettirdikleri bulunmuştur (Kavanagh ve Shaphard 1977).

Froelicher ve arkadaşlarının yaptığı prospektif randomize çalışmaya 258 MI hastası katılmış. Grup A, hemşirelik bakımı ve tıbbi bakım alan grup; grup B1 rutin bakıma ek olarak egzersiz; grup B2 rutin bakıma ek olarak egzersiz ve eğitim-danışmanlığa katılmıştı. MI sonrası cinsel aktivitelerine dönmelerinde üç grup arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Hastaların çoğu 12. haftada cinsel aktivitelerine dönmüştü (Froelicher ve ark. 1994).

Merrigan'ın MI geçirmiş yaşlı 6 kadın hastada cinsel yaşamları ile ilgili niteliksel bir çalışma yapmıştır. Kadınlar 65 ve üzeri, en az 3 hafta önce MI geçirmiş, bir yılı geçmemiş olan kadın hastalar çalışmaya alınmış. Yapılan görüşme de hastalar cinsel yaşamları ile ilgili korku yaşadıklarını, sorulması gereken sorunlar olduğunu ifade etmiş. Çalışmada cinsel danışmanlığın eksikliği vurgulanmıştır (Merrigan 1998).

Megiddo ve ark.'nın FSFI anketini kullanarak 104 (27'si tek damar hastalığı, 38 kadın çoklu damar hastalığına ve 39 kadın koroner stenoza ve geçirmiş miyokard infarktüsü yoktur) kadında yaptığı çalışmada, normal cinsel ilişki koroner arter hastalığı olanlarda karşılaştırıldığında koroner arter hastalığı olmayanlarda iki kat daha fazla görülmüştür (Megiddo ve ark. 2009).

Arenhall ve ark.'nın MI geçiren 20 kadın üzerinde yaptığı kalitatif çalışmada hastalar 'kayıp yaşam duygusu' sınırlı bir yaşam alanı ve 'hayatın başka boyutu' şeklinde deneyimlerini ifade etmişlerdir (Arenhall ve ark. 2010).

Muller ve ark.'nın 858 MI geçirmiş hastada yaptığı çalışmada; %79 MI hastası 24 saat içinde cinsel ilişkide bulunmuş ve %23'ü MI semptomlarından 2 saat öncesinde cinsel ilişkide bulunmuştur. Cinsel aktivite sonrası meydana gelen MI'nin rölatif riski 2,5 bulunmuştur (%95 güven Aralığı; 1,7-3,7). Önceden anjina hikayesi olan hastalarda MI için hedeflenen rölatif risk (2,1 [95%

CI, 0,8-5,8]) önceden kardiyak hastalığı olmayanlardan daha büyük değildir. Cinsel aktivite sırasında MI görülebilir. Ama rölatif riski düşüktür. Cinsel aktivite sadece %0,9 oranında MI'ya neden olabilmektedir (Muller ve ark. 1996).

Sundler ve ark.'nın 10 MI geçirmiş kadın hastada yaptığı kalitatif çalışmada, kadınlar MI sonrası cinsel tedirginlik yaşadığını, tekrar MI geçirme korkusu olduklarını ifade etmişlerdir (Sundler ve ark. 2009).

1950-1976 yılları arasında Berlin'de meydana gelen 1722 adli otopsi vakasının 30'unda (%1,7) cinsel aktivite sırasında beklenmedik ölüm rapor edilmiş. Sadece 2 vaka kadındı. Ölen vakaların 23'ü evlilik dışı cinsel ilişkide meydana gelmişti. 30 ölümün 5'i cinsel aktivite öncesi, 9'u cinsel aktivite sırasında ve 16'sı koitus sonrası meydana gelmiştir. Yine Almanya'da yapılan diğer büyük bir çalışmada, yaklaşık 30 yıl periyodundaki 31691 adli otopsi vakası incelenmiş, 68 (%0,22) vakada cinsel aktivite sırasında ölüm meydana gelmiştir. Ölümlerin çoğu erkeklerde (%92,6) olmuştur. Ölümlerin 39'u evlilik dışı ilişki sırasında yaşanmıştır. Bu çalışmada evlilik dışı ilişki MI için tetikleyici bulunmuş. Vakaların üçte birinde miyokard infarktüsü semptomsuz meydana gelmiştir. Japonya'da 1959-1965 yılları arasında 8275 otopsi vakasının 67'si koital ölüm sonucunda meydana gelmiş. Bunların 65'i erkekti ve 47'si evlilik dışı ilişki sırasında meydana gelmiştir. Kore'de 2001-2005 yılları arasında oluşan 1379 otopsi vakasının 14'ü koital ölüm sonucu oluşmuştur. Bunların 9'u erkektir. 10'nu evlilik dışı ilişki sırasında meydana gelmiştir. Kardiyak hastalar da koital ölüm nadir görülmesine rağmen, düşük bir kardiovasküler riski vardır (Chen ve ark. 2009).

Montorsi ve ark.'nın 285 koroner arter hastalığına sahip erkek hastada erektil disfonksiyon çalışmasında hastalar 3 gruba ayrılmıştı. Birinci grupta akut koroner sendrom ve tek damar hastalığı olanlar (n=95), ikinci grupta akut koroner sendrom ve iki-üç damar hastalığı olanlar (n=95) ve üçüncü grupta kronik koroner sendromdur (n=95). Kontrol grubunda anjiyo sonucu normal koroner arterler çıkmış 92 hasta alınmış. Veri toplamada erektil fonksiyonda International Index of Erectile Function (IIEF) uluslararası indeks kullanıldı. 26 puandan daha düşük almak erektil disfonksiyon olduğunu göstermiş. Grup üçte erektil disfonksiyon daha fazla görülmüştür (Montorsi ve ark. 2006).

Masoomi ve ark.'nın 198 hastada yaptığı çalışmada; hastaneye MI ile başvuran hastaların anjından 12 saat önce neler yaşadığı, MI'yı tetikleyen durumlar neler olduğuna bakılmış. Kötü haber deneyime sahip hastalar arasında, göğüs ağrısı oluşma riski 6,9 [% 95 güven aralığı (CI) 1,5-31,8]. Ayrıca, cinsel aktivite bulunanlarda, bu riski 3,4 (% 95 güven aralığı 1,1-10,4) bulunmuştur. Kötü haberi takiben göğüs ağrısı riski erkekte 9,9 iken (% 95 CI 1,1-87,6), kadınlarda cinsel aktivite sonrası risk 13,3 (% 95 CI 1,4-120,9) bulunmuştur. Sonuç olarak umulmadık ani kötü haber

erkeklerde akut kardiyak olaylar için önemli bir tetikleyicisi iken, cinsel aktivite kadınlar için önemli bir tetikleyicidir (Mandras 2007; Masoomi ve ark. 2010).

Miyokard infarktüsü sonrası cinsel yaşama başlamada hasta ve hastanın eşi endişe duymaktadır. Hastaların %17'si ve eşlerin %35'i cinsel aktiviteye başlamada endişe yaşamıştır (Muller 1999). MI geçirmiş 50 hastayla ve 50 kontrol grubuyla yapılan çalışmada, diyabet, sigara kullanımı ve hipertansiyonun cinsel disfonksiyon olarak her iki grupta da önemli fark bulunmamış. Erektile disfonksiyon MI grubunda %42 oranında, kontrol grubunda %48 oranında görülmüş (Muller 1999).

Yaklaşık 1700 hastada yapılan çalışmada, akut MI sırasında hastalar hangi durumlarda olduğu araştırılmış. Hastaların yaklaşık %19'u MI sırasında uyanık, %12'si psikolojik stres altında, %4'ü ağır güç sarf etmiş, %2,4 kızgın ve %1,5 cinsel aktivite sonrası MI geçirmiştir (Gullette ve ark. 1997; Muller 1999).

Framingham kalp çalışmasının verilerine göre cinsel aktivite sonrası iki saat içinde MI için rölatif risk oldukça düşüktür. Öncesinde kardiyak hastalık hikayesi olmayanlar için MI riski 2,5 (%95 güven aralığı; 1,7-3,7) ve MI öyküsü olan hastalar için 2,9 (%95 güven aralığı; 1,3-6,5), erkeklerde 2,7 (1,8-4,0), kadınlarda 1,3 (0,3-5,2), sedanter yaşama sahip olanlarda 3,0 (2,0-4,5), fiziksel aktivite yapanlarda 1,2 (0,4-3,7) dir (Muller 1999; Jackson 2009).

Düzenli yapılan fiziksel egzersiz kardiyovasküler hastalık riskini daha düşürürken, fiziksel aktivitenin her epizodunda MI, ani kardiyak ölüm, hemoraji ve iskemik inme riski geçici olarak artar. Risk düzenli yapılan fiziksel aktivite ile azalır. Örneğin; Myocardial Infarction Onset Study (MIOS) çalışmasında, ağır fiziksel aktivite periyotlarında MI riski, istirahatta veya aktivitesi daha düşük olan periyotlara göre bir saat içindeki MI riski 5,9 kez daha yüksektir (95% confidence interval [CI], 4,6 -7,7). Haftada birden az egzersiz yapanlarla (RR, 107; %95 CI, 67-171), haftada beş ve üzerinde egzersiz yapanlarla (RR, 2,4; 95% CI, 1,5-3,7) karşılaştırıldığında, MI'nin rölatif riski az egzersiz yapanlarda daha yüksektir. Benzer bir çalışma, Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP) da, 6 MET (metabolic equivalent of oxygen consumption) ve üzeri fiziksel güç periyotları ile istirahat ve fiziksel gücün daha düşük olduğu periyotlarla karşılaştırıldığında 15 dakika içindeki MI riski 6,1 kez daha büyüktür. Haftada bir kez ağır fiziksel egzersiz (RR, 100,7) ile her hafta dörtten daha fazla düzenli egzersiz episodları (RR,3,3) karşılaştırıldığında rölatif risk ağır fiziksel yapanlarda daha büyüktür (Mittleman ve ark. 2011).

MIOS çalışmalarına göre, cinsel aktivite sonrası iki saat içinde MI riski 2,5 kat artar, düzenli yapılan fiziksel egzersizde risk azalır. Öncesinde kardiyak yakınması olmayanlarla karşılaştırıldığında, cinsel aktivitenin MI tetiklemedeki rölatif riski öncesinde anjina veya öncesinde MI geçirmiş olanlardan daha büyük değildir. Vakaların sadece %0,9'unda cinsel aktivite

MI'n başlatmasını tetikleyicidir. Cinsel aktivite sonrasında MI'n rölatif riski oldukça güçlü olmasına rağmen, mutlak riski minimaldir. Çünkü bazal risk düşük, maruz kalma durumu geçici ve seyrek (Mittleman ve ark. 2011).

Tofler ve Muller kardiyovasküler olayları tetikleyicileri önlemek için beş potansiyel strateji amaçlamıştır (Mittleman ve ark. 2011).

1. Uzun dönen standart koruyucu önlemler hedeflenmelidir. Örneğin; kolesterol ve kan basıncını yönetmek, sigara kullanmamak, alkol almamak, fiziksel aktivite yapmak.
2. Uzun dönem tetikleyici özel önleyici terapilere odaklanmak, öfkeyi kontrol etmek, anksiyete azalmak ve kontrol edebilme.
3. Eğer bir kişi kardiyovasküler olaylar için düşük mutlak riske sahipse, kaçınma gerekli değildir.
4. Eğer bir kişi mutlak riske sahipse, o kişi mutlak tetikçilerden kaçınmalı veya değiştirmelidir.
5. Aspirin, β -blokör, statinler ve anjotensin-konverting enzim inhibitörleri kardiyovasküler olayların potansiyel yan etkilerine yararlı olabilir.

Muller ve arkadaşları cinsel aktivite sonrası iki saat içinde MI'n rölatif riski 2,5 (95% confidence interval (CI) 1,7-3,7) rapor edilmiştir, fiziksel olarak inaktif kişilerde risk daha da artar. Ancak, mutlak risk artışı çok küçüktür, burada herhangi bir klinik ve halk sağlığı alanında verilen tavsiyelerin önemi yer almaktadır (Möller ve ark. 2001).

Möller ve ark.'nın Stockholm Heart Epidemiology Programme (SHEEP) yaptığı çalışmaya göre uyarıcı semptomları olmayan hastaların sadece %1,3'ü MI başlamadan önce iki saat içinde cinsel aktiviteye sahiplerdi. Miyokard infarktüsünün rölatif riski cinsel aktivite sonrası bir saat içinde 2,1 (95% confidence interval (CI) 0,7 - 6,5) bulunmuş, sedanter yaşama sahip olanlarda bu risk 4,4 (95% CI 1,5 - 12,9) dür. SHEEP çalışmasında, ortalama 45-70 yaş arası kadın ve erkeklerde; MI için %0,263 yıllık riske karşılık olarak ortalama risk saate milyonda 0,300 dür (Möller ve ark. 2001).

1663 akut kalp krizi geçirmiş hastaların katıldığı çalışma da, bunların sadece 858'i MI'den bir yıl içinde aktif cinsel yaşama sahipmiş. Sadece %27'si MI öncesi iki saat içinde cinsel aktivitede bulunmuş. Önceden kardiyak hastalığı olanlarla ve olmayanlar arasında risk büyük değildir. Cinsel aktivitenin MI'yı sadece %0,9 tetiklediği bulunmuştur (Hartston 1996).

Düzenli egzersiz cinsel aktivite sırasındaki MI riskini azaltır. 27 kişi cinsel ilişkiden iki saat içinde MI geçirmiş, bunların 23'ü sedanter bir yaşama sahipti. Düzenli egzersiz yapanlarda, post koital kalp krizi riski normalden daha büyük değildir. 50 yaşından küçük olan, sigara içmeyen, diyabeti olmayan birinde MI riski her yıl yaklaşık %1 dir. Yani her saatte bir milyonda birdir. Cinsel aktiviteye sahip olma sadece MI riskini bir milyonda bir artırır (Hartston 1996).

Akut koroner olayları fiziksel güç ve öfke tetiklemektedir. Strike ve ark.'nın 295 hastada yaptığı çalışma da MI öncesi %10 hasta 1 saat önce fiziksel güç harcamış, %17,4 ise öfkelenmiştir (Strike ve ark. 2006).

Kötü ilişkiler kalpte bir baskı yapar, negatif bir stres yaratır, mutlu bir ilişki, kadınları, sağlık risklerinden korumaktadır. 490 menopoz öncesi kadın karşılaştırılmış. Mutsuz evliliği olan ve bekar kadınlarla, mutlu bir evliliğe sahip olan kadınlarla karşılaştırıldığında kalp hastalığı risk faktörleri (kan basıncı, kolesterol gibi) daha fazla görülmüş. Seks terapistleri, düzenli cinsel aktivite ile düzenli egzersizi karşılaştırmıştır. İkisinde benzer yararlar bulunmuştur. Dolaşımı artırır ve kolesterol seviyesini düşürür. Amerikan kalp derneğine (The Amerikan Heart Association) göre haftada en az üç kez 30 dakikalık egzersiz yetişkinlerdeki kardiyovasküler hastalık riskini azaltır (Turner 2001).

Cinsel aktiviteyi takibinde saatler ya da dakikalar içinde koital anjina ortaya çıkabilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 6 milyondan daha fazla kişi anjina pectoris deneyimlemektedir. Koital anjina bütün anjina ataklarının en az %5'inde ortaya çıkar. Çeşitli sebeplerden dolayı, orta yaş veya yaşlı kadınlar, aynı yaştaki erkeklerden cinsel aktiviteyle daha çok meşguldür. Bunu rağmen, koital anjina prevelansı erkeklerin kadınlardan daha yüksektir. Kadın ve erkeklerde cinsel aktivitedeki fiziksel taleplerinin karşılaştırılması bilinmemektedir (Debusk 2003). Şiddetli fiziksel güç harcayıp anjinası olmayan hastalarda, koital anjina nadirdir. Minimal fiziksel aktivite ile şiddetli koroner arter hastalığı deneyimleyen hastalar, sedanter bir yaşam sıklıkla sürdürmektedir (Debusk 2003).

Cinsel aktivite bütün miyokard enfarktüslerin %1'inden daha az neden olur. Ancak, fiziksel güç ve kızgınlık sırasında akut MI %5 ve %3 görülebilir. Arterioskleroza sahip olan hastaların çoğu akut MI deneyimleyebilir. Ama yarısından daha azı koroner arter hastalığının önceki semptomlarına sahip olmuştur. Koroner arter hastalığının semptomlarına sahip olan hastalar, cinsel aktivite dahil, normal yaşam aktivitelerindeki akut MI riskinin değerlendirilmesi önemlidir (Debusk 2003; Yard 30 Nisan 2011 Clinical advisor (Magazine)).

Modern yaşamın stresleri ve beslenme alışkanlıkları kalp hastalığı riskini arttırmıştır ve kalp hastalığı yaşı aşağı inmiştir. Kalp krizi sonrasında hem hastalar hem de partnerleri cinsel aktivite de dahil olmak üzere tamamen normal yaşamlarına geri dönmeleri konusunda oldukça endişeli ve çekimserdirlere. Pek çok çift hatalı olarak cinsel aktiviteyi riskli ve tehlikeli bulurlar. Klinik araştırmalarda da bu durum ortaya konmuştur. Son yıllarda yapılmış bir çalışmada, hastaların %17'si, partnerlerinin ise %35'i MI sonrasında cinsel aktivitelerine geri dönmek için endişeli olduklarını belirtmişlerdir (Muller 1999). Temel korkuları cinsel yetersizlik ve/veya cinsel aktiviteye bağlı kardiyovasküler hastalığın tetiklenmesidir. Bu durum, anksiyete ve gerginlik

oluşturur, kişiyi cinsel aktiviteden uzaklaştırır, özellikle hastalarda depresyona ve öz güven kaybına neden olur ve çiftler arası ilişkileri ciddi olarak bozabilir (Muller 1999).

Cinsel aktivite esnasında kalp hızında, kan basıncında ve oksijen tüketiminde bazı değişiklikler meydana gelir. Genelde sağlıklı bir kişide cinsel aktivite hafif-orta dereceli bir egzersize eşdeğerdir. Kalp hızı nadiren 130 atım/dakika (dk) ve sistolik kan basıncı 170 mmHg'ı aşar (Devries 1998; DeBusk 2000; Falk 2000; Chen ve ark. 2009 Quote O'Donovan 2010a). Egzersizin standart klinik ölçüm birimi MET (metabolic equivalent of oxygen consumption) olarak ifade edilir. İstirahat durumunda egzersiz yükü (tüketilen oksijen miktarı) 1 MET'dir (1 MET = 3,5 ml / kg / dk). Saatte 2 mil yürüme 2 MET, saatte 10 mil bisiklete binme 6-7 MET, yürüme bandında 4. derecede saatte 4,2 mil yürüme 13 MET, 2 katlı merdiven çıkma 3 MET enerji kaybına neden olur. Bir süre öncesine kadar 2 katlı bir merdiven çıkan kişinin rahatça cinsel aktivitede bulunabileceği kabul edilirdi. Ancak merdiven çıkma ile cinsel aktivite birebir aynı değildir. Cinsel aktivite esnasında emosyonel faktörlerde söz konusudur ve dolayısı ile harcanan enerji miktarı daha fazla olabilir. Sağlıklı bir kişide maksimum egzersiz kapasitesi 15,5 MET'dir. Cinsel aktivitenin preorgazmik fazında 2-3 MET, orgazmik fazında ise 3-4 MET'lik bir harcama olmaktadır. Genç çiftlerde bu harcama 5-6 MET'e kadar artabilir (DeBusk 2000; Chen ve ark. 2009; Quote O'Donovan 2010a). 1969 yılında orta yaşda, arteroskleroz hastalığına sahip 48 vakada, cinsel aktivite sırasında en yüksek kalp hızını 117,4 atım /dakika, pik sistolik kan basıncı hızını 162 mmHg; 1977 yılında MI geçirmiş 46-54 yaşları arasında 16 vakada cinsel aktivite sırasında en yüksek kalp hızı 127 ve 120 bulunmuş. 2007 yılında 41-70 yaşları arasında 10'u koroner arter hastalığına sahip 32 vakanın cinsel aktivite sırasındaki pik kalp hızı erkekte 113atım /dk, kadında 136 atım /dk, pik sistolik kan basıncı erkekte 152 mmHg, kadında 136 mmHg bulunmuş (Chen ve ark. 2009).

Kloner ve Jarow'un bir çalışmasında da, bu durumu destekler bulgular saptanmıştır. Cinsel ilişki esnasında kardiyak nabız 120-130/dk, arteriyal kan basıncı 150-180 mmHg arasında bulunmuştur. Standart bir cinsel ilişkide bu piklerin ortalama 3-5 dakika sürdüğü ve MET değeri 5-6 olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın sonucuna göre cinsel ilişkiye bağlı kan basıncı ve kardiyak nabız egzersizin herhangi bir formunda olduğu gibi arttığı, düzenli egzersiz yapan kişilerde MI riskinin azaldığı belirtilmiştir (Kloner ve Jarow 1999).

Laboratuar ortamında cinsel aktiviteye bağlı meydana gelen hemodinamik ve metabolik cevaplar 10 sağlıklı erkekte araştırılmıştır (Bohlen ve Held 1984). Bu amaçla kalp hızı ve oksijen tüketimi, self stimülasyon, partner stimülasyonu, kadın üstte iken cinsel ilişki ve erkek üstte iken cinsel ilişki sonrasında değerlendirildi. Self veya partner stimülasyonu ile pik kalp hızı artışı 102 /dk, orgazm durumunda pik kalp hızı artışı erkeğin üstte olduğu koitus esnasında 127 /dk, kadının

üstte olduğu koitus esnasında 110 /dk bulundu. Koital aktiviteler, yürüme bandı esnasındaki egzersiz testiyle karşılaştırıldığında oksijen tüketimi non-coital cinsel aktiviteler için %11-12, erkeğin üstte olduğu koitus esnasında %22, kadının üstte olduğu koitus esnasında %16 artmıştır. Erkeğin üstte olduğu koitusta 3,3 MET,

kadının üstte olduğu koitusta 2,5 MET, non-koital cinsel aktiviteler için 1,7 MET harcama saptanmıştır. Sonuç olarak, kalp hızı artışı ve oksijen tüketimi non-koital aktiviteler ile kadının üstte olduğu koitus esnasında benzerdir, ancak-erkeğin üstte olduğu koitus esnasında daha fazladır (Bohlen ve Held 1984; Atan ve Delibaşı 2003).

Ortalama yaşların 49 ± 7 olan çalışan 201 erkek hasta da komplikansız MI sonrası iyileşip, mesleki çalışmalarına en kısa zamanda geri dönmeleri değerlendirilmiştir. Rutin bakım alan 102 hasta kontrol grubunu, treadmill testi yapılan 99 hasta ise deney grubunu oluşturmuştur. Gruplar arasında yaş, medikal durum, meslek tipi, görev yılı ve komorbid hastalıklar bakımından fark yoktu. Altı ayda, deney grubundaki hastaların %92'si, kontrol grubundaki hastaların %88'i part-time veya full-time çalışmaya başlamıştır. Deney grubundaki hastalar ortalama 51 günde, kontrol grubundaki hastalar ortalama 75 günde fulltime çalışmaya geri dönmüştür (Dennis ve ark. 1988).

Sağlıklı, 50 yaşındaki bir erkekte yıllık MI riski %1' dir. Haftada bir yapılan cinsel ilişki ile bu risk sadece %1,01'e artar. Kalp hastalığı olan ve MI için yüksek riskli kişilerde MI görülme oranı %10'dur ve cinsel ilişki ile bu oran %10,1'e çıkar. Bu riskin geçerli olduğu süre cinsel ilişki sonrası 2 saattir. Bu sürenin bitiminde risk ortadan kalkar. Sonuç olarak risk geçici bir sürede vardır ve düzenli egzersiz ile bu geçici risk daha da azaltılabilir veya ortadan kaldırılabilir (Muller ve ark 1996; Muller 1999). MI esnasında erkeklerin nelere maruz kaldığını inceleyen 1700 olguluk bir çalışmada hastaların yaklaşık %60'ında bilinen bir maruziyet yoktu, %19'u uykudan yeni uyanmıştı, %11,6'sı psikolojik strese maruzdu, %4,9'u ağır egzersiz yapıyordu, %2,4'ü kızgındı ve sadece %1,5'i cinsel ilişkideydi (Muller 1999). Ueno isimli bir japon patolog 5559 ani ölüm olgusunun sadece 34 tanesinin (%0.06) koitus esnasında olduğunu saptadı. Bu olguların 18'i kardiyak kökenliydi ve 27'si evlilik dışı cinsel ilişki esnasında meydana gelmiştir. Bu çalışmada standart partner ile koitusun ani ölüme çok az etkisi olduğu (%0,06) ve evlilik dışı koitusun daha yüksek risk oluşturduğu belirtilmiştir (Stein 2000). Cinsel ilişkide başka risk faktörleri partner, pozisyon ve yerdir (Taylor 1999). Alışık olunmayan bir yerde, farklı bir partner ile cinsel ilişkide bulunma fazladan strese ve dolayısıyla da katekolamin salınımına neden olur. Bu da miyokardın oksijen tüketimini artırır.

Kardiovasküler hastalık risk faktörleri aşağıda sıralanmış olup bunlardan cinsiyet faktörü haricindeki 3 veya 3'ün üzerinde faktörün bulunması cinsel aktivite esnasında MI riskini artırmaktadır: (Metin ve ark.2003; Kostis ve ark. 2005; Graham ve ark. 2007; Jackson ve ark. 2010)

- a) Yaş
- b) Erkek veya menapoz sonrası kadın
- c) Hipertansiyon
- d) Diabetes mellitus
- e) Şişmanlık
- f) Sigara içimi
- g) Dislipidemi
- h) Sedanter yaşam

Kardiyovasküler hastalık için major risk faktörleri yaş, hipertansiyon, diabetes mellitus, obezite, sigara, dislipidemi ve sedanter hayat tarzıdır (Metin ve ark. 2003; Buckley ve Grose 2011).

II. Princeton konferansında hastaların cinsel aktivite sonrası miyokard infarktüsü risk değerlendirme klavuzu geliştirildi. Hastalar kardiyovasküler durumlarına göre MI sonrası cinsel aktivitenin başlatılmasında hastalar 3 risk grubuna ayrılarak değerlendirilir: 1- Düşük risk, 2- Orta risk, 3- Yüksek risk (Debusk 2003; Metin ve ark. 2003; Kostis ve ark. 2005; Jackson ve ark. 2006; Quote O'Donovan 2010b).

Düşük risk kategorisinde cinsel aktivite ciddi kardiyolojik risk oluşturmamasına karşın, yüksek risk kategorisi hastanın kardiyolojik olayının değerlendirilip, tedavisi veya stabilizasyonu sonrası seksüel disfonksiyon tedavisinin yapıldığı gruptur (Debusk 2003; Metin ve ark. 2003; Quote O'Donovan 2010b).

Hastaların cinsel fonksiyon değerlendirilmesi yapılır. Fiziksel muayene ve laboratuvar testlerine göre hangi risk grubunda olduğu belirlenir. Hastaların genellikle %60-70 düşük risk, %15-30 orta risk, %10-15 yüksek risk grubuna girmektedir. Orta risk grubuna giren hastalara çeşitli testler daha yapılarak, düşük ya da yüksek riske dahil edilir. Örneğin radyonükleik görüntüleme kullanılıp ya da kullanılmadan egzersiz test, farmakolojik stres testi yapılabilir. Düşük risk grubundaki hastalar cinsel aktivitelerine devam ederler ya da ayrıntılı bir kardiyak test gerekmeden cinsel disfonksiyon için muayene olabilir. Yüksek risk grubundaki hastalar, gerekli kardiyak tedavi görüp durumu stabil olana kadar cinsel aktiviteden uzak kalır. Tüm hastalar 6 aylık aralarla düzenli olarak takip edilmelidirler (Debusk 2003).

Düşük riskli grup:

- a- Aseptomatik ve 3'ten az koroner arter hastalığı için risk faktörünün olması
- b- Kontrollü hipertansiyon
- c- Hafif, stabil anjina
- d- Geçirilmiş, unkomplike MI (6-8 hafta önce)
- e- Hafif kapak hastalığı

- g- New York Kalp Derneği I. derece kalp yetersizliği
- h- Başarılı koroner revaskülarizasyon işlemi

Yüksek riskli grup:

- a- Unstabil veya refrakter anjina
- b- Kontrol edilemeyen hipertansiyon
- c- New York Kalp Derneği III-IV. derece kalp yetersizliği
- d- Yeni MI (2 haftadan önce)
- e- Yüksek riskli aritmiler
- g- Hipertrofik obstrüktif ve diğer kardiyomiyopatiler
- h- Orta-ciddi kapak hastalığı
- ı- 3 ten fazla risk faktörü olması

Orta riskli grup:

- a- 3'ten fazla risk faktörünün olması
- b- Orta dereceli stabil anjina
- c- 2-6 hafta arasında geçirilmiş MI
- d- New York Kalp Derneği II. derece kalp yetersizliği
- e- Aterosklerozun non-kardiak sekelleri (stroke, periferik damar hastalığı)

Myokard infarktüsü hastalar için fiziksel ve psikolojik olarak yaşamında büyük bir değişiklik yaratmaktadır. Myokard infarktüsü sonrası hastanın taburculuk sonrası yaşamına adaptasyonu ve risk faktörlerini modifiye etmesi önemlidir (Quote O'Donovan 2010c).

Cinsellik yaşamın vazgeçilmez bir parçasıdır. Bu konuda sorun yaşandığında yaşamın diğer alanları ve sonuçta bütün olarak yaşam kalitesi olumsuz olarak etkilenir. Sağlık personelin temel fonksiyonu sağlığın korunması ve sağlıktan sapmalar olduğunda gerekli yardımın yapılmasıdır. Bu nedenle kardiyovasküler hastalığı olan bireylere bakım veren sağlık personelin hastaların cinsel fonksiyon durumlarını değerlendirmesi ve sorun varsa çözümü için uygun girişimlerde bulunması gereklidir (Yıldız ve Pınar 2004; Ivarson ve ark. 2009). MI sonrası cinsel rehabilitasyon süreci egzersiz, diyet, cinsel eğitimi, sigara bırakma, kilo verme ve sosyal desteği içerir. Bu süreç multidisipliner bir takım işidir (Djurović ve ark. 2010.)

İrlanda'da ulusal olarak yapılan bir çalışmada koroner kalp hastalığına sahip olan hastalara yeterince cinsel eğitim verilmediği görülmüştür (Doherty ve ark. 2010).

Jaarsma ve ark.'nın 157 kardiyovasküler hemşiresinde yaptığı çalışmada hemşirelerin beşte biri yeterli bilgiye sahipken, %40'ı hastalarla cinsel sorunlarını tartışırken tereddüt hissetmektedir. Hemşireler hastaların %67'sinin üzgün olduğunu, % 72'sinin utandığını ve %68'inin anksiyete yaşadıklarını ifade etmiştir (Jaarsma ve ark. 2010).

Kronik hastalıklarda cinsellik ele alınması gereken önemli bir konudur. Bir nefroloji bölümünde çalışan doktor ve hemşirelerin %92'si anketi cevaplamıştır. %86 profesyonel, hastaların cinselliğine yeterince dikkat vermemektedir, %92'si hastalara cinsellik hakkında hiçbir bilgi sunmamaktadır (Ho 2006).

1994 (n=171) ve 2009 (n=288) tarihlerinde kardiyoloji hemşirelerin cinsellik ile ilgili bilgi ve tutumları karşılaştırılmış. Yapılan eğitimlerin ve hemşirelerin tutumlarının 2009 yılında da eksik ve yanlış olduğu görülmüştür (Steinke ve ark. 2011a; Steinke ve ark. 2011b).

Kardiyologların, koroner arter hastalığına sahip hastaların cinsel aktivelerine geri dönmelerindeki danışmalıklarının değerlendirildiği çalışmada; %58,6 profesyonel, hastaların cinsel aktivitelerine hiç değinmemiştir. Bu durum cinsiyet, yaş, evlilik durumu ve akademik kariyerleri açısından hiçbir fark görülmemiştir (De Souza ve ark. 2011)

Lunelli ve ark.'nın 66 hasta üzerinde yaptığı MI sonrası cinsel aktivite çalışmasında, %70'i erkek hasta ve %80'i ilk MI deneyimine sahiptir. %96 hastanın MI sonrası cinsellik ile ilgili bilgileri eksikti. %60 hasta hastaneden taburcu olduktan sonra cinsel yaşamlarında endişe yaşamıştır. Hastaların sadece %4'ü hastanede kaldığı sürece cinsellik ile ilgili danışmanlık almıştır (Lunelli 2008).

Miyokard infarktüsü sonrası sağlık profesyonellerinin cinsellikle ilgili görüşlerinin alındığı bir çalışmada; görüşleri iki kategori altında analiz edildi: Zorluklar ve mücadeleler, gelecekteki ihtiyaçları. Zorluklar ve mücadelelerin alt başlıkları; bilgi akışı, hastanın sorumlulukları, partnerlerle bilgi paylaşımı ve diğer uzmanlarla işbirliği (sosyal hizmetliler, ürolog ve jinekolog gibi). Gelecekteki ihtiyaçlarının alt başlığında gerekli materyali hazırlamadır. Bu çalışmada da sağlık profesyonellerin cinsellik hakkında bilgilerinin yetersiz olduğu görülmüştür. MI sonrası hastaya yeterli bilgi verilmemektedir. Cinsellik konusunun parterleriyle konuşulması gerektiğinin, uzmandan bilgi alınması gerektiğini ya da cinsellik için gerekli materyalim olması ve bilgi verilmesi gerektiği bu çalışmada belirtilmektedir (Ivarsson 2010).

Miyokard infarktüsü sonrası önerilen sürede ve önerilen şekilde doyum verici bir cinsel ilişkinin yaşanmasında, taburculuk öncesi verilecek eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin rolü büyüktür. Ancak sağlık personelinin utanma, toplumsal tabu, önemsememe, danışmanlık için yeterli bilgiye sahip olmadıklarına inanma gibi nedenlerle cinsel eğitim ve danışmanlık hizmeti vermedikleri; hastaların ise yine utanma vb. nedenlerle bu konuda soru sormadan kaçındıkları çeşitli çalışmalarla ortaya konulmuştur (Yıldız ve Pınar 2004).

Mosack ve ark.'nın 1995 ve 2002 yılları arasında 3 zaman diliminde (MI sonrası; 1 ve 2. aylar arası, 3 ve 4. aylar arası, 5 ve 6. aylar arası) yaptığı kalitatif çalışmada; üç zaman diliminde benzer sonuçlar bulunmuştur. Hastaların cinsel bilgileri yetersiz, cinsel yakınlaşmada endişe

yaşamakta, hastanın ailesin ve çevresinin algıları hastayı etkilemekte, cinsel korku yaşamaktaydılar (Mosack ve Steinke 2009).

Kişisel algıların yanı sıra, kültürel etkilerde cinsel danışmalık önünde bir engel oluşturmaktadır (Quote O'Donovan 2010c).

Sağlık çalışanların, cinsel sorunları belirlemedeki engelleri; Sağlık çalışanların rahatsızlık hisetmesi, cinsellik hakkında yetersiz bilgiye sahip olması, kardiyolojide çalışanların yaklaşımları, cinsel danışmanlığın bakımda önceliğinin düşük sayılması, hastanın anksiyetesini artırması, hastanın mahremiyetine girilmesi, çok hasta olması, çalışma yükü nedeniyle zaman eksikliğidir. Ayrıca hastaların cinsel sorunları belirlemesinin sağlık çalışanlarından umut etmemesi, kültürel farklılıklar, sağlık çalışanların değerlerinin hastalardan farklı olması, sağlık çalışanların cinsel danışmanlığı yapmak istememesidir (Quote O'Donovan 2010c).

Miyokard infarktüsü sonrası hastaya verilecek cinsel eğitim: Kalp krizi geçirmiş bir hastanın krizin hemen sonrasında kalbinin durumu cinsel ilişkiye tahammül etmeye uygun değildir. Cinsel ilişki esnasında yaklaşık 2 kat merdiveni hızla çıkmakla eşdeğer bir efordur. Bu efor esnasında kalp hızı ve kan basıncı artmaktadır. Genelde hastanın MI sonrası ilk 2 hafta içinde cinsel aktiviteye başlamaması önerilmektedir. Hasta stabilize olduktan 3 – 6 hafta sonra başlanması daha güvenlidir (DeBusk 2000; Katz 2007; Chen ve ark. 2009; Quote O'Donovan 2010a).

Cinsel ilişkinin hangi pozisyonda yapıldığının pek önemi yoktur. Ama cinsel ilişki sırasında alt-üst gibi izomerik iş yükünü artıran pozisyonlar yerine eşlerin yan yana olacağı daha rahat pozisyonların tercih edilmesi kalbin iş yükünü azaltabilir (Metin ve ark. 2010).

Bir MI hastasına cinsel aktivitesiyle ilgili verilebilecek öneriler:

- Sinirli ya da stres altında olduğunuz bir durumda cinsel aktiviteye başlamayın.
- Dinlenmiş, rahat, günlük yaşamın getirdiği gerilimlerden uzak bir zaman cinsel ilişki için tercih edilmelidir.
- Ön sevişme döneminin uzun tutulması hastanın heyecanının azalması ve adaptasyonu açısından yararlı olabilir
- Çok karnı tok bir durumda başlamaktansa cinsel ilişki için yemek yedikten sonra 1-3 saat süre geçmiş olmasına tercih edin.
- Cinsel ilişki için rahat, ilişkinin kesintiye uğramayacağı bir yer seçin (Taylor 1999).

Hastalar, ilişki sırasında gelişen anjina, aşırı yorgunluk, uzamış dispne, ilişki sonrası 10 dakikadan daha fazla süren çarpıntı hissetikleri takdirde tekrar sağlık kuruluşuna başvurmaları yönünde uyarılmalıdırlar. Böyle bir durumda, cinsel aktivitenin hasta açısından güvenli olup olmadığının tekrar değerlendirilmesi gerekir.

Sonuç olarak; standart partner, alışıktır ortam ve düzenli periyotlarla yapılan cinsel ilişki hafif-orta dereceli bir kardiyak yük oluşturur. Bu yük ciddi bir risk oluşturmaz ve orta dereceli bir egzersize karşılık gelir. Cinsel ilişkiye bağlı MI riskini azaltmak için düzenli egzersiz ile egzersiz kapasitesini arttırmak çok önemlidir. Sedanter hayat, evlilik dışı ilişkiler, koitus pozisyonu MI riskini arttırır. Uzun süreli fiziksel ve cinsel olarak inaktif olan kişilerde cinsel aktivitenin yeniden başlatılmasından önce dikkatli bir medikal değerlendirme ve takip yapılmalıdır. Koroner anjiyoplasti veya bypass cerrahisi sonrası nitrat almayan, yeterli egzersiz kapasitesine sahip, asemptomatik erkekler sildenafil kullanabilirler ve cinsel ilişki yaşayabilirler. Seks esnasında ağrı olursa seks sonlandırılmalı ve hasta bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır. Bilinen koroner hastalığı veya MI öyküsü olan kişilerde yeni MI geçirme riski, düzenli egzersiz, antikoagulan ve β bloker kullanımı ile azaltılabilir. Ayrıca alkol ve sigaranın kesilmesi ve obesitenin tedavisi de fayda sağlar. Bu hastalar hala endişeli iseler bunu gidermek için egzersiz testi yapılarak ikna edilebilirler.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Tanımlayıcı-kesitsel prospektif tipte gerçekleştirilmiş olan bu çalışmada amaç; akut miyokard infarktüsü tanısı ile gelen kadın hastaların cinsel fonksiyonlarını değerlendirmektir.

3.2. Araştırma soruları

1. Akut MI tanısı ile gelen kadınlarda cinsel yaşam nasıldır?
2. Cinsel açıdan aktif olan kadınlarda akut MI'ın 1. ve 3. aylarında cinsel yaşamlarında değişim var mı?
3. Akut MI sonrası cinsel açıdan aktif olan kadınların cinsel yaşamın değişmesine neden olan etkenler nelerdir?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma; Eylül 2011-Temmuz 2012 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesinin kardiyoloji servisinde yapıldı. Çalışma 6+3 ayda yapıldı. Hastalar ilk hastanede değerlendirildi. Daha sonra 1. ve 3. aylarda değerlendirilmeye alındı. Bu yüzden ilk 6 aydaki vakalar alındı diğer 3 ay da hastaların değerlendirilmesinin devamı yapıldı. Çalışma toplam 9 ayda tamamlandı.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, Kocaeli Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesine Eylül 2011-Nisan 2012 tarihleri arasında akut miyokard infarktüsü ile başvuran 78 kadın hasta oluşturdu. Akut MI tanısıyla başvuran 78 hastanın, 39'unun cinsel partneri yoktu (ikisi eşinden boşanmış, diğerlerinin eşleri ölmüştür). Diğer 39 hastanın cinsel parneri vardı. Bu hastalardan altta yer alan araştırmaya alınma kriterimize uyan 30 hasta alındı. Çalışmayla ilgili açıklama yapıldıktan sonra 3 hasta çalışmayı katılmayı ret ettiği için, 6'nın da genel durumu kötü olduğu için akut MI'ın cinsel yaşama etkisi sadece cinsel açıdan aktif olan 30 hastayla tamamlandı.

3.5. Araştırmaya alınma kriterleri

- Kocaeli Üniversite, Araştırma ve Uygulama Hastanesine akut miyokard infarktüsü tanısıyla başvuran kadın hasta olma,
- Cinsel parterinin olması,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
- Genel durumunun iyi olmasıdır.

3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Kocaeli Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesine akut MI tanısıyla başvuran hastalardan çalışma kriterlerimize uyan hastaların bilgilendirilmiş onayları (EK 1) alındıktan sonra 3 görüşme yapıldı. İlk görüşme akut MI ile gelen kadın hastaların 24-48 saat koroner yoğun bakım ünitesindeki tedavisi tamamlanıp kardiyoloji servisine çıktıktan sonra yapıldı. Kardiyoloji servisine gelen hastalara ilk görüşmede kişisel bilgiler formu ve FSFI uygulandı. İlk görüşme hastaların yanında kimse yokken odasında ya da görüşme için uygun başka bir odada uygulandı. İlk görüşme yaklaşık 10 dakika sürdü. İlk görüşmeler genellikle servisin 1. veya 2. günü yapıldı. Hastalar taburcu olurken rutin 1.ay ve 3.ay kontrolleri yapılmaktadır. Kardiyoloji servisinde taburcu olurken servis sekterinden 1.ay kontrol randevusu belirlenmektedir. Kontrol randevuları kardiyoloji polikliniğinde öğleden sonra yapılmaktadır. Her hastanın kardiyoloji poliklinik randevuları kayıt edildi. Birinci ay kardiyoloji poliklinik randevusu sırasında uygun bir ortamda hastalara sadece FSFI uygulandı. Yaklaşık 5 dakika sürdü. Daha sonra hastalara kardiyoloji poliklinik sekteri tarafından 3. ay randevuları verilmiştir. Üçüncü ay görüşmesi 1. ay görüşmesiyle aynıdır. Tekrar FSFI uygulandı.

3.6.1. Kişisel bilgiler formu

Kişisel bilgiler formunun başında tanı ve yapılan işlemi yazılmaktadır. Bu form 16 sorudan oluşmaktadır. Soruların çoğu kutucuklara işaret konularak doldurulmaktadır. Hastaların yaşı, doğum sayısı, düşük sayısı ve kürtaj sayısı sorulmaktadır. Eğitim düzeyi, mesleği, ekonomik durumu, memleketleri, şu anda aktif cinsel yaşamı var mı, üreme organ ameliyatı geçirmiş mi, hormon replasman tedavisi almış mı sorulmaktadır. Hastanın boyu ve kilosu sorulmaktadır. Daha sonra hastaların beden kitle indeksleri (BKİ) hesaplanmıştır. Kardiyak risk faktörleri; obezite, hipertansiyon, diabetes mellitus, kolesterol, sigara, alkol, ailede kalp öyküsü, anemi, periferik arter hastalığı var ve yok şeklinde sorulmuştur. Obesitesi BKİ'ne göre işaretlenmiştir ($\geq 30,0$ obezite var), kolesterolü laboratuvar bulgularına göre işaretlenmiştir (>200 mg/dl kolesterol var). Sürekli kullandığı ilaçlar sorulmuştur. Evdeyken sürekli kullandığı ve hastanede başlanan evde de devam edeceği ilaçlar yazılmıştır. Kocalarının cinsel sorunu var mı, eşlerinin sistemik hastalıkları var mı ve eşlerinin sürekli kullandığı ilaçlar sorulmuştur (EK 2).

3.6.2. Kadın Cinsel işlev indeksi (The Female Sexual Function Index (FSFI))

FSFI; Rosen ve arkadaşları tarafından 2000 yılında kadın cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi amacıyla, 19 maddelik çok boyutlu bir ölçek olarak geliştirilmiştir (EK 3). Ölçeğin, test tekrar test güvenilirlik ölçümü $r=0.79$ ile 0.82 aralığında, Cronbach Alfa değerleri 0.82 ve daha yüksek değerlerde bulunmuş, yapı geçerliliği ise anlamlı ($p<0.001$) olduğu belirlenmiştir (Rosen ve ark.

2000). FSFI, 6 alt başlıktan oluşmaktadır. Bunlar; istek, uyarılma, ıslanma, orgazm, memnuniyet ve ağrıdan oluşmaktadır. Son 1 ay içerisinde cinsel ilişkiyi değerlendirilmektedir. Ölçeğin hesaplaması FSFI skorlama indeksine (EK 4) göre yapılmıştır (<http://www.fsfi-questionnaire.com/FSFI%20Scoring%20Appendix.pdf>). İstek; 1 ve 2. sorularda sorulmaktadır ve puan aralığı 1-5 dir. Alınan puan 0,6 kat sayısı ile çarpılarak istek puanı belirlenir. Minimum değeri 1,2 ve maksimum değeri 6,0 dır. Uyarılma; 3, 4, 5 ve 6. sorularda sorulmaktadır ve puan aralığı 0-5 dir. Alınan puan 0,3 kat sayısı ile çarpılarak uyarılma puanı belirlenir. Minimum değeri 0 ve maksimum değeri 6,0 dır. Islanma; 7, 8, 9 ve 10. sorularda sorulmaktadır ve puan aralığı 0-5 dir. Alınan puan 0,3 kat sayısı ile çarpılarak ıslanma puanı belirlenir. Minimum değeri 0 ve maksimum değeri 6,0 dır. Orgazm; 11, 12 ve 13. sorularda sorulmaktadır ve puan aralığı 0-5 dir. Alınan puan 0,4 kat sayısı ile çarpılarak orgazm puanı belirlenir. Minimum değeri 0 ve maksimum değeri 6,0 dır. Memnuniyet; 14, 15 ve 16. sorularda sorulmaktadır ve puan aralığı 0 (veya1) -5 dir. Alınan puan 0,4 kat sayısı ile çarpılarak memnuniyet puanı belirlenir. Minimum değeri 0,8 ve maksimum değeri 6,0 dır. Ağrı; 17, 18 ve 19. sorularda sorulmaktadır ve puan aralığı 0-5 dir. Alınan puan 0,4 kat sayısı ile çarpılarak ağrı puanı belirlenir. Minimum değeri 0 ve maksimum değeri 6,0 dır. Toplam ölçek puan aralığı 2-36 arasındır (Tablo 3-1).

Ülkemizde Kadın Cinsel İşlev İndeksi, Kaplan ve ark. tarafından geliştirilmiştir ve Türk Androloji Derneği tarafından onaylanmıştır (Esen-Güllü 2012). FSFI birçok ülkede güvenilirlikle kullanılan bir ölçektir. Çevirisi, geri çevirisi, odak grup çalışması ve yapı geçerliliği birçok ülkede yapılmıştır (Dennerstein 2010). Aygün ve arkadaşları tarafından 2005 yılında İç tutarlılık katsayısı oranı 0,70 ile 0,96 arasında, ortalama cronbach alfa değeri 0,98 ve test-tekrar test güvenilirlik ölçümü $r=0,75$ olup ölçek geçerli ve güvenilir bulunmuştur (Aygün ve Aslan 2005). Öksüz ve Malhan (2005) tarafından ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.95, test retest güvenilirliği 0.75- 0.95 bulunmuştur (Öksüz ve Malhan 2006). Kuile ve ark.'nın çalışmasında cronbach 's alfa bütün alt başlıklarda önemli ve pozitif bir korelasyon bulunmuştur (aralık .41-.95) (Ter-Kuile ve Brauer 2006).

Tablo 3-1: FSFI alt başlıklarının puanlaması ve toplam ölçek puanlaması

FSFI başlıkları	Alt Sorular	Puan aralığı	Faktör	Minimum puan	Maksimum puan
İstek	1, 2	1–5	0,6	1,2	6,0
Uyarılma	3, 4, 5, 6	0 -5	0,3	0	6,0
İsplanma	7, 8, 9, 10	0–5	0,3	0	6,0
Orgazm	11, 12, 13	0–5	0,4	0	6,0
Memnuniyet	14, 15, 16	0 (veya1)-5	0,4	0.8	6,0
Ağrı	17, 18, 19	0–5	0,4	0	6,0
Toplam ölçek puan aralığı				2,0	36,0

3.7. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırmanın etik izni Kocaeli Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesinin, Araştırma etik kurulundan alındı (EK 5). Ayrıca araştırmanın amacı katılımcılara açıklanarak, Helsinki Bildirgesine göre hazırlanmış onam formları dağıtılmış, yazılı ve sözlü onamı alındı (EK 1).

3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket 16,0 (SPSS, Chicago, IL, USA) programı kullanılarak yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler; ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum kullanıldı. Gruplar arası farkı göstermek için Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis, sayısal değişkenler arasındaki ilişkiyi göstermek için Spearman Korelasyonu ve ilk görüşme, 1. ve 3.ayda cinsel fonksiyon değişiklikleri için Wilcoxon testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ 'ten küçük olması kabul edildi.

3.9. Araştırmanın Sınırlıkları

Kadınların yaş seviyesi yüksek olduğu için cinsel yaşamı aktif hasta sayısının az olması, çalışmada MI sonrası neden cinsel fonksiyonlarının azaldığı araştırılmamış (anjina, reinfarktüs gibi), hastaların soruları ne kadar doğru cevapladıklarının bilinmemesi, verilerin araştırmacı tarafında sorularak doldurulması, araştırma sadece belli bir üniversite ve örneklem grubu ile sınırlıydı.

4. BULGULAR

Çalışmada elde edilen bulgular 4 başlık altında incelenmiştir: Sosyo-demografik özellikler, hastalığa ilişkin özellikler, miyokard infarktüsün cinsel yaşama etkisi, cinsel yaşamı etkileyen faktörlerdir.

4.1. Sosyo-demografik özellikler

Çalışmaya alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerini incelediğimizde; hastalarını çoğu ilkokul mezunu (%43,3), %96,7'si ev hanımı, %56,7'sinin gelir durumu orta, %83,3 üreme organı ameliyatı geçirmemiş ve %93,3 menopozdadır. Hastaların yaş ortalaması $62,83 \pm 9,33$ yıl; doğum sayısı ortalaması $4,63 \pm 2,70$; Beden Kitle İndeksi (BKİ) ortalaması $28,83 \pm 4,96$ bulundu (Tablo 4-1).

Tablo 4-1: Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri (n=30)

Cinsel yaşamı aktif hastalar n=30					
	n	%			
Eğitim					
Okur-Yazar değil	10	33,4			
Okur-Yazar	6	20,0			
İlkokul	13	43,3			
Lise	1	3,3			
Meslek					
Ev hanımı	29	96,7			
Emekli	1	3,3			
Gelir					
Orta	17	56,7			
İyi	13	43,3			
Üreme Organ Ameliyatı					
Hayır	25	83,3			
Evet	5	16,7			
Menopoz					
Hayır	2	6,7			
Evet	28	93,3			
	$\bar{x}$	$\pm sd$	Medyan	Minimum	Maksimum
Yaş	62,83	9,33	65,00	42	80
Doğum Sayısı	4,63	2,70	4,00	2	15
BKİ	28,83	4,96	28,03	20,52	42,27

4.2. Hastalığa ilişkin özellikleri

Çalışmaya katılan hastaların hastalığa ilişkin özelliklerini incelediğimizde; hastaların çoğu akut anterior MI (%43,3) tanısıyla geldi ve %76,7'sine PTCA (Percutaneous transluminal coronary angioplasty) + stent işlemi yapıldı (Tablo 4-2).

Hastaların kalp hastalıkları risk faktörlerini incelendiğinde; %30 'unda obezite, %66,7'sinde hipertansiyon, %50'sinde diyabet, %60'ında kolesterol, %23,3'ünde sigara içimi, %43,3'ünde ailede kalp öyküsü, %10'nunda anemi olduğu ve hiçbir hastada periferik arter hastalığı olmadığı ve alkol kullanmadığı bulundu (Tablo 4-3).

Tablo 4-2: Hastaların Miyokard infarktüsüne İlişkin Özellikleri (n=30)

Cinsel Yaşamı Aktif Kadınlar n=30		
	n	%
MI Tanısı		
Anterior MI	13	43,3
İnferior MI	5	16,7
İnferiorposterior MI	4	13,3
STEMI	2	6,7
NSTEMI	6	20,0
Yapılan İşlem		
PTCA	7	23,3
PTCA+Stent	23	76,7

STEMI: ST segment yükselmesi olan MI

NSTEMI: ST segment yükselmesi olmayan MI

PTCA: Percutaneous transluminal coronary angioplasty

Tablo 4-3: Hastaların Kalp Hastalıkları Risk Faktörlerini Taşıma Prevelansı (n=30)

Kalp Hastalıkları Risk Faktörleri	Cinsel Yaşamı Aktif Hastalar n=30	
	n	%
Obesite		
Hayır	21	70,0
Evet	9	30,0
Hipertansiyon		
Hayır	10	33,3
Evet	20	66,7
Diabetes Mellitus		
Hayır	15	50,0
Evet	15	50,0
Kolesterol		
Hayır	12	40,0
Evet	18	60,0
Sigara		
Hayır	23	76,7
Evet	7	23,3
Alkol		
Hayır	30	100,0
Evet	0	0
Ailede Kalp Öyküsü		
Hayır	17	56,7
Evet	13	43,3
Anemi		
Hayır	27	90,0
Evet	3	10,0
Periferik Arter Hastalığı		
Hayır	30	100,0
Evet	0	0

4.3. Miyokard infarktüsünün Cinsel Yaşama Etkisi

Hastalığın cinsel yaşama etkisi incelendiğinde; ilk görüşmedeki istek, uyarılma, ıslanma, orgazm puanları düşük, memnuniyet, ağrı ve FSFI puanları ortadır. 1. ay görüşmesinde ilk görüşmeye göre puanlar daha düşük bulundu. 3. ay görüşmesinde puanlar ilk görüşmedekine benzerdir. MI'ın cinsel yaşamın ilk bir ayını etkilediği bulundu (Tablo 4–4).

Hastaların ilk görüşme ile 1. ay görüşmeleri karşılaştırıldığında; 13 hastanın cinsel isteği azaldı, 3 hastanın arttı, 14 hastanın eşit kalmıştır. Uyarılma da; 20 hastada azalma, 3 hastada artma, 7 hastada eşit bulundu. Islanma da; 19 hastada azalma, 4 hastada artma, 7 hastada eşit kalmıştır. Orgazm da; 18 hastada azalma, 3 hastada artma, 9 hastada eşit olduğu bulundu. Memnuniyette; 23 hastada azalma, 2 hastada artma, 5 hastada eşit. Ağrı da; 16 hastada artma, 6 hastada azalma 8 hastada eşit bulundu. FSFI puanı; 25 hastada azaldı, 3 hastada arttı ve 2 hastada eşit kalmıştır. FSFI ve tüm alt başlıklarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanarak ($p<0.05$), MI'ın cinselliğin 1. ayında cinsel disfonksiyona neden olduğu bulundu. İlk görüşme ve 3.ay görüşmesi karşılaştırıldığında; istatistiksel açıdan önemli bir fark olmadığı saptanarak ($p>0.05$), MI'ın zamanla cinsellik üzerindeki olumsuz etkisinin kalktığı bulundu (Tablo 4–4).

Tablo 4-4: Cinsel Yaşamı Aktif Hastalarda İlk Görüşme, 1.Ay Görüşmesi ve 3. Ay Görüşmesinde FSFI Alt Başlıklarında Alınan Puanlar; İlk Görüşme ve 1.Ay Görüşmesinin, İlk Görüşme ve 3. Ay Görüşmesinin Karşılaştırılması (n=30)

FSFI	Minimum	Maksimum	İlk görüşme (n=30)			1.ay görüşmesi (n=30)			3. ay görüşmesi (n=30)			İlk Görüşme (1) ve 1.Ay Görüşmesi (2)					İlk Görüşme (1) ve 3.Ay Görüşmesi (3)				
			$\bar{x}$	$\pm sd$	Medyan	$\bar{x}$	$\pm sd$	Medyan	$\bar{x}$	$\pm sd$	Medyan	1>2	1<2	1=2	Z _{wilcoxon}	p	1>3	1<3	1=3	Z _{wilcoxon}	p
İstek	1,2	6,0	1,94	1,03	1,20	1,46	0,49	1,20	1,82	0,76	1,50	13	3	14	-2,48	,01	6	4	20	-,57	,57
Uyarılma	0	6,0	2,07	1,53	1,80	1,26	1,23	1,20	1,95	1,45	1,80	20	3	7	-3,18	,00	10	8	12	-,33	,74
İsplanma	0	6,0	2,76	1,81	2,85	1,62	1,74	1,20	2,63	1,78	3,30	19	4	7	-3,56	,00	11	9	10	-,56	,57
Orgazm	0	6,0	2,01	1,40	2,40	1,09	1,19	1,20	1,76	1,33	1,80	18	3	9	-3,53	,00	12	5	13	-1,7	,09
Memnuniyet	0,8	6,0	3,81	1,28	4,20	2,92	1,07	2,40	3,71	1,23	4,20	23	2	5	-3,63	,00	15	9	6	-,82	,40
Ağrı	0	6,0	3,33	2,25	3,60	2,03	2,22	0,80	3,29	2,25	4,00	16	6	8	-2,38	,02	11	7	12	-,60	,55
FSFI	2	36	15,9	8,13	18,1	10,3	6,98	9,85	15,1	7,98	17,7	25	3	2	-3,98	,00	17	11	2	-1,3	,19

p<0.05

(1)→ ilk görüşme (hastanede)

(2) →1.ay görüşmesi

(3)→ 3.ay görüşmesi

1>2 →1. Ay görüşme puanı ilk görüşmeye göre düşük olan hasta sayısı

1<2 → 1. Ay görüşme puanı ilk görüşmeye göre yüksek olan hasta sayısı

1=2→1. Ay görüşme puanı ilk görüşmeye göre eşit olan hasta sayısı

1>3→ 3. Ay görüşme puanı ilk görüşmeye göre düşük olan hasta sayısı

1<3→ 3. Ay görüşme puanı ilk görüşmeye göre yüksek olan hasta sayısı

1=3→3. Ay görüşme puanı ilk görüşmeye göre eşit olan hasta sayısı

4.4. Cinsel Yaşamı Etkileyen Faktörler

Hastaların cinsel yaşamını etkileyen faktörlerde, sosyo-demografik özelliklerinin ve kardiyak risk faktörlerinin etkisi incelendi. Sosyo-demografik özelliklerinde, eğitim, gelir durumu, BKİ, üreme organı ameliyatı geçirme ile cinsel aktivite arasında anlamlı bir fark saptanmazken; yaş artıkça cinsel disfonksiyonun arttığı ve doğum sayısı fazla olanlarda orgazm disfonksiyonu görüldüğü bulundu. Kardiyak risk faktörlerinden; DM, hipertansiyon, obezite, sigara içimi ve ailede kalp hastalığının, cinsel aktiviteye etkisi incelendiğinde sadece DM olan hastaların cinsel memnuniyeti yüksek bulunurken, diğer değişkenler arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Tablo 4-5: Yaş, Doğum Sayısı ve BKİ'nin Cinselliğe Etkisi (n=30)

	Yaş		Doğum sayısı		BKİ	
	r_s	p	rs	p	rs	p
İstek	-0,57	,00	-0,23	,21	-0,06	,75
Uyarılma	-0,67	,00	-0,31	,09	-0,03	,87
İsplanma	-0,61	,00	-0,13	,48	-0,05	,79
Orgazm	-0,68	,00	-0,40	,03	0,12	,52
Memnuniyet	-0,47	,01	-0,25	,19	0,15	,42
Ağrı	-0,38	,03	-0,18	,34	0,06	,77
FSFI	-0,64	,00	-0,23	,23	0,01	,97

r_s -Spearman Korelasyonu

BKİ: Beden Kitle İndeksi

Yaş, doğum sayısı ve BKİ'nin cinselliğe etkisini incelediğimizde; yaş ve cinsellik arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon saptanarak ($p<0.05$); hastaların yaşları arttıkça istekte, uyarılmada, ıslanmada, orgazmda, memnuniyette, ağrı ve FSFI da azalma saptandı. Doğum sayısı arttıkça da orgazmda azalma saptandı ($p<0.05$). Doğum sayısı ve istek, uyarılma, ıslanma, memnuniyet, ağrı ve FSFI arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon bulunmadı ($p>0.05$). Hastaların BKİ ile cinsel aktiviteleri arasında da anlamlı bir korelasyon bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4-5).

Tablo 4-6: Eğitimin Cinselliğe Etkisi (n=30)

	Okumaz- Yazmaz n=10			Okur-Yazar n=6			İlkokul Mezunlu n=14			χ^2_{kw}	P
	$\bar{x}$	$\pm sd$	Med	$\bar{x}$	$\pm sd$	Med	$\bar{x}$	$\pm sd$	Med		
İstek	1,98	1,26	1,20	1,60	,73	1,20	2,06	,99	1,80	1,11	,57
Uyarılma	1,80	1,77	1,20	1,75	1,43	1,35	2,40	1,44	2,55	1,80	,40
İslanma	2,61	1,95	2,85	2,10	1,35	2,10	3,15	1,89	4,20	2,40	,30
Orgazm	1,40	1,18	1,20	1,66	1,22	1,40	2,60	1,46	3,20	5,69	,06
Memnuniyet	3,28	1,16	3,60	3,93	1,06	4,00	4,14	1,39	4,80	3,35	,19
Ağrı	3,52	2,56	4,00	2,80	1,94	2,80	3,43	2,25	4,00	1,06	,59
FSFI	14,59	8,63	15,85	13,85	7,33	14,05	17,78	8,26	21,10	1,44	,48

χ^2_{KW} : . Kruskal Wallis Testi

Hastaların eğitimlerinin cinselliğe etkisi incelendiğinde; cinsellik açısından eğitim grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4–6).

Tablo 4-7: Gelirin Cinselliğe Etkisi (n=30)

	Orta (n=17)			İyi (n=13)			Z_{MWU}	p
	$\bar{x}$	$\pm sd$	Medyan	$\bar{x}$	$\pm sd$	Medyan		
İstek	2,08	1,183	1,20	1,75	,79	1,20	-,48	,63
Uyarılma	2,14	1,66	2,10	1,98	1,40	1,50	-,32	,75
İslanma	2,95	1,90	4,20	2,52	1,70	2,70	-,69	,48
Orgazm	2,21	1,42	2,80	1,75	1,39	1,20	-,74	,46
Memnuniyet	3,84	1,14	4,40	3,78	1,48	4,00	-,10	,92
Ağrı	3,36	2,38	3,60	3,29	2,17	4,00	-,06	,95
FSFI	16,58	8,37	20,30	15,08	8,06	15,10	-,59	,56

Z_{MWU} :Mann Whitney U Testi

Hastaların gelirlerinin cinselliğe etkisi incelendiğinde; hastaların gelir durumunun cinsel aktivitelerinde önemli bir değişken olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4–7).

Tablo 4-8: Üreme Organı Ameliyatının Cinselliğe Etkisi (n=30)

	Üreme organı ameliyatı olmayan hasta (n=25)			Üreme organı ameliyatı olan hasta (n=5)				
	$\bar{x}$	$\pm sd$	Medyan	$\bar{x}$	$\pm sd$	Medyan	z_{MWU}	p
İstek	1,97	1,075	1,20	1,80	,85	1,20	-,30	,76
Uyarılma	2,06	1,577	1,50	2,10	1,45	2,10	-,25	,80
İsplanma	2,78	1,84	3,00	2,64	1,82	2,40	-,30	,76
Orgazm	1,89	1,379	2,00	2,64	1,51	3,20	-1,18	,24
Memnuniyet	3,78	1,21	4,00	4,00	1,72	4,80	-,39	,69
Ağrı	3,28	2,19	3,60	3,60	2,82	4,80	-,56	,57
FSFI	15,76	8,11	16,60	16,78	9,09	21,20	-,25	,80

z_{MWU} :Mann Whitney U Testi

Hastaların 5'i üreme organı ameliyatı geçirmişti. 4'ü Total Abdominal Histerektomi + Bilateral Salpingo Ooferektomio (TAH+BSO) ve biri sadece histerektomi geçirmişti. Hastaların geçirdiği üreme organı ameliyatının cinselliğe etkisi incelendiğinde; hastaların geçirdiği ameliyatın cinsel yaşamlarında önemli bir değişken olmadığı saptandı ($p>0.05$) Tablo 4-8).

Tablo 4-9: Obesitenin Cinselliğe Etkisi (n=30)

	Obez olmayan hasta (n=21)			Obez olan hasta (n=9)			Z_{MWU}	P
	$\bar{x}$	$\pm sd$	Medyan	$\bar{x}$	$\pm sd$	Medyan		
İstek	2,057	1,147	1,20	1,67	,65	1,20	-,59	,55
Uyarılma	2,27	1,56	2,10	1,60	1,44	1,20	-1,09	,27
İsplanma	3,02	1,77	3,90	2,13	1,82	2,40	-1,46	,14
Orgazm	2,09	1,34	2,40	1,82	1,60	1,60	-,29	,77
Memnuniyet	3,90	1,06	4,40	3,60	1,74	3,60	-,34	,73
Ağrı	3,56	2,17	4,00	2,80	2,48	2,80	-,80	,42
FSFI	16,92	7,67	19,60	13,62	9,17	14,60	-1,15	,25

Z_{MWU} : Mann Whitney U Testi

Obesitenin cinselliğe etkisi incelendiğinde; obesitenin ($BKİ \geq 30,0$) cinsel yaşamlarında önemli bir değişken olmadığı saptandı ($p > 0.05$) (Tablo 4-9).

Tablo 4-10: Hipertansiyonun Cinselliğe Etkisi (n=30)

	Hipertansiyonu olmayan hasta (n=10)			Hipertansiyonu olan hasta (n=20)			Z_{MWU}	p
	$\bar{x}$	$\pm sd$	Medyan	$\bar{x}$	$\pm sd$	Medyan		
İstek	2,28	1,26	1,80	1,77	,88	1,20	-1,12	,26
Uyarılma	2,43	1,8	2,10	1,89	1,37	1,65	-1,00	,31
İsplanma	2,82	2,03	4,20	2,73	1,74	2,70	-,13	,89
Orgazm	2,16	1,64	3,20	1,94	1,30	2,20	-,62	,53
Memnuniyet	4,16	1,16	4,80	3,64	1,32	3,60	-1,20	,22
Ağrı	3,16	2,46	3,40	3,42	2,20	4,00	-,31	,75
FSFI	17,01	9,36	20,75	15,39	7,65	15,85	-1,01	,31

 Z_{MWU} : Mann Whitney U Testi

Hipertansiyonun cinselliğe etkisi incelendiğinde; hipertansiyonun cinsel yaşamlarında önemli bir değişken olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4–10).

Tablo 4-11: Diabetes Mellitusun (DM) Cinselliğe Etkisi (n=30)

	DM olmayan hasta (n=15)			DM olan hasta (n=15)			z_{MWU}	P
	$\bar{x}$	$\pm sd$	Medyan	$\bar{x}$	$\pm sd$	Medyan		
İstek	2,12	,98	1,80	2,12	,98	1,80	-1,33	,18
Uyarılma	2,52	1,47	2,70	2,52	1,47	2,70	-1,71	,09
İslenme	3,20	1,58	3,90	3,20	1,58	3,90	-1,21	,22
Orgazm	2,40	1,40	3,20	2,40	1,40	3,20	-1,82	,07
Memnuniyet	4,24	1,3	4,80	4,24	1,3	4,80	-2,08	,04
Ağrı	3,76	1,84	4,00	3,76	1,84	4,00	-,82	,41
FSFI	18,24	7,65	20,30	18,24	7,65	20,30	-1,43	,15

z_{MWU} : Mann Whitney U Testi

Diabetes mellitusun cinselliğe etkisi incelendiğinde; diyabetli hastalarda memnuniyetin arttığı bulundu ($p < 0.05$). İstek, uyarılma, ıslenme, orgazm, ağrı, FSFI açısından diyabeti olan ve olmayan kadın hastalar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p > 0.05$) (Tablo 4–11).

Tablo 4-12: Sigaranın Cinselliğe Etkisi (n=30)

	Sigara içmeyen (n=23)			Sigara içen (n=7)			Z_{MWU}	P
	$\bar{x}$	$\pm sd$	Medyan	$\bar{x}$	$\pm sd$	Medyan		
İstek	2,00	1,079	1,20	1,71	,84	1,20	-,48	,63
Uyarılma	2,07	1,62	1,50	2,05	1,33	2,10	-,09	,92
İsplanma	2,59	1,85	2,70	3,30	1,66	4,20	-,54	,58
Orgazm	1,77	1,38	1,60	2,80	1,26	3,2	-1,69	,09
Memnuniyet	3,74	1,29	3,60	4,057	1,29	4,80	-,67	,50
Ağrı	3,27	2,29	3,60	3,54	2,30	3,60	-,32	,75
FSFI	15,46	8,46	15,10	17,47	7,32	21,00	-,29	,77

Z_{MWU} : Mann Whitney U Testi

Sigaranın cinsel yaşama etkisi incelendiğinde; sigaranın hastaların cinsel yaşamlarında önemli bir değişken olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4–12).

Tablo 4-13: Ailede Kalp Hastalığının Cinselliğe Etkisi (n=30)

	Ailede kalp hastalığı olmayan (n=17)			Ailede kalp hastalığı olan (n=13)				
	$\bar{x}$	$\pm sd$	Medyan	$\bar{x}$	$\pm sd$	Medyan	z_{MWU}	p
İstek	2,12	1,12	1,80	1,70	,88	1,20	-,98	,33
Uyarılma	2,19	1,76	1,50	1,92	1,22	2,10	-,42	,67
İsplanma	2,54	1,90	2,70	3,04	1,70	3,90	-,61	,54
Orgazm	1,98	1,58	2,40	2,06	1,19	2,40	-,12	,89
Memnuniyet	3,95	1,36	4,40	3,63	1,18	3,60	-,74	,45
Ağrı	3,15	2,34	3,60	3,57	2,20	4,00	-,49	,63
FSFI	15,93	9,03	16,60	15,93	7,14	19,60	-,59	,56

z_{MWU} : Mann Whitney U Testi

Ailede kalp hastalığının cinsel yaşama etkisi incelendiğinde; ailede kalp hastalığının hastaların cinsel yaşamlarında önemli bir değişken olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4–13).

5. TARTIŞMA

Cinsel yaşam, bireyin yaşamında önemli boyutlardan biridir ve bireyin kültürel özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Kültürel özelliklerinin yanı sıra bazen cinsel yaşam hastanın geçirdiği önemli bir hastalık sonucunda da değişebilmektedir. Diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, cerrahi operasyonlar, depresyon gibi çeşitli nedenlerle cinsel fonksiyonlar kesintiye uğrayabilir (Yıldız ve Pınar 2004). Hastaların cinsel yaşamının değişmesine neden olan hastalıklardan biri miyokard infarktüsüdür (Yıldız ve Pınar 2004; Yılmaz ve Pınar 2005).

Ülkemizdeki ve diğer ülkelerdeki çalışmalara bakıldığında; MI kadınlarda menopozdan sonra daha çok görüldüğü için yaş ortalaması yüksektir. Drory ve ark.'nın çalışmasında MI hastasının yaş ortalaması 56 yıl (Drory ve ark. 2000) ve başka bir çalışmada 53,8 yıl bulunmuştur (Papadopoulos ve ark. 1983). Çalışmamızda da; akut MI tanısıyla başvuran 78 hastanın çoğunun yaşı yüksek olduğu için ve eşleri öldüğü için sadece çalışma kriterlerimize uyan cinsel yaşamı aktif olan 30 hastayla tamamlandı. Çalışmamızda, akut MI tanısıyla gelen, cinsel yaşamı aktif olan 30 hastanın; cinsel yaşamı ilk görüşmede orta bulunurken, 1. ay görüşmesinde azaldığı ve 3.ay görüşmesinde başlangıçtaki cinsel yaşamına tekrar döndüğü bulundu.

Yıldız ve Pınar'ın yaptığı çalışmaya 36 kadın, 66 erkek toplam 102 MI hastası katılmıştır. Bu çalışmada olguların %70,6'sının son bir ayda cinsel ilişkiye girdiği, %29,4'ünün cinsel ilişkiye girmediği belirlenmiştir. MI sonrası cinsel ilişki yaşayan olguların %32,4'ünde cinsel aktivite tatmininde, %53,9'unda ise cinsel aktivite sıklığında azalma olmuştur. MI sonrası cinsel ilişki sıklığında azalma nedenleri sorgulandığında olguların %85,5'inde reinfarktüs korkusu, %9,1'nde reinfarktüs korkusu ile birlikte anjina varlığı, %5,5'inde ise sadece anjina olduğu saptanmıştır. Çalışmada kadınların %80'inde cinsel disfonksiyon bulunmuştur (Yıldız ve Pınar 2004). IFSF alt gruplarından (lubrikasyon, orgasm, istek, ilişki tatmini, klitoral duyarlılık, genel tatmin) alınan puanların cinsel disfonksiyonu olanlarda ve olmayanlara göre farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; cinsel disfonksiyonu olan kadınlarda IFSF tüm alt gruplarının düşük olduğu bulunmuştur (Yıldız ve Pınar 2004). Çalışmamızda da FSFI ve alt gruplarında (istek, uyarılma, ıslanma, orgazm, memnuniyet, ağrı) alınan puanlar 1.ay ilk görüşmeye göre düşük bulundu. 3. ay ilk görüşmedekine benzer sonuçlar ortaya çıktı. İlk ay hastalardan alınan bildirimlere göre, reinfarktüs korkusu ve anjina korkusu hastaların cinsel yaşamını etkiledi. 3. ay zamanla bu

korkuları azaldığını ilettiler. Yıldız ve Pınar çalışmalarında MI üzerindem geçen sürenin önemli olmadığı, yani cinsel yaşamın etkilenmesi için MI geçirmiş olmak yeterlidir, MI üzerinden altı ayda geçmiş olsa da 2 yıl geçmiş olsa da MI'nın cinsel yaşam üzerindeki olumsuz etkisi devam etmektedir. Bu yönüyle bizim çalışmamızı desteklememiştir.

Drory ve ark.'nın MI geçirmiş erkek ve kadınlarda cinsel yaşamlarını karşılaştırmış. İlk kez MI geçirmiş kadın ve erkek hastalar hastaneden taburcu olmadan önce, taburcu olduktan üçüncü ve altıncı aylarda hastalarla görüşülmüştür. Çalışmaya 51 kadın (yaş ortalaması 56) ve 462 erkek hasta katılmıştır. Akut MI öncesi aktif cinsel yaşamı olmayan 35 kadının hiçbirinde cinsel yaşam devam etmemiştir. Çalışmada kadınların %7'si ilk akut MI sonrası üçüncü ve altıncı aylarda cinsel aktivitelerini devam ettirdiklerini rapor etmişlerdir. Bu cinsel farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Drory ve ark. 1998; Drory ve ark. 2000). Başka bir çalışmada; MI geçiren 26 kadında cinsel disfonksiyon; %68 bulunmuştur. Cinsel ilişki prevelansının azalmasıdaki en önemli nedenleri: %54,3 reinfarktüs korkusu, %24,3 ölüm korkusu, %42,9 ağrı, %45,7 yorgunluk bulunmuştur (Özer ve ark. 2011). Bu çalışmalar çalışmamızla paralellik göstermektedir.

MI sonrası cinsel aktivitenin etkilendiği bulunan diğer çalışmalar: Almanya'nın beş kalp damar hastanesinin ayaktan rehabilitasyon merkezinden 493 (395 erkek ve 98 kadın) hastanın katıldığı bir çalışmaya göre; kadınların %43,1'inde seksüel disfonksiyon görülmüştür. Ayrıca kardiyovasküler problemlili kadınlardaki cinsel disfonksiyon prevelansı, sağlıklı kadınlara göre iki kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Kriston ve ark. 2010).

NSTEMI ve unstabil anjinaya sahip 35 kadın hastanın katıldığı bir çalışmada, öncelikle bütün hastalar kardiyak rehabilitasyon eğitimi almış. Taburculuktan 12 hafta sonra hastaların cinsel aktiviteleri değerlendirilmiş. Hastaların %48,57'si cinsel aktivitelerini devam ettirmiş. Ama cinsel aktivesi devam eden hastaların çoğu cinsel aktivitelerinden memnun değildi. %51,43 hasta henüz cinsel aktiviteleri devam etmemişti. Cinsel aktivitesi devam eden hastaların %70,59 kardiyak rehabilitasyon programını tamamlamış. Cinselliği devam etmeyenlerin %38,89 tamamlamıştır. Rehabilitasyonlu hastalar rehabilitasyonlu almayan hastalara göre 3,77 kez daha cinsel aktivitelerini devam ettirmiştir (Eyada ve Atwa 2007).

Papadopoulus ve arkadaşlarının 130 MI geçirmiş kadında (38 ve 65 yaş arası, ortalama yaş 53,8) yaptıkları çalışmada ise; kadınların %51'inin ve eşlerinin %44'ünün cinsel ilişki sırasında korku yaşadıklarını rapor edilmiştir. MI sonrası cinsel aktivite hastaların %27'sinde devam etmemiş, %44'ünde değişiklik olmamış, %44 kadın hastada azalma olmuştur. Kadınların %50'sinden fazlası cinsel ilişki sırasında göğüs ağrısı, çarpıntı, terleme ve yorgunluk gibi semptomlara sahip olmuştur. Kadınların 84'ü MI öncesi aktif cinsel yaşama

sahipmiş ve yaklaşık %34 cinsel aktiviteyi devam ettirmekte endişe yaşamıştır. Kadınları 48'i MI sonrası cinsel danışmanlık almıştır ve 61'i MI sonrası cinsel aktivitelerini devam ettirmiştir (Papadopoulos ve ark. 1983).

Papadopoulos'un başka bir çalışmasında MI sonrası kadınlarda cinsel aktiviteyi devam ettirme %72 bulunmuştur (Drory ve ark. 2000).

Hamilton ve Seidman'nın 20 kadın ve 42 erkek MI geçirmiş hastada yaptığı çalışmada; kadınların cinsel aktivite sıklığı ve memnuniyetinin azaldığı bulunmuştur (Hamilton ve Seidman 1993).

Altıok ve Yılmaz; MI geçirmiş kadın hastaların cinsel yaşamlarını tanımlayıcı ve niteliksel bir araştırma ile incelemiştir. Bu çalışmaya göre, kalp krizi geçirme korkusu hastaların cinsel yaşamlarını negatif etkilediği, bu konuda sağlık personelinin destek alınmadığı, kadınların MI sonrası eşleriyle cinsel ilişkiye girmeyi ret ettiği bulunmuştur (Altıok ve Yılmaz 2011).

Sundler ve ark.'nın 10 MI geçirmiş kadın hastada yaptığı kalitatif çalışmada, kadınlar MI sonrası cinsel tedirginlik yaşadığını, tekrar MI geçirme korkusu olduklarını ifade etmişlerdir (Sundler ve ark. 2009).

Megiddo ve ark.'nın 104 kadında yaptığı çalışmada; normal cinsel ilişki, koroner arter hastalığı olanlarla karşılaştırıldığında koroner arter hastalığı olmayanlarda iki kat daha fazla görülmüştür (Megiddo ve ark. 2009).

Muller ve ark.'nın 858 MI (154 kadın) geçirmiş hastada yaptığı çalışmada; %79 MI hastası 24 saat içinde cinsel ilişkide bulunmuş ve %23'ü MI semptomlarından 2 saat öncesinde cinsel ilişkide bulunmuştur. Cinsel aktivite sonrası meydana gelen MI'nin rölatif riski 2,5 bulunmuştur (%95 güven aralığı; 1,7-3,7). Önceden anjina hikayesi olan hastalarda MI için hedeflenen rölatif risk (2,1 [95% CI, 0,8-5,8]) önceden kardiyak hastalığı olmayanlardan daha büyük değildir. Cinsel aktivite sırasında MI görülebilir. Ama rölatif riski düşüktür. Cinsel aktivite sadece %0,9 oranında MI'ya neden olabilmektedir (Muller ve ark. 1996).

Cinsel aktivitenin MI'yı tetikleyebileceği kabul edilmektedir, ancak risk oldukça düşüktür (<%1) (Müller ve ark. 1996). MI sonrası yaşanan reinfaktüs korkusu, anjina ,anjina korkusu, depresyon gibi nedenlerle cinsellik etkilenmektedir. Casado Dones ve ark.'nın yaptığı çalışmada MI'nin cinsel fonksiyonu etkilemediği, ama psikolojik faktörler, yaş, ilaçlar ve diğer ilişkili hastalıklar bir sebep olabildiği bulunmuş. Tekrar cinsel hayata başlamak için, sessiz bir ortak, iyi bir eğitim programı ve kişileştirilmiş özel alternatifler yardımcı olabilir (Casado Dones ve ark. 2002). Çalışmamızda hastaların korkuları ve depresyon durumu

değerlendirilmemiştir. Hastalardan alınan geri bildirimlerle hastaların reinfarktüs ve anjina korkusu yaşandığı bilinmektedir.

Çalışmamızda hastaların cinsel yaşamını etkileyen faktörlerde, sosyo-demografik özelliklerinin (yaş, BKİ, doğum sayısı, eğitim, gelir durumu ve üreme organı ameliyatı geçirme) ve kardiyak risk faktörlerinin (obesite, hipertansiyon, diabetes mellitus, ailede kalp öyküsü ve sigara içimi) cinsellik üzerindeki etkisi incelendi.

Çalışmamızda doğum sayısı arttıkça orgazmın azaldığı bulundu. Doğum sayısı ve istek, uyarılma, ıslanma, memnuniyet, ağrı ve FSFI arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Bu konularda yapılan çalışmalarda; Safarinejad'ın İran'da 20-60 yaş arası toplam 2626 kadının cinsel disfonksiyonundaki risk faktörleri ve prevelansının araştırıldığı çalışmada; çocuk sayısı ikiden fazla olan kadınlarda orgazm disfonksiyonu daha fazla görülmüştür. Çalışmamızda da doğum sayısı fazla olanlarda orgazm düşük olduğu bulundu (Safarinejad 2006). Bu yönüyle çalışmamız desteklenmektedir. Witting ve ark.'nın 33-43 yaş arası 2081 kadın üzerinde yaptığı çalışmada; çok doğum yapmış kadınlar hiç doğum yapmamış kadınlara göre daha az orgazm disfonksiyonuna sahip olduğu bulunmuştur. Nullipar kadınlar daha çok cinsel ağrı problemi yaşadığı ve daha az cinsel memnuniyete sahip olduğu bulunmuştur (Witting ve ark. 20008). Jiann ve ark.'nın 1580 kadın üzerinde yaptığı çalışmada da; çocuk sahibi olanlarda, daha fazla cinsel istekte azalma görülmüştür (Jiann ve ark. 2009). Bu çalışmalar çalışmamızı desteklememektedir.

Çalışmamızda hastaların gelir durumu ve cinselliği arasında, eğitim ve cinsellik arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Oniz ve ark.'nın 19-51 yaş arası 422 kadın üzerinde yaptığı çalışmada; eğitim ve cinsellik arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır (Oniz ve ark. 2007). Singh ve ark. 149 kadının katıldığı bir çalışmada, cinsel disfonksiyon için eğitim yılı, aylık gelir önemli risk faktörü görülmemiştir (Singh ve ark. 2009). Güvel ve ark. yaptığı çalışmada da eğitimin cinselliği etkilemediği bulunmuştur (Güvel ve ark. 2003). Bu çalışmalarla çalışmamız desteklenmiştir.

Safarinejad'ın İran'da 20-60 yaş arası toplam 2626 kadının; cinsel disfonksiyonundaki risk faktörleri ve prevelansının araştırıldığı çalışmada; orgazm sorunu, düşük eğitim seviyesine sahip kadında daha çok görülmüştür. Okuma-yazması olmayan kadınlar ilköğretim ve ortaokul mezunlarına göre daha çok istek disfonksiyonuna sahip bulunmuştur (Safarinejad 2006). Erbil'in yaptığı çalışmada; düşük eğitime sahip kadınlar, yüksek eğitim almış kadınlara göre cinsel disfonksiyon riskleri daha fazla bulunmuştur (Erbil 2011). Goshtasebi ve ark.'nın yaptığı çalışmada okumamış ve ilköğretim mezunu kadınlar üniversite mezunu kadınlardan daha çok cinsel ağrıya sahipti. Cinsel memnuniyetin eğitimle ilişkisi karşılaştırılmış, okumamış ve

ilkokul mezunu kadınlardaki memnuniyet disfonksiyonu riski, yüksek eğitim alanlara göre 2,06 ve 2,36 kez daha yüksek bulunmuştur (Goshtasebi ve ark. 2009). Bagherzadeh ve ark.'nın yaptığı çalışmada; eğitimi düşük kadınlar cinsel fonksiyonda daha düşük puan almış. Ekonomik durumu iyi olanlarda daha çok cinsel disfonksiyon görülmüştür (Bagherzadeh ve ark. 2010). 18 ve 69 yaş arası 179 Türk kadınında yapılan çalışmada; cinsel disfonksiyon, düşük eğitime sahip olanlarda daha fazla görülmüştür (Bagherzadeh ve ark. 2010). Hayes ve ark.'nın 20-70 yaş arası 356 kadın üzerinde yaptığı cinsel disfonksiyon çalışmasında; eğitim seviyesi yüksek olanlarda daha az görülmüştür (Hayes ve ark. 2008). Fahs ve Swank yaptığı çalışmada düşük statülü kadınlarda (eğitimi düşük, işçi sınıfındaki kadınlar, full-time çalışan kadınlar) cinsel hayatlarında düşük memnuniyet ve yüksek cinsel aktivite bulunmuştur (Fahs ve Swank 2011). Çayan ve ark.'nın çalışmasında, kadınlarda cinsel disfonksiyonla, düşük eğitim durumu arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Lau ve ark. ekonomik stresin cinsel memnuniyeti negatif etkilediği bulunmuştur (Oniz ve ark. 2007). Bu çalışmalar çalışmamızı desteklememektedir.

Lauman'nın (1999) çalışmasında kadınlarda cinsel disfonksiyon için risk faktörleri arasında; düşük eğitim, Kadri'nin çalışmasında (2002) ileri yaş, ekonomik bağımlılık, fazla çocuk sayısı; Castelo-Branco'nun (2003) çalışmasında 49 yaş üstü, menopoza; Abdo'nun (2004) çalışmasında 40 yaş üstü, düşük eğitim, istek ve orgazm disfonksiyonu için diyabet, ağrı disfonksiyonu için kardiyomyopati; Ponholzer'in (2003) çalışmasında ileri yaş, stres, düşük fiziksel aktivite; Elnashar'ın (2007) çalışmasında, yoksulluk, hamilelik; Fajewonyomi'nin (2007) çalışmasında genç yaş, yüksek eğitim, fiziksel hastalık, ilaç, yetersiz ön sevişme, çok eşlilik; Parish'in (2007) çalışmasında ileri yaş, fiziksel sorunlar, ruh sağlığı, zayıf bir ilişki ve iletişim; Sidi'nin (2007) çalışmasında ileri yaş, uzun evlilik, multipar, yüksek akademik durumu, kötü lubrikasyon; Aslan'nın (2008) çalışmasında düşük eğitim, menopoza, depresyon, kontraseptif kullanımı; Chedraui'nin (2008) çalışmasında İleri yaş, menopoza, yaşlı panter, az eğitim; Shifren'nin (2008) çalışmasında kadınlarda cinsel disfonksiyon için risk faktörleri; 45-64 yaş, kötü algılanan sağlık, düşük eğitim, depresyon, anksiyete bulunmuştur (Singh ve ark. 2009).

Çalışmamızda hastaların 5'i üreme organı ameliyatı geçirmişti. 4'ü Total Abdominal Histerektomi + Bilateral Salpingo Ooferektomi (TAH+BSO) ve biri sadece histerektomi ameliyatı geçirmişti. Hastaların geçirdiği üreme organı ameliyatı ile cinselliği arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Eti'nin (1988) yaptığı çalışma da post-op 5-7. günlerde %12 cinsel aktiviteyi bırakma görülmüş. Rhodes ve ark.'nın (1999) pre-op, post-op 6, 12, 18, 24. aylarda yaptığı çalışmada (n=1101); dispareni azalma (%18,6'dan, %3,6'ya), cinsel ilgide azalma

(%10,4'ten, %6,2'ye) olduğu bulunmuş. Bayram'ın (2008), pre-op, post-op 3.ay yaptığı çalışmada (n=93) %34,3'nün FSFI toplam puanında azalma bulunmuştur. Dragisic&Milad'ın (2004) pre-op, post-op 6.ayda yaptığı çalışmada, orgazm şiddetinde artış, disparonide azalma (%43'ten %8,1'e düşmüş) olmuştur. Ayoubi ve ark.'nın, (2003) laporaskopik histerektomi ve TAH sonrası yaptığı çalışmada cinsel fonksiyonlarda, %60,4 değişiklik yok, %21,3 gelişme, %18 bozulma (en çok TAH grubunda) bulunmuştur. Yeoum&Park'ın (2005) histerektomi sonrası post-op 3. ay yaptığı çalışmada (n=89), %68 vajinal sekresyonda azalma, %25 koitus sıklığı ve orgazm şiddetinde değişiklik bulunmuştur. Aziz ve ark.'nın (2005), 217 yalnızca histerektomi, 106 TAH+BSO hastasını, pre-op, post-op 1. yıl karşılaştırmıştır, post-op iyi olma durumunda her iki grupta artış gözlenmiştir. Kuppermann ve ark. (2005) 135 TAH hastasını post-op 6.ay ve 2. yıl değerlendirmiş, 6 ayda cinsel fonksiyonlarda iyileşme, 2. yılda cinsel fonksiyonlarda bazı problemler bulunmuştur. Yapılan çalışmaların çoğunda operasyon sonrası 6 aydan itibaren hastalar normal cinsel yaşamlarına dönebilmekte, operasyonun etkisi bitmektedir. Bizim çalışmamızda da hastalar yakın bir zamanda operasyon geçirmemişti. Bu yüzden operasyonun cinselliği etkilemediği bulunmuş olabilir (Onat-Bayram 2008).

Çalışmamızda yaş ve cinsellik arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanarak ($p<0.05$); hastaların yaşları artıkça istekte, uyarılmada, ıslanmada, orgazmda, memnuniyette, ağrı ve FSFI da azalma saptandı. Ayrıca çalışmaya katılan 28 hasta menopozdaydı. Hastaların çoğu menopozda olduğu için menopozun cinsellik üzerindeki etkisi çalışmamızda karşılaştırılmamıştır. Literatür sonuçları çalışmamızı desteklemektedir. Ginsberg ve arkadaşları tarafından 60 yaş ve üzerindeki yaşlılarda yapılan bir çalışmada; olguların en az ayda bir kez eşlerine dokunduğunu (%60,5), sarıldığını (%61,7) ve eşleri ile öpüştüğünü (%50) belirlemişlerdir. Bu çalışmada cinsel deneyimi engelleyen en önemli faktörler partner yokluğu (%60), yaş (%32) ve cinsel ilgi eksikliği (%24) olarak saptanmıştır (Yıldız 2007).

Bir çalışmada da kadınlar da cinsel ilgi düşük bulunmuş, prevelansı %17 ve %55 arasındadır. Yaşla cinsel istek azaldığına değinilmiştir. Cinsel isteği düşük olan 49 yaş ve üzeri kadın yaklaşık %10, 50-65 yaş arasında %22, 66-74 yaş arasında %47'dir. Yaşla birlikte, özellikle 50 yaş ve üzerinde lubrikasyon sorunu artmaktadır. Orgazmik disfonksiyon prevelansın oranları değişiklik göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, Kanada ve İsveç'te 18-74 yaş arası kadınlarda orgazmik disfonksiyon yaklaşık %16-25 arasındadır. Üç çalışma (Avustralya, İran ve Amerikan Birleşik Devletindeki çalışmalar) dışında birçok çalışmada yaş ile bağlantısı rapor edilememiştir. Kadınlarda disparoni Avustralya'da %1 kadar düşük bulunurken, dünyada yapılan 7 çalışmada %14-27 dır (Lewis ve ark. 2010).

Türkiye’de en geniş çalışma Öksüz ve Malhan tarafından yapılmıştır. Öksüz ve Malhan düşük seksüel fonksiyon prevelansını 18-30 yaş grubunda %41, 31-45 yaş grubunda %53,1; 46-55 yaş grubunda %67,9 olarak bildirmişlerdir (Öksüz ve Malhan 2006).

Çayan ve ark.’nın çalışmasında; 18-27 yaş grubunda %21,7; 28-37 yaş grubunda %25,5; 38-47 yaş grubunda %53,5; 48-57 yaş grubunda %65,9 ve 58-67 yaş grubunda %92,9 oranında cinsel fonksiyon bozukluğu tespit etmiştir (Çayan ve ark. 2004).

Aslan ve arkadaşları, 20-29 yaş, 30-39 yaş, 40-49 yaş, 50-59 yaş, 60-64 yaş ve 65 yaş üzeri gruplarda sırası ile %22, %39,7, %50,2, %71,3, %82,9, %87,8 oranında kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu tespit etmişlerdir (Aslan ve ark. 2008).

Aydos ve ark. 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 yaş gruplarında cinsel fonksiyon bozukluğunu sırasıyla % 27,3, %25,5, %56, %62,9 ve %88,8 olarak bildirmiştir (Billurcu 2008).

Cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili yapılan çalışmalar, bilim adamlarını dünyanın farklı ülkelerinde düşük seksüel fonksiyon prevelansını karşılaştırmayı hedefleyen çalışmalara yöneltmiştir. 60 ülkeden 200 doktor tarafından düzenlenen multidisipliner bir çalışmada artan yaş ile beraber kadınlarda %40-45, erkeklerde %20-30 oranında cinsel fonksiyon bozukluğu tespit edilmiştir (Lewis ve ark. 2004).

Benzer sonuçlar Pfizer Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors’da da bulunmuştur. 29 ülkeden 40-80 yaş arasında 27000 kadar erkek ve kadın katılımcı ile görüşülmüş ve kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu %47 olarak bulunulmuştur (Wilson 2006).

Shin-Ichi Hisaue ve arkadaşları tarafından Japonya’da yapılan bir çalışmada 30-69 yaşları arasında 2095 kadın ile görüşülmüş ve kadın cinsel disfonksiyonunun yaş ile pozitif korelasyon gösterdiğini bildirmişlerdir. Artan yaş ile cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve ağrı bozukluklarının arttığını tespit etmişlerdir (Hisaue ve ark. 2005).

Hayes ve arkadaşları yaptıkları başka bir çalışmada ise Fransa, Almanya, İtalya ve İngiltere gibi Avrupa ülkelerinden ve Amerika’dan yaşları 20 ile 70 arasında olan katılımcılar ile görüşmüştür. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığının yaş ile arttığını ancak bu durumdan rahatsızlık hissetmenin ise yaş ile azaldığını bildirmişlerdir (Billurcu 2008).

Çalışmamızda; obesitenin ($BKİ \geq 30.0$) cinselliğe etkisi incelendiğinde; obesitenin cinsel yaşamlarında önemli bir değişken olmadığı saptandı ($p > 0.05$). Güvel ve ark. yaptığı çalışmada ülkemizde sağlıklı evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarında etkili olabilecek demografik özellikler araştırılmıştır. BKİ ile cinsellik arasında istatistiksel fark bulunamamıştır ($p > 0.05$) (Güvel ve ark. 2003). Yaylali ve ark. yaptığı çalışmada da

obesitenin cinselliği etkilemediği bulunmuştur (Yaylali ve ark. 2010). Bu çalışmalar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Birkaç çalışma da obesitenin cinsel disfonksiyona neden olduğu bulunmuştur (Johann ve ark. 2001; Ribes ve Maillot-Mary 2010; Charfi ve ark. 2012). Bu çalışmalar; BKİ yüksek olan yani obez kadınların cinsel ilişki sırasında vucutlarının ilgi çekmeme konusunda endişe yaşadıklarını bulmuştur. Cinsel isteklerinin az olduğunu ve cinsel zorluklar yaşadığı bulunmuştur (Kuk and Ross 2009; Smith ve ark. 2011).

Çalışmamızda diyabetli hastalarda memnuniyetin artışı bulundu ($p<0.05$). Diyabet ve istek, uyarılma, ıslanma, orgazm, ağrı, FSFI arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Çalışmalara göre diyabet, lubrikasyonda azalmaya, cinsel istekte azalma, orgazmik disfonksiyona ve disparaniye neden olabilmektedir. Cinsel işlev bozukluğu diyabetli hastalarda diyabetli olmayanlara göre 10-20 yıl erken başlamakta ve daha sık görülmektedir. Diyabetli kadınlarda diyabetli olmayanlara göre vajinal kuruluk hissi fazla ve cinsel istek daha azdır (Riley 2009; Lewis ve ark. 2010; Rutherford ve Collier 2010; Yıldız ve Pınar 2011). Basson ve ark.'nın yaptığı çalışmada lubrikasyon güclüğü ve cinsel ilişki sırasında ağrı sırasıyla tip 2 diyabetlilerde %46,95, %41,95; tip 1 diyabetlilerde %40,18; %31,48; diyabetli olmayanlarda %34,04; %26,12 olarak saptanmıştır. Cinsel memnuniyetlerinde değişim gözlenmemiştir (Yıldız ve Pınar 2011).

Enzlin ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada diyabetli kadınlarda diyabetli olmayanlara göre cinsel uyarılma bozukluklarının daha sık ve lubrikasyonda azalmanın daha belirgin olduğu saptanmıştır (Enzlin ve ark. 1998). Enzlin ve ark. tarafından tip 1 diyabetli kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada cinsel işlev bozukluğu prevelansının diyabetli kadınlarda (%27) kontrol grubuna (%15) göre daha yüksek ve uyarılma sorunun anlamlı şekilde daha fazla olduğu saptanmıştır (Enzlin ve ark. 2002). Enzlin ve ark. tarafından yapılan başka bir çalışmada diyabetli kadınların %35'inde cinsel işlev bozukluğu olduğu; bunların %57'inde libido kaybı, %51'inde orgazm sorunu, %47'sinde lubrikasyon sorunu, %38'inde uyarılma bozukluğu ve %21'inde cinsel ilişki sırasında ağrı varlığı tespit edilmiştir (Enzlin ve ark. 2009).

Abu Ali ve arkadaşlarının çalışmasında diyabetli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu prevelansının %59,6; diyabetli olmayanlarda %45,6 olduğu saptanmıştır. Cinsel memnuniyetlerinde anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ziaei-Rad ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada diyabetli kadınların %88'inde (Yıldız ve Pınar 2011); Esposito ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise diyabetli kadınların %53,4'ünde cinsel işlev bozukluğu olduğu saptanmıştır (Yıldız ve Pınar 2011; Ersöz ve ark. 2011).

Ülkemizde Erol ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada diyabetli kadınlarda saptanan cinsel fonksiyon bozuklukları sırasıyla libidoda azalma (%77,7), klitoral duyarlılıkta azalma (%62,5), orgazm bozukluğu (%49), vajinal rahatsızlık hissi (%41,6), vajinal kuruluk (%37,5) olduğu saptanmış ve en yaygın semptomun libido azlığı (%77,7) olduğu görülmüştür (Erol ve ark. 2002)

Yıldız ve Pınar tarafından yapılan bir çalışmada diyabetli kadınların %54,4'ünde cinsel işlev bozukluğu olduğu; en fazla etkilenen alanların cinsel istek (%42,2) ve uyarılma (%35,4), en az etkilenen alanın ağrı (%12,9) olduğu saptanmıştır. Doruk ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada tip 1 diyabetli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu diyabetli olmayanlara göre daha yüksektir ve etkilenen alanlar sırasıyla; istek (%85), uyarılma (%76), orgazm (%66), ağrı (%61), lubrikasyon (%57) ve doyum (%61) iken, tip 2 diyabetli kadınlarda; istek (%82), uyarılma (%68), doyum (%50), ağrı (%46), lubrikasyon (%38) ve orgazm (%38) olarak saptanmıştır (Yıldız ve Pınar 2011).

Tyrer ve ark. (1983) diyabetlilerde cinsel memnuniyetsizliğin %18 olduğunu; Erol ve ark. (2002) %42 cinsel memnuniyette azalma olduğunu; Erol ve ark.'nın (2003) başka bir çalışmasında cinsel memnuniyet arasında bir fark bulunamamış. Rockliffe-Fidler& Kiemle (2003) tip 1 DM %17, tip 2 DM %30 cinsel yaşamlarından memnun olmadığı, Fatemi &Taghavi (2009) diyabetlilerde %64 cinsel memnuniyette azalma olduğunu bulmuştur. Mezones-Holguin ve ark.(2008) ve Olariño &Olariño (2008) yaptığı çalışmalarda da diyabetlilerde cinsel memnuniyetin azaldığı bulunmuş (Giraldi ve Kristensen 2010)

Nowosielski ve ark. 544 (deney n=264 ve kontrol n=280) hastada yaptığı çalışmada, diyabetlilerde cinsel istek ve uyarılma daha düşük bulunmuştur. Orgazmik disfonksiyon diyabet için bağımsız bir belirleyici olarak bulunmuştur. Cinsel ilişkilerinden memnun olanların cinsel istek, uyarılmaları daha düşük bulunmuştur. Memnuniyette iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Nowosielski ve ark. 2010).

Çalışmalardaki sonuçlar; çalışmamızı desteklememektedir. Birçok çalışmada diyabetin cinsel istekte ve lubrikasyonu azalttığı bulunmuştur. Ama bizim çalışmamızda diyabet ve istek, uyarılma arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Çoğu çalışmada diyabetlilerde memnuniyet azalmış ya da değişmemiştir. Çalışmamızda diyabetlilerde memnuniyet yüksek bulundu.

Çalışmamızda hipertansiyonun cinselliği etkilemediği bulundu. Bazı çalışmalarda hipertansif kadın ve erkeklerde cinsel fonksiyona ilişkin bazı önemli bulgular sağlanmıştır. The Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS) çalışmasında başlangıçta erkeklerin %14,4'ü, kadınların %4,9'unda cinsel sorun bildirilmiştir. Buna göre erkeklerin %12,2'si

ereksiyon sağlama/sürdürmede güçlük, kadınların ise %2'si ise orgazm olma konusunda sorun yaşamaktaydı. İki yıllık izlem sürecinde erkeklerde ereksiyon probleminin alınan antihipertansif ilaç grubuna bağlı olarak %9,5'den %14,7'ye yükseldiği belirlenmiştir. Buna göre plasebo alan gruba göre chlorthalidone (antihipertansif bir ilaç) alan grupta ereksiyon problemi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ancak 48'inci ayda tedavi grupları arasında benzerlikler bulunmuştur. Buna karşın kadınlarda antihipertansif ilaç gruplarına göre cinsel sorun oranı tüm gruplarda düşük bulunmuştur. Hannon ve arkadaşlarının (2002) Fransa'da yürüttükleri bir çalışmada ise hipertansif bireylerin %38'inde cinsel sorunlar belirlenirken bu oran erkeklerde (%49) kadınlara (%18) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Demirezen 2006).

Yıldız ve Pınar'ın çalışmasında kardiyak risk faktörlerin (obesite, hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, sigara, alkol, aile öyküsü, anemi, periferik arter hastalığı ile kadınlarda menopoza) ve hastalıkla ilişkili değişkenlerin cinsel disfonksiyonu etkilemediği görülmüştür. (Yıldız ve Pınar 2004). 50 MI hastasıyla ve 50 kontrol grubuyla yapılan başka bir çalışmada, diyabet, sigara kullanımı ve hipertansiyonun cinsel disfonksiyonu her iki grupta da etkilemediği bulunmuştur (Muller 1999). Safarinejad çalışmasında sigara kullanımı ile cinsel hastalıklar arasında önemli bir fark bulunamamıştır (Safarinejad 2006). Çayan ve ark.'nın yaptığı çalışmada da sigara kullanımı cinsel fonksiyon bozukluğu üzerine anlamlı etkisi saptanamamıştır. (Çayan ve ark. 2004). Bagherzadeh ve ark.'nın yaptığı çalışmada cinsel disfonksiyonla alkol arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Bagherzadeh ve ark. 2010). Bu çalışmamızla çalışmamız desteklenmiştir. Birkaç çalışmada; sigara içiminin cinsel disfonksiyonu etkilediği bulunmuştur (Öksüz ve Malhan 2006; Bagherzadeh ve ark. 2010).

Sonuç olarak; MI sonrası hastaların cinsel yaşamı olumsuz etkilenmektedir. Çalışmamızda 1.ay hastaların cinsel yaşamı azalmıştır. Zamanla cinselliğin olumsuz etkisinin kalktığı, 3.ay ilk görüşmedeki cinselliklerine geri döndükleri bulunmuştur. Cinselliği etkileyen en önemli değişken yaş olduğu bulunmuştur.

SONUÇ

Akut miyokard infarktüsü tanısı ile gelen kadın hastaların cinsel fonksiyonlarını değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada;

- Yaş ortalaması yüksek olan hastaların ($62,83 \pm 9,33$) %43,47'si cinsel açıdan aktif olduğu saptanmıştır.
- Cinsel açıdan aktif olan hastaların en düşük FSFI puanı 10,3 ile 1. ay görüşmesinde, en yüksek FSFI puanı 15,9 ile orta düzeyde ilk görüşmede bulunmuştur.
- MI sonrası 1. ayda cinsel disfonksiyon artarken, 3.ay tekrar başlangıçtaki cinsel yaşamlarına dönmüştür.
- Cinsel yaşamı etkileyen sosyodemografik ve hastalıklara ilişkin faktörler incelendiğinde; cinsel yaşamı etkileyen en önemli değişken yaş bulunmuştur.

ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda; MI sonrası cinsel yaşamı aktif hastaların cinsel yaşamı 1.ay da azaldığı, 3.ay hastaların normal cinsel aktivitelerine geri döndükleri bulundu ve cinselliği etkileyen en önemli değişkenin yaş olduğu bulundu. Bu sonuçlara dayanarak gelecekte bu konuda yapılacak olan çalışmalarda şunlar yapılabilir:

- Çalışmanın genellenebilmesi için daha büyük örneklem grubunda çalışılma yapılması
- Hastalara MI sonrası cinsel eğitimin verilmesi
- Gelecek çalışmada cinselliği etkileyen faktörlerin (yaş, doğum sayısı, diabetes mellitus) etkisinin ayrı ayrı değerlendirmesi
- Gelecek çalışmada MI sonrası cinsel yaşamın azalmasına neden olan faktörleride (reinfarktüs, anjina, depresyon, stres, anjina korkusu gibi) ekleyerek daha kapsamlı görüşmelerin yapılması

KAYNAKLAR

Akdolun, N. ve Terakye, G. (2001). Sexual problems before and after myocardial infarction: Patients' needs for information. *Rehabilitation Nursing*, 26(4):152-158.

Akın, S. (2009). Kalp hastalıklarında cinsel disfonksiyon prevalansı. *Antropoloji Bülteni*, 37:172-174 Erişim: <http://www.androloji.org.tr/images/File/37.Say%C4%B1/k4.pdf>.

Altıok, M. ve Yılmaz, M. (2011). Opinions of Individuals who have had myocardial infarction about sex. *Sexuality and Disability*, 29:263–273. Doi:10.1007/s11195-011-9217-5.

Arenhall, E., Kristofferzon, M.L., Fridlund, B. ve Nilsson, U. (2010). The female partners' experiences of intimate relationship after a first myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 20:1677–1684. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03312.x

Aslan, E., Beji, N.K., Gungor, I., Kadioglu, A. ve Dikencik, B.K. (2008). Prevalence and risk factors for low sexual function in women: A study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(9):2044–2052. Erişim:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.17436109.2008.00873.x/abstract;jsessionid=9FAF475F6ED3A8844AED47EFA6625EFF.d03t04>

Atan, A. ve Delibaşı, T. (2003). Cinsel aktivite kalbi ne kadar zorluyor? *Androloji Bülteni*, 17:1-4. Erişim:<http://www.androloji.org.tr/icerik.asp?lang=&action=single&id=43>

Avcı, N ve Kızılkaya Beji, N. (2011). Toplumlarda cinselliğe bakış, etkileyen faktörler. *Antropoloji Bülteni*, 45:155-159 Erişim: <http://www.androloji.org.tr/images/File/45.Say%C4%B1/K1.pdf>

Aygın, D. ve Aslan, F. E. (2005). Kadın cinsel işlev ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 25:393-399.

Aygın, D. ve Aslan, F.E. (2008). Meme kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, **4(2)**:105-115.

Ayhan, A., Iyigun, E., Tastan, S. ve Coskun, H. (2010). Turkish version of the reliability and validity study of the sexual attitudes and belief survey. *Sexuality and Disability*, **28**:287–296. Doi: 10.1007/s11195-010-9157-5.

Bagherzadeh, R., Zahmatkeshan, N., Gharibi, T., Akaberian, S., Mirzaei, K., Kamali, F., Pouladi, S., Yazdanpanah, S., Jamand, T., Yazdankhahfard, M. ve Khoramroudi, R. (2010). Prevalence of female sexual dysfunction and related factors for under treatment in Bushehr women of Iran. *Sexual Disability*, **28**:39–49. Doi: 10.1007/s11195-010-9149-5

Baylin, A., Hernandez Diaz, S., Siles, X., Kabagambe, E.K. ve Campos, H. (2007). Triggers of nonfatal myocardial infarction in Costa Rica: Heavy physical exertion, sexual activity and infection. *Annals of Epidemiology*, **17(2)**:112-118. Doi:10.1016/j.annepidem.2006.05.

Billurecu, N. (2008). Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukları. Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. F.Ferda Verit. Uzmanlık Tezi. Sayfa: 26-30. Harran Üniversitesi-Şanlıurfa Erişim: <http://www.belgeler.com/blg/1f9h/menopoz-donemindeki-hastalarda-cinsel-fonksiyon-bozukluklari-sexual-dysfunction-in-postmenopausal-women>

Birkhauser, M. H. (2009).Quality of life and sexuality issues in aging women. *Climacteric* **12(1)**:52–57. Doi: 10.1080/13697130903013163

Bohlen, J.G., Held, J.P., Sanderson, M.O. ve Ahlgren, A. (1982). The female orgasm: Pelvic contractions. *Archives of Sexual Behavior*, **11 (5)**:367-86.

Bohlen, J.G., Held, J.P., Sanderson, O. ve Patterson, R.P. (1984). Heart rate, rate pressure product and oxygen uptake during four sexual activities. *Archives of Internal Medicine*, **144(9)**:1745-1748.

Erişim: <http://archinte.amaassn.org/cgi/content/abstract/144/9/1745>

Borissova, A.M., Kovatcheva, R. ve Shinkov, A. (2000). Changes in sexual behavior in Bulgarian women after the menopause. *Gynecological Endocrinology*, **14(69)**:448-453. Erişim: http://apps.webofknowledge.com/InboundService.do?SID=Q15AfN3iL3j2keOOGak&product=WOS&UT=000166964100009&SrcApp=360&DestFail=http%3A%2F%2Faccess.isiproducts.com%2Fcustom_images%2Fwok5_failed_auth.html&Init=Yes&action=retrieve&SrcAuth=SerialsSolutions&customersID=SerialsSolutions&mode=FullRecord

Buckley, L.L. ve Grose, S. (2011). Acute Myocardial Infarction in Women. Published by Cinahl Information Systems. Erişim Tarihi: 1.07.2011. Erişim:http://content.ebscohost.com/pdf25_26/pdf/ddd/rzh/5000002652.pdf?T=P&P=AN&K=5000002652&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMMvl7ESeqLI4zdnyOLCmr0mep7FSrqy4SbeWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGrs1Cyr7dRuePfgeyx44Dt6fIA

Briggs, L.M. (1994). Sexual healing: Caring for patients recovering from myocardial infarction. *British Journal of Nursing*, **3(6)**:837-842.

Can, G. (2004) Kanserde cinsel sağlık. *Andropoloji bülteni*, **19**:355-356 Erişim: http://www.androloji.org.tr/images/file/kadin2_19.sayi.pdf

Casado Dones, M.J., Andres Gimeno, B., Moreno Gonzalez, C., Fernandez Balcones, C., Cruz Martin, R.M. ve Colmenar Garcia, C. (2002). Sexuality in acute myocardial infarction patients [Spanish]. *Enfermería Intensiva (Enferm Intensiva)*, **13(1)**:2-8 Erişim:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=a1c59ad1-913a-49a7-a276-7939cc453443%40sessionmgr115&vid=1&hid=110&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d>

Cellek, S. (2003). Kadında Cinsel Fonksiyon Bozuklugunun Patofizyolojisi. *Andropoloji Bülteni*, **17** Erişim: www.androloji.org.tr/images/file/bulsay11/derlemev1.doc

Charfi, N., Jmaa, S., Thabet, J., Sellami, R., Shaban, A. ve Maalej, S. (2012). Obes Cinsellik: 40 olgunun Çalışması. *Diabetes & Metabolism*, **38 (2)**:A88.

Chen, J. ve Ho†, S.C. (1999). Contraceptive status and sexual function of climacteric chinese women. *Contraception*, **59**:85–90.

Chen, X., Zhang, O. ve Tan. X. (2009). Cardiovascular effects of sexual activity. *Indian Journal of Medical Research*, **130**:681-688.

Chervenak, J.L. (2010). Reproductive aging, sexuality and symptoms. *Seminars in Reproductive Medicine*, **28**(5):380-387. Doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1262897>.

Çayan, S., Akbay, E., Bozlu, M., Canpolat, B., Acar, D. ve Ulusoy, E. (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *International Journal of Urology*, **72**:52–57. Doi: 10.1159/000075273

Dahabreh, I.J., Paulus, J.K. (2011). Association of episodic physical and sexual activity with triggering of acute cardiac events. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, **305**(12):1225-33.

DeBusk, R.F. (2000). Evaluating the cardiovascular tolerance for sex. *The American Journal of Cardiology*, **86**:51F-56F.

DeBusk, R.F. (2003). Sexual activity in patients with angina. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, **290**(23):3129-3132.

Demirezen, E. (2006). Hipertansif kadınlarda cinsel yaşam. *Antropoloji bülteni*, **26**:261-263 Erişim: <http://www.androloji.org.tr/images/File/26.Say%C4%B1/kadin1.pdf>

Dennerstein, L. (2010). How changing methods affect our understanding of female sexual function and dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, **7**:2299–2300

Dennis, C., Miller, N., Schwartz, R.G., Ahn, D.A., Kraemer, H.C. Gossard,D., Juneau, M., Taylor,C.B. ve DeBusk, R.F. (1988). Early return to work after uncomplicated myocardial infarction. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, **260**:214-220. Erişim: <http://jama.amaassn.org/search?fulltext=Sexual+Activity+Triggering+Myocardial+Infarction%3A+One+Less+Thing+to+Worry+About+&submit=yes&x=23&y=5>

De Souza, C.A., Luiz Cardoso, F., Silveira, R.A. ve Martins, C. (2011). Management of sexual activity of coronary disease patients by the cardiologist. *Acta Medica Portuguesa*, 24(2):249-254

Devries, S. (1998, 5 Nisan). Don't let heart attack scare you away from having sex. Chicago Sun-Times sayfa: 57 Erişim: <http://www.lexisnexis.com/hottopics/lnacademic/?verb=sr&csi=8422&sr=lni%283SD8-X8Y0-000W-53XB%29>

Dilek, F. (2008). Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Tez Yöneticisi: Yrd. Doç. Dr. Serap UNSAR. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi-Edirne, sayfa: 11-12

Dincer, Ö. (2007). Namus ve Bekaret: Kuşaklar Arasında Değişen Ne? İki Kuşaktan Kadınların Cinsellik Algıları. Tez Danışmanı :Prof. Dr. Gülay Toksöz. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi-Ankara Erişim : <http://www.belgeler.com/blg/1ajn/namus-ve-bekaret-kusaklar-arasinda-degisen-ne-iki-kusaktan-kadinlarin-cinsellik-algilari-virtue-and-virginity-what-is-the-difference-between-generations-sexual-perceptions-of-women-from-two-different-generations>

Djurović, A., Marić, D., Brdareski, Z., Konstantinović, L., Rafajlovski, S., Obradović, S., Ilić, R. ve Mijailović, Z. (2010). Sexual rehabilitation after myocardial infarction and coronary bypass surgery: Why do we not perform our job? *Vojnosanit Pregl*, 67(7):579-587

Doherty, S., Byrne, M., Murphy, A.W. ve McGee, H.M. (2010). Cardiac rehabilitation staff views about discussing sexual issues with coronary heart disease patients: A national survey in Ireland. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 10:101–107. Doi:10.1016/j.ejcnurse.2010.05.002

Drory, Y., Kravetz, S. ve Weingarten, M. (2000). Comparison of sexual activity of women and men after a first acute. *The American Journal of Cardiology*, 85(11):1283–1287.

Drory, Y., Kravetz, S., Florian, V. ve Weingarten, M. (1998). Sexual activity after first acute myocardial infarction in middle-aged men: Demographic, psychological and medical predictors. *Cardiology*, **90**:207–211.

Ege, E., Akın, B., Yaralı Arslan, S. ve Bilgili, N. (2010). Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri. *Tübbav Bilim*, **3(1)**:137-144.

Ekinci, M. ve Hoşcan, M.B. (2009). Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu ve metabolik sendrom. *Antropoloji Bülteni*, **36**:71-47

Enzlin, P., Methiu, C., Vanderschuren, D. ve Demyttonaere, K. (1998). Diabetes and female sexuality: a review of 25 years research. *Diabetic Med.* **15**:809-815.

Enzlin, P., Mathieu, C., Van Den Bruel, A., Bosteels, J. ve Vanderschueren, D. Demyttonaere, K. (2002). Sexual dysfunction in women type 1 diabetes. *Diabetes Care.* **25(4)**:672-677.

Enzlin, P., Rosen, R., Wiegel, M., Brown, J., Wessells, H., Gatcomb, P., Rutledge, B., Chan, K.L. ve Cleary, P.A. (2009). Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: long-term findings from the DCCT/ EDIC study cohort. *Diabetes Care.* **32(5)**:780-5.

Erbil, N. (2011). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Turkish women attending a maternity and gynecology outpatient clinic. *Sexual Disability.* **29**:377–386. Doi:10.1007/s11195-011-9202-z

Erol, B., Tefekli, A., Ozbey, İ., Salman, F. Dmcaates, N. Kadioğlu, A. ve Tellaloglu, S. (2002). Sexual dysfunction in Type II diabetic females: A comparative study. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, **28**:55–62,

Ersöz, C., Tepeler, A., Akman, T. ve Armağan, A. (2011). Diyabetik kadınlarda cinsel işlev bozukluğu. *Antropoloji bülteni*, **47**:308-310

Eryılmaz, H.Y. (2005). Orgazm tanımı ve tipleri. *Androloji Bülteni*, **23**:355-358.

Esen-Güllü, B. (2012). Prediyaliz kronik böbrek yetmezlikli seksüel aktif bireylerde seksüel fonksiyonun değerlendirilmesi, depresyon, yaşam kalitesi ve hormonal durumun seksüel disfonksiyon üzerine etkilerin belirlenmesi. Yan dal uzmanlık tezi. Tez danışmanı: Serdar Kahvecioğlu

Eyada, M. ve Atwa, M. (2007). Sexual function in female patients with unstable angina or non-ST elevation myocardial infarction. *The Journal of Sexual Medicine*, **4**:1373–1380. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00473.x

Fahs, B. ve Swank, E. (2011). Social identities as predictors of women's sexual satisfaction and sexual activity. *Archives Sexual Behaviour*, **40**:903–914. Doi: 10.1007/s10508-010-9681-5

Falk, R.H. (2001). The cardiovascular response to sexual activity: do we know enough? *Clinical Cardiology*, **24**: 271-275
Erişim: <http://www.lexisnexis.com/hottopics/lnacademic/?verb=sr&csi=8422&sr=lni%284RWH-DYW0-TWMB-P0WJ%29>

Froelicher, E.S., Kee, L.L., Newton, K.M., Lindskog, B. ve Livingston, M. (1994). Return to work, sexual activity, and other activities after acute myocardial infarction. *Heart & Lung*, **23**(5):423-35 Erişim: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=9699e8a2-a1ec-49ff-9552e84496a2221c%40sessionmgr110&vid=1&hid=107&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=1995002968>

Giraldi, G. ve Kristensen, E. (2010). Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *Journal of Sex Research*, **47**(2–3):199–211. Doi: 10.1080/00224491003632834

Goshtasebi, A., Vahdaninia, M. Ve Rahimi Foroshani, A. (2009). Prevalence and potential risk factors of female sexual difficulties: An urban Iranian population-based study. *Journal of Sexual Medicine*, **6**:2988–2996. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01398.x

Graham, I., Atar, D., Borch-Johnsen, K., Burell, G., Cifkova, R., Dallongeville, J. ve ark. (2007). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *European Heart Journal*, **28**:2375–2414. Doi:10.1093/eurheartj/ehm316

Greene, R. (2010). The management of angina. *Chemist & Druggist*. Module 1524, sayfa:14-16

Erişim:http://www.lexisnexis.com/lncui2api/delivery/DnldWorking.do?dnldFileName=Magazine_Stories%2C_Combined20111120_1000.PDF&jobHandle=2825%3A318944140&disb=0_T13303523219&fromCart=false&hideSource=false&docRange=All+Documents+%281-1%29&estPage=5

Gullette, E., Blumenthal, J.A., Babyak, M., Jiang, W., Waugh, R.A., Frid, D.J., O'Connor, C.M., Morris, J.J. ve Krantz, D.S. (1997). Effects of mental stress on myocardial ischemia during daily life. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, **277(19)**:1521-1526. Doi:10.1001/jama.1997.03540430033029 Erişim: <http://jama.ama-assn.org/content/277/19/1521.abstract?sid=877cc391-846f-4293-be41-80c03ff58838>

Gupta, M.C., Singh, M.M., Gurnani, K.C. ve Pandey, D.N. (1990). Psychopathology of delayed resumption of sexual activity after myocardial infarction. *The Journal Of The Association Of Physicians Of India [J Assoc Physicians India]*, **38(8)**:545-8. Erişim: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=b2df84f5-f00c43c9a41fb53344741e0a%40sessionmgr114&vid=1&hid=112&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cmedm&AN=2246190>

Güvel, S., Yaycioğlu, Ö., Bağış, T., Savaş, N., Bulgan, E. Ve Özkardeş, H. (2003). Evli kadınlarda cinsel fonksiyonlara etkin faktörler. *Türk Üroloji Dergisi*, **29 (1)**: 43-48.

Hamilton, G.A. ve Seidman, R.N. (1993). A comparison of the recovery period for women and men after an acute myocardial infarction. *Heart & Lung: The Journal Of Critical Care [Heart Lung]*, **22 (4)**:308-15.

Hardin, S.R. (2007). Cardiac disease and sexuality: Implications for research and practice. *Nursing Clinic of North Amerika*, **42**:593–603. Doi:10.1016/j.cnur.2007.07.006

Hart, H. (2008, 9 Şubat). Is sex safe after a heart attack? Tampa Tribune (Florida) sayfa:8

Erişim:<http://www.lexisnexis.com/hottopics/lncademic/?verb=sr&csi=8422&sr=lni%284RW H-DYW0-TWMB-P0WJ%29>

Hartston, W. (1996, 28 Mayıs). Ivory Towers: One Less Thing To Worry About: Sex, Heart Attacks And Swedish Optimism. The Independent (London) Erişim:<http://www.lexisnexis.com/hottopics/lnacademic/?verb=sr&csi=8422&sr=lni%283S7T-8C50-008G-C375%29>

Hatamochi, C. ve Komatsu, H. (2001). Meaning of myocardial infarction for sexuality of the patients with ischemic heart disease [japanese]. *Journal of St. Luke's Society For Nursing Research (J St Lukes Soc Nurs Res)*, **5(1)**:51-57.

Hayes, R.D., Dennerstein, L., Bennett, C.M., Sidat, M., Gurrin, L.C. ve Fairley, C.K. (2008). Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: Exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *Journal of Sexual Medicine*, **5**:1681–1693. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00838.x

Hisasue, S.I., Kumamoto, Y., Sato, Y., Masumori, N., Horita, H., Katom, R., Kobayashi, K., Hashimoto, K., Yamasita, N. ve Itoh, N. (2005). Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: A Japanese female cohort study. *Urology*, **65**:143–148. Doi:10.1016/j.urology.2004.08.003

Ho, T.M. (2006). Patient's sexual health: Do we care enough. *European Dialysis and Transplant Nursing Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA)*, **32(4)**:180-186

<http://www.fsfi-questionnaire.com/FSFI%20Scoring%20Appendix.pdf>. FSFI Scoring Appendix Erişim tarihi: 2000

İncesu, C. (2004). Cinsel işlevler ve Cinsel işlev Bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, **3**:3-13. Erişim: <http://www.comilac.com.tr/uploads/pdf/KAYNAK%205.pdf>

Ivarsson, B., Fridlund, B. ve Sjöberg, T. (2009). Information from health care professionals about sexual function and coexistence after myocardial infarction: A Swedish national survey. *Heart Lung*, **38**:330–335. Doi:10.1016/j.hrtlng.2009.01.001

Ivarsson, B., Fridlund, B. ve Sjöberg, T. (2010). Health professionals' views on sexual information following MI. *British Journal of Nursing*, 19(16):1052-1056

Jaarsma, T., Strömberg, A., Fridlund, B., De Geest, S., Mårtensson, J., Moons, P., Norekval, T.M., Smith, K., Steinke, E. ve Thompson, D.R. (2010). Sexual counselling of cardiac patients: Nurses' perception of practice, responsibility and confidence. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9:24-29. Doi:10.1016/j.ejcnurse.2009.11.003

Jackson, G. (2009). Sexual response in cardiovascular disease. *Journal of Sex Research*, 46(2-3): 233–236. Doi: 10.1080/00224490902747693

Jackson, G., Rosen, R.C., Kloner, R.A. ve Kostis, J.B. (2006). The second princeton consensus on sexual dysfunction and cardiac risk: new guidelines for sexual medicine. *Journal of Sexual Medicine*, 3:28–36. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2005.00196.x

Jackson, G., Montorsi, P., Adams, M.A., Anis, T., El-Sakka, A., Miner, M., Vlachopoulos, C. ve Kim, E. (2010). Cardiovascular aspects of sexual medicine. *The Journal of Sexual Medicine*, 7:1608–1626. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01779.x

Giann, B.P., Su, C.C., Yu, C.C., Wu, T. T. ve Huang, J.K. (2009). Risk factors for individual domains of female sexual function. *Journal of Sexual Medicine*, 6:3364–3375. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01494.

Johann, F. K., Trefalt, E., Fiala, M., Hotter, A., Biebl, W. ve Aigner, F. (2011). Partnership, sexuality, and sexual disorders in morbidly obese women: Consequences of weight loss after gastric banding. *Obesity Surgery*, 11:455-458

Johnston, B.L., Cantwell, J.D., Watt, E.W. ve Fletcher, G.F. (1978). Sexual activity in exercising patients after myocardial infarction and revascularization. *Heart Lung*. 7(6):1026-1031 Erişim: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/251169?dopt=AbstractPlus>

Katz, A. (2007). Sexuality and myocardial infarction. *The American Journal of Nursing*, 107(3):49-52.

Kavanagh, T. ve Shephard, R. J. (1977). Sexual activity after myocardial infarction. *Canadian Medical Association Journal [Can Med Assoc J]*; **116 (11)**:1250-1253.

Kazemi-Saleh, D., Pishgou, B., Assari, S., ve Tavallaii, S.A. (2007). Fear of sexual intercourse in patients with coronary artery disease: A pilot study of associated morbidity. *The Journal of Sexual Medicine*, **4**:1619–1625. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00619.x

Kızılkaya-Beji, N. ve Aşçı- Serin, Ö. (2011). Cinsellikle ilgili kuramlar ve ilk bilimsel çalışmalar. *Antropoloji Bülteni*, **45**:160-164 Erişim: <http://www.androloji.org.tr/images/File/45.Sayı/K2.pdf>

Kirkey, S. (2011, 23 Mart). (Not enough) sex raises heart attack risk; 'Habitual exertion' the best prevention. Ottawa Citizen Newspaper. Erişim: http://www.lexisnexis.com/lncui2api/delivery/DnldWorking.do?dnldFileName=Major_Newspapers20111120_0934.PDF&jobHandle=2829%3A318943379&disb=0_T13303406130&fromCart=false&hideSource=false&docRange=All+Documents+%2811%29&estPage=2&fromCartFullDoc=false

Kloner, R.A. and Jarow, J.P. (1999). Erectile dysfunction and sildenafil citrate and cardiologists. *The American Journal of Cardiology*, **83**:576-582.

Kostis, J. B., Jackson, G., Rosen, R., Barrett-Connor, E., Billups, K., Burnett, A.L. ve ark. (2005). Sexual dysfunction and cardiac risk (the second princeton consensus conference). *The American Journal Of Cardiology*, **96**:313-321. Doi:10.1016/j.amjcard.2005.03.065

Krebs, L.U. (2007). Sexual assessment: Research and clinical. *Nursing Clinics of North America*, **42**: 515–529. Doi:10.1016/j.cnur.2007.07.004

Kriston, L., Günzler, C., Agyemang, A., Bengel, J. ve Berner, M.M. (2010). Effect of sexual function on health-related quality of life mediated by depressive symptoms in cardiac rehabilitation. Findings of the SPARK project in 493 patients. *The Journal of Sexual Medicine*, **7**:2044–2055. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01761.x

Kuk, J.K. ve Ross. R. (2009). Influence of sex on total and regional fat loss in overweight and obese men and women. *International Journal of Obesity*, **33**:629–634; Doi:10.1038/ijo.2009.48.

Kuşaslan Avcı, D. (2008). Van Bölgesinde Kadınların Cinsel Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Araştırılması. Danışman: Doç. Dr. Hüseyin Avni Şahin. Uzmanlık Tezi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi-Van. Sayfa: 2-10 Erişim: <http://www.belgeler.com/blg/11gz/van-bolgesinde-kadınların-cinsel-bilgi-tutum-ve-davranışlarının-arastırılması-knowledge-attitude-and-behaviour-of-women-about-sex-the-region-of-van>

Kütmeç, C. (2009). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemsirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **4(12)**:111-136

Laumann, E.O., Paik, A. ve Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the united states prevalence and predictors. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, **281(6)**:537-544.

Lavie, C.J., Milani, R.V., Cassidy, M.M. ve Gilliland, Y.E. (1999). Effects of cardiac rehabilitation and exercise training programs in women with depression. *The American Journal of Cardiology*, **83(10)**:1480-1483 Erişim: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=271073&_user=747273&_pii=S0002914999001277&_check=y&_origin=gateway&_coverDate=15-May-1999&view=c&wchp=dGLzVlBzSkzV&md5=d963ab28c2d38ceb9b4a0bb0539ab761/1-s2.0-S0002914999001277-main.pdf

Lewis, R.W., Fugl Meyer, K.S., Bosch, R., Fugl Meyer, A.R., Laumann, E.O., Lizza, E. ve Martin–Morales, A. (2004). Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *The Journal of Seual Medicine*, **1**:35–9.

Lewis, R.W., Fugl-Meyer, K.S., Corona, G., Hayes, R.D., Laumann, E.O., Moreira E.D., Rellini, A.H. ve Segraves, T. (2010). Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, **7**:1598–1607. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01778.x .

Lunelli, R.P., Rabello, E.R., Stein, R., Goldmeier, S. and Moraes, M.A. (2008). Sexual activity after myocardial infarction: taboo or lack of knowledge? *Arq Bras Cardiol*, **90(3)**:156-159.

Mah, K., Binik, Y.M. (2001). The nature of human orgasm: A critical review of major trends. *Clinical Psychology Review*, **21**: 823–856.

Mandras, S.A., Uber, P.A. ve Mehra, M.R. (2007). Sexual activity and chronic heart failure. *Mayo Clinic Proceedings*, **82(10)**:1203-1210

Masoomi, M., Zare, J., Kahnoot, M., Mirzazadeh, A. ve Sheikhvatan, M. (2010). Sex differences in potential daily triggers of the onset of acute myocardial infarction: A case-crossover analysis among an Iranian population. *Journal of Cardiovascular Medicine*, **11(10)**:723–726. Doi: 10.2459/JCM.0b013e32833892da

McCall-Hosenfeld, J.S., Freund, K.M., Legault, C., Jaramillo, S.A., Cochrane, B.B., Manson, J.E., Wenger, N.K., Eaton, C.B., McNeeley, G., Rodriguez, B.L. ve Bonds, D. (2008). Sexual satisfaction and cardiovascular disease: The women's health initiative. *The American Journal of Medicine*, **121(4)**: 295-301. Doi:10.1016/j.amjmed.2007.11.013

Megiddo, E., Justo, D., Arbel, Y., Oren, A., Heruti, R. ve Banai, S. (2009). Sexual dysfunction and coronary artery disease in adult women. *Harefuah [Harefuah]*, **148 (9)**: 611-614. Erişim: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=5847c84d-efbc-43e4-bb5d-6d539d176712%40sessionmgr13&vid=1&hid=24&bdata=JnNpdGU9ZWZwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cmedm&AN=20070051>

Merrigan, M.A.T. (1998). The meaning of human sexuality to acute myocardial infarction clients who are older women. Adelphi University. *ProQuest Dissertations & Theses (PQDT)*, sayfa: 60-70 Erişim: <http://search.proquest.com/docview/304422213/fulltextPDF?accountid=11637>

Mert, D.G., Erberk-Özen, N. (2011). Genel psikiyatri polikliniğine başvuran kadın hastalarda cinsel işlev bozukluğu ve ilişkili sosyokültürel parametrelerin değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, **14**:85-93.

Metin, A. ve Kayıgil, Ö. (2003). Kardiyovasküler problemi olan hastalarda cinsel fonksiyonun sağlanması. *Antropoloji bülteni*, **17(1)**:10-12 Erişim: <http://www.androloji.org.tr/icerik.asp?lang=&action=searchresults>

Mittleman, M.A ve Mostofsky, E. (2011). Physical, psychological and chemical triggers of acute cardiovascular events preventive strategies. *Circulation*, **124**:346-354. Doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.968776

Montorsi, P., Ravagnani, P.O., Galli, S., Rotatori, F., Veglia, F., Briganti, A., Salonia, A., Deho, F., Rigatti, P., Montorsi, F. ve Fiorentini, C. (2006) . Association between erectile dysfunction and coronary artery disease. Role of coronary clinical presentation and extent of coronary vessels involvement: the COBRA trial. *European Heart Journal*, **27**:2632–2639 Doi:10.1093/eurheartj/ehl142

Morimoto, M.J. (2011). The effect of education about intimacy after a cardiovascular event on nurses' level of comfort in patient support. Tez Danışman: David E. Kumrow, California State University, Long Beach, sayfa: 25-35 Erişim: <http://search.proquest.com/docview/865363921/abstract?source=fedsrch&accountid=11637>

Mosack, V. ve Steinke, E.E. (2009). Trends in sexual concerns after myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*, **24(2)**:162-170.

Möller, J., Ahlbom, A., Hulting, J., Diderichsen, F., De-Faire, U., Reuterwall, C. ve Hallqvist, J. (2001). Sexual activity as a trigger of myocardial infarction. A case-crossover analysis in the Stockholm Heart Epidemiology Programme (SHEEP). *Heart*, **86**:387–390.

Muller, J.E. (1999). Sexual activity as a trigger for cardiovascular events: what is the risk? *The American Journal of Cardiology*, **84**:2N-5N.

Muller, J.E., Abela, G.S., Nesto, R.W. ve Tofler, G.H. (1994). Triggers, acute risk factors and vulnerable plaques: lexicon of a new frontier. *J Am Coll Cardiol*, **23(3)**: 809-813.

Muller, J.E., Mittleman, M.A., Maclure, M., Sherwood. J.B. ve Tofler, G.H. (1996). Triggering myocardial infarction by sexual activity. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, **275**:1405-1409. Erişim: <http://jama.ama-assn.org/content/275/18/1405.abstract?sid=f544ba12-9088-4f9f-b910-6f773d20733e>

New Straits Times (Malaysia) (2007, 28 Ekim). Don't let a heart attack stop you from having sex. Erişim: <http://www.lexisnexis.com/hottopics/lnacademic/?verb=sr&csi=8422&sr=lni%284R0Y-25H0-TX2H-N0M8%29>

Ngen, C.C., Quek, D.K. ve Ong, S.B. (1991). Sexual morbidity after myocardial infarction. *The Medical Journal of Malaysia [Med J Malaysia]*, **46(1)**:35-40.

Nowosielski, K., Drosdzol, A., Sipinski, A., Kowalczyk, R. ve Skrzypulec, V. (2010). Diabetes mellitus and sexuality—Does it really matters? *Journal of Sexual Medicine* **7**:723–735. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01561.x

Onat. A. (2009). Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevalansı, Yeni Koroner Olaylar Ve Kalpten Ölüm Sıklığı TEKHARF 2009 Türk Halkının Kusurlu Kalp Sağlığı Sırına ışık, Tıbbı Önemli Katkı. İstanbul: Figür Grafik ve Matbaacılık Tic. Ltd. şti. Sayfa:19-26 ISBN: 975-596-022-8

Onat Bayram, G. (2008). Histerektomi sonrası psikososyal uyum. *Andropoloji Bülteni*, **34**:264-268

Oniz, A., Keskinoglu, P. ve Bezircioglu I. (2007). The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. *The Journal of Sexual Medicine*, **4**:1575–1581. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00606.x

Öksüz, E., Malhan, S. (2006). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *The Journal of Urology*, **175**:654–658. Doi:10.1016/S0022-5347(05)00149-7

Özer, Z., Bektas, H., Arikan, F. ve Vicdan, N. (2011). Sexual dysfunction and quality of life in female and male patients with myocardial infarction. *Journal of Sexual Medicine*; **8**:424-424

Özdemir, L., Akdemir N. (2010). Nurses' knowledge and practice involving patients' resuming sexual activity following myocardial infarction: Implications for training. *Australian Journal of Advanced Nursing*, **26 (1)**:42-52.

Papadopoulos, C., Beaumont, C., Shelley, S.I. ve Larrimore, P. (1983). Myocardial infarction and sexual activity of the female patient. *Archives Of Internal Medicine [Arch Intern Med]*, **143(8)**:1528-1530. Erişim: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=6ebe10bb-b0a0461d8c8eea462af81685%40sessionmgr4&vid=1&hid=24&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3Qt bGl2ZQ%3d%3d#db=cmedm&AN=6870434>

Papadopoulos, C., Larrimore, P., Cardin, S.ve Shelley, S.I. (1980). Sexual concerns and needs of the postcoronary patient's wife. *Archives of Internal Medicine*. **140(1)**:38-41.

Petrie, K.J., Weinman, J., Sharpe, N. ve Buckley, J. (1996) Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *British Medical Journal*, **312**:1191, 1194

Quote O'Donovan, K. (2010a). Helping patients cope after MI, *World of Irish Nursing & Midwifery (WIN)*, **18(2)**:33-34

Quote O'Donovan, K. (2010b). Medication and sexual function. *World of Irish Nursing & Midwifery*, **18(3)**:31-34

Quote O'Donovan, K.(2010c). Sexual activity after myocardial infarction.Continuing Education. Module 16. *World of Irish Nursing & Midwifery*, **18(1)**:29-31 Erişim: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5463e64c-84c1-4cff-bbc1-28f466d3f239%40sessionmgr110&vid=2&hid=107>

Ribes, G. ve Maillot-Mary, S. (2010). Sexuality of obese patients. *Pelvi-Périnéologie*, **5**:49-55. Doi:10.1007/s11608-009-0284-3

Riley, A. (2009, 15 Nisan). Pulseclinical: Sexual dysfunction in women. Pulse magazine, sayfa: 25 Erişim: <http://www.lexisnexis.com/hottopics/lnacademic/?verb=sr&csi=8406&sr=lni%287VGY-21W0-Y9NT-X12B%29>

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D. ve 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**:191–208.

Rutherford, D. ve Collier, A. (2005) Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *Gynecological Endocrinology*, **21(4)**:189–192. Doi: 10.1080/09513590400021110

Safarinejad, M.R. (2006). Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: Prevalence and associated risk factors.. *International Journal of Impotence Research*, **18**:382–395. Doi: 10.1038/sj.ijir.3901440

Saunamakı, N., Andersson, M. ve Engstrom, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, **66(6)**:1308–1316. Doi: 10.1111/J.1365-2648.2010.05260.X

Shell, J.A. (2007). Including sexuality in your nursing practice. *Nursing Clinics of North America*, **42**: 685–696. Doi:10.1016/j.cnur.2007.08.007

Singh, J.C., Tharyan, P., Kekre, N.S., Singh, G. ve Gopalakrishnan, G. (2009). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in South India. *Journal of Postgrad Medicine*, **55**:113–20. Doi: 10.4103/0022-3859.52842

Smith, A. M., Patrick, K., Heywood, W., Pitts, M. K., Richters, J., Shelley, J. M., Simpson, J. M. ve Ryall, R. (2012). Body mass index, sexual difficulties and sexual satisfaction among people in regular heterosexual relationships: A population-based study. *Internal Medicine Journal*, **42 (6)**: 641–51. Doi:10.1111/j.1445-5994.2011.02597.x

Soylu, A. (2003). Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğunda Tanı. *Andropoloji Bülteni*, **17** Bölüm 1 Erişim: <http://www.androloji.org.tr/images/file/KCFT.doc>

Stein, R.A. (2000). Cardiovascular response to sexual activity. *The American Journal of Cardiology*, **86**:27F–29F.

Steinke, E. E., Mosack, V., Barnason, S. ve Wright, D.W. (2011a). Changes in myocardial infarction-specific sexual counseling by cardiac nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, **30(6)**:331-338. Doi: 10.1097/DCC.0b013e31822faa9c

Steinke, E. E., Mosack, V., Barnason, S. ve Wright, D.W. (2011b). Progress in sexual counseling by cardiac nurses, 1994 to 2009. *Heart & Lung*, **40(3)**:e15-e24. Doi:10.1016/j.hrtlng.2010.10.001.

Steinke, E. E. ve Wright, D.W. (2006). The role of sexual satisfaction, age, and cardiac risk factors in the reduction of post-MI anxiety. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, **5(3)**:190-196

Strike, P., Perkins-Porras, L., Whitehead, D. L., McEwan, J. ve Steptoe, A. (2006). Triggering of acute coronary syndromes by physical exertion and anger: Clinical and sociodemographic characteristics *Heart*, **92**:1035–1040. Doi: 10.1136/hrt.2005.077362

Sundler, A.J., Dahlberg, K. ve Ekenstam, C. (2009). The meaning of close relationships and sexuality: women's well-being following a myocardial infarction. *Qualitative Health Research*, **19 (3)**: 375-387. Doi: 10.1177/1049732309331882

Tardif, G.S. (1989). Sexual activity after a myocardial infarction. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, **70(10)**: 763-766

Taylor, H.A. (1999). Sexual activity and cardiovascular patient: Guidelines. *The American Journal of Cardiology*, **84**: 6N-10N.

Ter-Kuile, M.M., Brauer, M. ve Laan, E. (2006). The female sexual function index (FSFI) and the female sexual distress scale (FSDS): psychometric properties within a dutch population, *Journal of Sex & Marital Therapy*, **32(4)**:289-304. Doi: 10.1080/00926230600666261

Turman, G.A.K. (1995). Women's experience following an acute myocardial infarction. *ProQuest Dissertations and Theses*; Erişim: <http://search.proquest.com/docview/304235367/previewPDF?accountid=11637>

Turner, T. (2001, 11 Temmuz). Is your love life making you sick? *Ebony*, sayfa: 38 Erişim:<http://www.lexisnexis.com/hottopics/lnacademic/?verb=sr&csi=8406&sr=lni%28437Y-BF80-006G-137N%29>

Türk Kardiyoloji Derneği. (2007, 25 Aralık). Ulusal Kalp Sağlığı Politikası. Erişim: http://www.tkdonline.org/UKSP/UKSP_Bolum02.pdf

Walsh K.E. ve Berman, J. R. (2004). Sexual dysfunction in the older woman. *Drugs Aging*, **21(10)**:655-675

WAS (2005). Working Definitions After WHO Technical Consultation on Sexual Health. Erişim: <http://www.worldsexualhealth.org/sites/default/files/Working%20Definitions%20after%20WHO%20Technical%20Consultation.pdf>

WHO (2002). Defining Sexual Health Report of A Technical Consultation on Sexual Health, Geneva. Erişim: 28–31 January 2002, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

WHO (2011). Sexual and Reproductive Health Core Competencies İn Primary Care sayfa: 53 ISBN: 978 92 4 150100 2 Erişim:http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501002_eng.pdf.

Williams, T.F. (1990, 29 Nisan). Sexuality only slows down with age. St. Petersburg Times (Florida), sayfa: 2 City Edition. Erişim: <http://www.lexisnexis.com/hottopics/lnacademic/?verb=sr&csi=8422&sr=lni%283SKP-D890-0060-221G%29>

Wiklund, I., Sanne, H. , Elmfeldt, D., Vedin, A. ve Wilhelmsson, C. (1984). Emotional reaction, health preoccupation and sexual activity two months after a myocardial infarction. *Scandinavian Journal Of Rehabilitation Medicine [Scand J Rehabil Med]*, **16(2)**:47-56. Erişim: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=65ff8c0b-7232-412d-a547-5ee25c6a80dd%40sessionmgr13&vid=1&hid=18&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cmedm&AN=6463617>

Wilmoth, M.C. (2007). Sexuality: a critical component of quality of life in chronic disease. *Nursing Clinics of North America*, **42**:507–514. Doi:10.1016/j.cnur.2007.08.008

Wilson, T. (2006). The pfizer global study of sexual attitudes and behaviors, Erişim: <http://blogcritics.org/archives/2006/01/14/195416.php>

Witting, K., Santtila, P., Alanko, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A., Von Der Pahlen, B., Varjonen, M., Ålgars, M., Sandnabba, N. K. (2008). Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, **34(2)**:89-106. Doi: 10.1080/00926230701636163.

Yang, S.H., Yang, J.M., Wang, K.H. ve Huang, W.C. (2008). Stres inkontinansı olan kadınlarda cinsel işlevi etkileyen biyolojik faktörler, *Journal of Sexual Medicine*, **5**:2871–2879.

Yard, D. (2011, 30 Nisan). Who's afraid of heart meds? Clinical Advisor (magazine). Erişim:<http://www.lexisnexis.com/hottopics/lnacademic/?verb=sr&csi=8406&sr=lni%2852RS-29C1-JB46-215N%29>.

Yaylali, G.F., Tekekoglu, S. ve Akin, F. (2010). Sexual dysfunction in obese and overweight women..*International Journal of Impotence Research*, **22**: 220–226; Doi:10.1038/ijir.2010.7.

Yıldız, H. ve Pınar, R. (2004). Miyokard infarktüsli hastalarda cinsel disfonksiyon. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, **4**:209-17.

Yıldız, H. (2007). Yaşlı kadınlarda cinsellik. *Antropoloji bülteni*, **31**:365-368
Erişim: <http://www.androloji.org.tr/images/File/31.Say%C4%B1%20Pdf/K4.pdf>.

Yılmaz, H. ve Pınar, R. (2005). Cinsel disfonksiyonu olan kardiyovasküler hastaların bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **21(2)**:135-145.

Yıldız, H. ve Pınar, R. (2011). Diyabetli hastalarda cinsel işlev bozukluğu prevalansı. *Antropoloji bülteni*, **45**:168-170.

Yüksel, Ş. ve Cindoğlu, D. (2006). Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi Bilgilendirme Dosyası 5: Kadın Cinselliği, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). sayfa: 7-28-29. Erişim: http://www.cetad.org.tr/doc/bilgilendirme_dosyasi_5.pdf.

FORMLAR

EK 1: ÖLÇEK KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

EK 2: KİŞİSEL BİLGİLER FORMU

EK 3:FSFI (KADIN CİNSEL FONKSİYON ENDEKSİ)

EK 4:FSFI SCORİNG APPENDİX

EK 5:ETİK KURUL KARARI

EK 1

ÖLÇEK KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir. Lütfen biraz zaman ayırın ve aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyuyorsanız lütfen bizi 05379512960 arayın. Ancak araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

Cinsel yaşam, bireyin yaşamında önemli boyutlardan biridir ve bireyin kültürel özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Bazıları için cinsellik, yaşamının önemli bir bölümünü oluştururken, bazılarında çok az bir bölümünde yer almaktadır. Kültürel özelliklerinin yanı sıra bazen cinsel yaşam hastanın geçirdiği önemli bir hastalıklar sonucunda da değişebilmektedir. Hastaların cinsel yaşamının değişmesine neden olan hastalıklardan biri kalp krizidir [Miyokard infarktüsü (Mİ)]. Bu konuda yapılan çalışmalar miyokard infarktüsü (Mİ) sonrası erkek ve kadınlarda cinsel aktivite sıklığı ve doyumunda belirgin bir azalma olduğunu bildirmişlerdir. Bu veriler ışığında çalışmamızın amacı, Mİ sonrası cinsel açıdan aktif kadın hastalarının cinsel fonksiyonlarını değerlendirerek sağlıklı bir cinsel yaşam sürdürebilmesini sağlamaktır.

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Fakültesi İç hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans tezi olarak Doç. Dr. Gülbeyaz Can danışmanlığında “Miyokard Enfarktüsü Sonrası Kadınlarda Cinsel Yaşam” konulu bir çalışma yapmaktayım. Çalışma ile ilgili verileri elde etmek için elinizde bulunan bir veri toplama formu ve ölçek kullanılmaktadır. Veriler miyokard infarktüsü geçirmiş kadınlara Mİ sonrası ve Mİ sonrası birinci ve üçüncü aylarda uygulanacaktır. Ölçek, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek soruları içermemektedir. Ölçekte, sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Soruların çoğu kutuları işaretlemenizle hızlıca yanıtlanabilecek şekilde çoktan seçmeli yanıtlar sağlamaktadır. Eğer bir soruyu anlayamazsanız onu yanıtlanmamış olarak bırakın ve diğerine geçin. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir; elde edilecek bilgiler bilimsel yayımlarda kullanılacaktır. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplama işini yarıda bırakmakta serbestsiniz.

Araştırmaya katılmanın size hemen dönecek bir faydası bulunmamakla beraber, araştırma sonuçlarımızın gelecekte Mİ sonrası hastaların cinsellik ilgili rehabilitasyon programına katılması ve hastaların bu konuda bilgilendirilmesi ile hastaların sağlıklı bir cinsel yaşamı sürdürmesi sağlanabilir

Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Gülbeyaz CAN (e-posta: gulbeyaz@istanbul.edu.tr) ya da İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Yüksek Lisans öğrencisi Gülşah ÇAMCI (tel:05379512960, e-mail:gulsah_camci@hotmail.com) ile iletişim kurabilirsiniz.

Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

✂

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

Tarih

İmza

EK 2

KİŞİSEL BİLGİLER FORMU

Lütfen ya kutuları işaretleyerek (x) ya da boşluklara yazarak anketi doldurunuz. Eğer bir soruyu nasıl cevaplayacağınızı bilemezseniz bir sonraki soruya geçiniz.

Tanı:

Miyokard infarktüsü (MI) sonrası geçen süre:

Miyokard infarktüsü sonrası yapılan işlem :

1. Yaşınız:

2. Doğum sayısı: Düşük sayısı: Kürtaj sayısı:

3. Eğitim Düzeyi:

☐ Okumaz-yazmaz ☐ Okur-yazar ☐ ilkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite

4 Mesleğiniz:

5. Ekonomik durumunuz : ☐ Kötü ☐ İyi ☐ Orta

6. Memleketiniz:

☐ Marmara Bölgesi ☐ İç Anadolu Bölgesi ☐ Doğu Anadolu Böl
☐ Akdeniz Bölgesi ☐ Karadeniz Bölgesi ☐ Güneydoğu A. Bölgesi
☐ Ege bölgesi ☐ Yurt dışı

7. Şu anda aktif cinsel hayatınız var mı: ☐ Evet ☐ Hayır

8. Üreme organ ameliyatı geçirdiniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır

9. Menopozda mısınız? ☐ Evet ☐ Hayır

10. Hormon replasman tedavisi alıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

11. Boy / kilo : cm / kg

12. Kalp hastalığı için risk faktörleriniz nelerdir:

Obesite:	☐ Var	☐ Yok
Yüksek tansiyon (hipertansiyon):	☐ Var	☐ Yok
Şeker (diyabet):	☐ Var	☐ Yok
Kolesterol (hiperlipidemi).	☐ Var	☐ Yok
Sigara :	☐ Var	☐ Yok
Alkol:	☐ Var	☐ Yok
Ailede kalp öyküsü:	☐ Var	☐ Yok
Kansızlık (anemi)	☐ Var	☐ Yok
Periferik arter hastalığı:	☐ Var	☐ Yok

13. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? (İsimleri)

14. Kocanızda cinsel sorun var mı? ☐ Yok ☐ Sertleşme sorunu ☐ Erken boşalma ☐ İsteksizlik

15. Eşinizin sistemik (kalp, şeker, böbrek hastalıkları, yüksek tansiyon vb.) hastalığı var mı?

16. Eşinizin sürekli kullandığı bir ilaç var mı?

EK 3

Sayın katılımcı; son dört haftada süregelen cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçeğe 19 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

Teşekkür ederiz.

* **Cinsel aktivite:** Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.

** **Cinsel ilişki:** Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)

*** **Cinsel uyarılma:** Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar

**** **Orgazm:** Bızır, hazne, rahim, makat ve alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması. Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

FSFI (KADIN CİNSEL FONKSİYON ENDEKSİ)

- Son 4 hafta içinde **ne sıklıkla** cinsel istek veya ilgi duyunuz?
 - ☐ Hemen her zaman veya her zaman
 - ☐ Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
 - ☐ Bazen (geçen sürenin yarısında)
 - ☐ Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
 - ☐ Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman
- Son 4 hafta içinde cinsel istek veya **ilgi düzeyinizi** (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?
 - ☐ Çok yüksek
 - ☐ Yüksek
 - ☐ Orta
 - ☐ Düşük
 - ☐ Çok düşük veya hiç
- Son 4 hafta içinde cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında **ne sıklıkla uyarıldığınızı** hissettiniz?
 - ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
 - ☐ Hemen her zaman veya her zaman
 - ☐ Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
 - ☐ Bazen (geçen sürenin yarısında)
 - ☐ Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
 - ☐ Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman
- Son 4 hafta içinde cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında **uyarılma düzeyinizi** nasıl değerlendirirsiniz?
 - ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - ☐ Çok yüksek
 - ☐ Yüksek
 - ☐ Orta
 - ☐ Düşük
 - ☐ Çok düşük veya hiç
- Son 4 hafta içinde cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında **uyarılacağınızdan** ne kadar emindiniz?
 - ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - ☐ Çok emindim
 - ☐ Emindim
 - ☐ Oldukça emindim
 - ☐ Az emindim
 - ☐ Çok az veya hiç emin değildim

6. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında **uyarılma** sizin için **ne kadar tatminkardı?**
- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - ☐ Hemen her zaman veya her zaman
 - ☐ Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
 - ☐ Bazen (geçen sürenin yarısında)
 - ☐ Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
 - ☐ Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman
7. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında **vagina (hazne) ne sıklıkta ıslandı (kayganlaştı)?**
- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - ☐ Hemen her zaman veya her zaman
 - ☐ Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
 - ☐ Bazen (geçen sürenin yarısında)
 - ☐ Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
 - ☐ Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman
8. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında **vaginanızın ıslanmasında (kayganlaşması) ne kadar zorlandınız?**
- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - ☐ Çok zor veya imkansızdı
 - ☐ Çok zor
 - ☐ Zor
 - ☐ Biraz zor
 - ☐ Hiç zorluk çekmedim
9. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** bitene kadar **cinsel organınızın ıslaklığını (kayganlığını) ne sıklıkta koruyabildiniz?**
- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - ☐ Hemen her zaman veya her zaman
 - ☐ Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
 - ☐ Bazen (geçen sürenin yarısında)
 - ☐ Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
 - ☐ Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman
10. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** bitene kadar **vaginanızın ıslaklığını (kayganlığını) korumada ne kadar zorlandınız?**
- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - ☐ Çok zor veya imkansızdı
 - ☐ Çok zor
 - ☐ Zor
 - ☐ Biraz zor
 - ☐ Hiç zorluk çekmedim
11. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişkide** **ne sıklıkta orgazm**** oldunuz?**
- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - ☐ Hemen her zaman veya her zaman
 - ☐ Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
 - ☐ Bazen (geçen sürenin yarısında)
 - ☐ Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
 - ☐ Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman
12. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişki** sırasında **orgazm**** ulaşmak sizin için ne kadar zordu?**
- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - ☐ Çok zor veya imkansızdı
 - ☐ Çok zor
 - ☐ Zor
 - ☐ Biraz zor
 - ☐ Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişki** sırasında **orgazma**** ulaşma ne kadar tatminkardı?**
- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - ☐ Çok tatminkardı
 - ☐ Genellikle tatminkardı
 - ☐ Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
 - ☐ Genellikle tatminkar değildi
 - ☐ Hiç tatminkar değildi
14. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma*** veya cinsel ilişki** sırasında siz veya eşiniz arasındaki **duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?**
- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - ☐ Çok tatminkardı
 - ☐ Genellikle tatminkardı
 - ☐ Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
 - ☐ Genellikle tatminkar değildi
 - ☐ Hiç tatminkar değildi
15. Son 4 hafta içinde eşinizle (partnerinizle) cinsel ilişkiniz** **ne kadar tatminkardı?**
- ☐ Çok tatminkardı
 - ☐ Genellikle tatminkardı
 - ☐ Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
 - ☐ Genellikle tatminkar değildi
 - ☐ Hiç tatminkar değildi
16. Son 4 hafta içinde genel olarak cinsel hayatınız sizin için **ne kadar tatminkardı?**
- ☐ Çok tatminkardı
 - ☐ Genellikle tatminkardı
 - ☐ Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
 - ☐ Genellikle tatminkar değildi
 - ☐ Hiç tatminkar değildi
17. Son 4 hafta içinde vaginal giriş (duhul) **sırasında** ne sıklıkta **ağrı veya rahatsızlık** duyduunuz?
- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - ☐ Hemen her zaman veya her zaman
 - ☐ Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
 - ☐ Bazen (geçen sürenin yarısında)
 - ☐ Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
 - ☐ Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman
18. Son 4 hafta içinde vaginal girişi (duhulu) **takiben** ne sıklıkta **ağrı veya rahatsızlık** duyduunuz?
- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - ☐ Hemen her zaman veya her zaman
 - ☐ Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
 - ☐ Bazen (geçen sürenin yarısında)
 - ☐ Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
 - ☐ Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman
19. Son 4 hafta içinde vaginal girişi (duhul) sırasında veya sonrasında duyduğunuz **ağrı veya rahatsızlığın derecesini** nasıl değerlendirirsiniz?
- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
 - ☐ Çok yüksek
 - ☐ Yüksek
 - ☐ Orta
 - ☐ Düşük
 - ☐ Çok düşük veya hiç

EK-4

FSFI SCORING APPENDIX

Question	Response Options
1. Over the past 4 weeks, how often did you feel sexual desire or interest?	5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never
2. Over the past 4 weeks, how would you rate your level (degree) of sexual desire or interest?	5 = Very high 4 = High 3 = Moderate 2 = Low 1 = Very low or none at all
3. Over the past 4 weeks, how often did you feel sexually aroused ("turned on") during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never
4. Over the past 4 weeks, how would you rate your level of sexual arousal ("tum on") during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Very high 4 = High 3 = Moderate 2 = Low 1 = Very low or none at all
5. Over the past 4 weeks, how confident were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Very high confidence 4 = High confidence 3 = Moderate confidence 2 = Low confidence 1 = Very low or no confidence
6. Over the past 4 weeks, how often have you been satisfied with your arousal (excitement) during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never

- | | |
|--|--|
| 7. Over the past 4 weeks, how often did you become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse? | 0 = No sexual activity
5 = Almost always or always
4 = Most times (more than half the time)
3 = Sometimes (about half the time)
2 = A few times (less than half the time)
1 = Almost never or never |
| 8. Over the past 4 weeks, how difficult was it to become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse? | 0 = No sexual activity
1 = Extremely difficult or impossible
2 = Very difficult
3 = Difficult
4 = Slightly difficult
5 = Not difficult |
| 9. Over the past 4 weeks, how often did you maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse? | 0 = No sexual activity
5 = Almost always or always
4 = Most times (more than half the time)
3 = Sometimes (about half the time)
2 = A few times (less than half the time)
1 = Almost never or never |
| 10. Over the past 4 weeks, how difficult was it to maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse? | 0 = No sexual activity
1 = Extremely difficult or impossible
2 = Very difficult
3 = Difficult
4 = Slightly difficult
5 = Not difficult |
| 11. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how often did you reach orgasm (climax)? | 0 = No sexual activity
5 = Almost always or always
4 = Most times (more than half the time)
3 = Sometimes (about half the time)
2 = A few times (less than half the time)
1 = Almost never or never |
| 12. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how difficult was it for you to reach orgasm (climax)? | 0 = No sexual activity
1 = Extremely difficult or impossible
2 = Very difficult
3 = Difficult
4 = Slightly difficult
5 = Not difficult |

13. Over the past 4 weeks, how **satisfied** were you with your ability to reach orgasm (climax) during sexual activity or intercourse?
- 0 = No sexual activity
5 = Very satisfied
4 = Moderately satisfied
3 = About equally satisfied and dissatisfied
2 = Moderately dissatisfied
1 = Very dissatisfied
14. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with the amount of emotional closeness during sexual activity between you and your partner?
- 0 = No sexual activity
5 = Very satisfied
4 = Moderately satisfied
3 = About equally satisfied and dissatisfied
2 = Moderately dissatisfied
1 = Very dissatisfied
15. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your sexual relationship with your partner?
- 5 = Very satisfied
4 = Moderately satisfied
3 = About equally satisfied and dissatisfied
2 = Moderately dissatisfied
1 = Very dissatisfied
16. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your overall sexual life?
- 5 = Very satisfied
4 = Moderately satisfied
3 = About equally satisfied and dissatisfied
2 = Moderately dissatisfied
1 = Very dissatisfied
17. Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain during vaginal penetration?
- 0 = Did not attempt intercourse
1 = Almost always or always
2 = Most times (more than half the time)
3 = Sometimes (about half the time)
4 = A few times (less than half the time)
5 = Almost never or never
18. Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain following vaginal penetration?
- 0 = Did not attempt intercourse
1 = Almost always or always
2 = Most times (more than half the time)
3 = Sometimes (about half the time)
4 = A few times (less than half the time)
5 = Almost never or never
19. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** (degree) of discomfort or pain during or following vaginal penetration?
- 0 = Did not attempt intercourse
1 = Very high
2 = High
3 = Moderate
4 = Low
5 = Very low or none at all

FSFI DOMAIN SCORES AND FULL SCALE SCORE

The individual domain scores and full scale (overall) score of the FSFI can be derived from the computational formula outlined in the table below. For individual domain scores, add the scores of the individual items that comprise the domain and multiply the sum by the domain factor (see below). Add the six domain scores to obtain the full scale score. It should be noted that within the individual domains, a domain score of zero indicates that the subject reported having no sexual activity during the past month. Subject scores can be entered in the right-hand column.

Domain	Questions	Score Range	Factor	Minimum Score	Maximum Score	Score
Desire	1, 2	1 – 5	0.6	1.2	6.0	
Arousal	3, 4, 5, 6	0 – 5	0.3	0	6.0	
Lubrication	7, 8, 9, 10	0 – 5	0.3	0	6.0	
Orgasm	11, 12, 13	0 – 5	0.4	0	6.0	
Satisfaction	14, 15, 16	0 (or 1) – 5	0.4	0.8	6.0	
Pain	17, 18, 19	0 – 5	0.4	0	6.0	
Full Scale Score Range				2.0	36.0	

EK 5

ETİK KURUL KARAR



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



ARAŞTIRMA ONAY FORMU

BASVURU BİLGİLERİ	PROJE NO : 2011/109	KAEK 11/7
	ARAŞTIRMANIN TURU VE SEVİYESİ	Yüksek Lisans Tezi
	ARAŞTIRMANIN ADI	Myokard infarktüsü sonrası kadınlarda cinsel yaşam
	SORUMLU ARAŞTIRMACI	Gülşah Çamcı
	UNVANI/ADI KURUMU	Doç.Dr.Gülşah Çamcı (Danışman) I.O.I.Tıp Fak.İç Hastalıkları
	ARAŞTIRMANIN YERİ	KOU Tıp Fak.Kardiyoloji Bölümü-Aritmi-Koroner Yoğun Bakım
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	+
	GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU	+
	AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	+
	ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ	-

KARAR BİLGİLERİ

Etik Değerlendirme amacıyla başvuru projesi 29.09.2011 tarihinde Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda KAEK çalışma esasları dikkate alınarak incelenmiş ve araştırma etiğine uygun tasarlanmış olmasından dolayı onaylanmasına karar verilmiştir.

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASLARI

Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420), Helsinki Bildirgesi (2008), İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (10 Aralık 2010),ICH/GCP-Guideline for Good Clinical Practice (10 Haziran 1996)İnsan Denekleri İçeren Biyomedikal Araştırmaların Uluslar arası Rehber Kuralları (CIOMS, 2002), Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (10 Mart 2011/6212), Biyolojik ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (4 Nisan 1997), Ek Madde -10 (6 Nisan 2011, 6225)

ÜYELER						
Unvanı / Adı Soyadı	Uzmanlık	Kurumu	Cins.	İlişki *	İmza	
Prof. Dr. Nermi ERDOY Başkan	Deontoloji	KOU TF Tıp Tarihi ve Etik AD.	K	☐ E ☒ H		
Prof.Dr. Dilek URAL Başkan Yard.	Kardiyoloji	KOU TF Kardiyoloji AD	K	☐ E ☒ H		
Prof. Dr. B.Faruk ERDEN Üye	Farmakoloji	KOU TF Farmakoloji AD.	E	☐ E ☒ H		
Prof. Dr. Yeşim GÜRBÜZ Üye	Patoloji	KOU TF Patoloji AD.	K	☐ E ☒ H		
Doç. Dr. Gülnaz TÜRKER Üye	Pediyatri	KOU TF Çocuk Sağlığı ve Hast. AD.	K	☐ E ☒ H		
Doç. Dr. Eray ÇALIŞKAN Üye	Kadın Doğum	KOU TF Kadın Hast. ve Doğum AD.	E	☐ E ☒ H		kotlanmadı
Doç. Dr. Firuzan Y. AKAR Raportör	Eczacı	KOU TF Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H		
Doç. Dr. Hale MARAL KIR Üye	Biokimya	KOU TF Biokimya AD.	K	☐ E ☒ H		
Yard.Doç.Dr.Ayşe KARSON Üye	Fizyoloji	KOU TF Fizyoloji AD	K	☐ E ☒ H		senelik içinde
Uzm.Dr.Soner ŞAHİN Üye	Nöroşirürji	Kocaeli Derince EAH	E	☐ E ☒ H		kotlanmadı
Dr.Müjde İLGÜN Üye	Halk Sağlığı	İzmit Sağlık Grup Başkanlığı	K	☐ E ☒ H		Dapne içinde
Av. Ersayın IŞIK Üye	Avukat	Kocaeli Barosu	E	☐ E ☒ H		kotlanmadı
Jale Gülizer ÖZBAKÇI Üye	Hasta Hakları Savunucusu	Sivil Toplum Örgütünden Emekli Öğretmen	K	☐ E ☒ H		

* Araştırma ile İlişki ** Toplantıda Bulunma

Kocaeli Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Raportörlüğü, Unuthepe Yerleşkesi, Eski İstanbul Yolu 10.km, 41380 Unuthepe / İZMİR

Tel: 0 262 303 71 64 - Faks: 0 262 303 74 63 - e-posta

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	GÜLŞAH	Soyadı	ÇAMCI
Doğ. Yeri	İMRANLI	Doğ. Tar.	1986
Uyruğu	TC	TC Kim No	15014854952
Email	gulsah_camci@hotmail.com	Tel	05379512960

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	-	
Yük.Lis.	-	
Lisans	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2009
Lise	Kocaeli Körfez Tüpraş 50. Yıl Lisesi (Süper Lise)	2004

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Kocaeli Üniversitesi	2010-....
2.	Hemşire	Gebze Anadolu Sağlık merkezi	2009-2010
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	ÜDS Puanı	KPDS puanı
İngilizce	iyi	orta	orta	58,750	52,00

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	70,008	69,815	67,782
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft office programları	İYİ

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri: 3. Onkoloji kongresi, Sağlıkta Bilişim Ve Hemşirelik Uygulamalarında Kullanımı

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Sağlık,spor