



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



KALP YETMEZLİĞİ TANISI OLAN KADINLARDA CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUĞUNUN VE CİNSEL YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

HİLÂL KÜÇÜKKAYA

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. İlknur Münevver GÖNENÇ**

ANKARA

2021

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALP YETMEZLİĞİ TANISI OLAN KADINLARDA
CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLUĞUNUN VE
CİNSEL YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hilâl KÜÇÜKKAYA

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. İlknur Münevver GÖNENÇ

ANKARA

2021

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Kalp Yetmezliği Tanısı Olan Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikri tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Hilâl Küçükaya

Tarih:

İmza:

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalında
Hilâl KÜÇÜKKAYA tarafından hazırlanan
“Kalp Yetmezliği Tanısı Olan Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun ve Cinsel
Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” adlı tez çalışması
aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak
OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 06.07.2021

Doç. Dr. Şengül Yaman Sözbir
Gazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Jüri Başkanı

Dr. Öğr.Üyesi Şenay Topuz
Ankara Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Üye

Doç. Dr. İlknur Münevver Gönenç
Ankara Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Fügen AKTAN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Şekiller	ix
Çizelgeler	x
1. GİRİŞ	12
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	12
1.2. Genel Bilgiler	16
1.2.1. Kalp Yetmezliği	16
1.2.2. Cinsellik	25
2. GEREÇ VE YÖNTEM	42
2.1. Araştırmanın Şekli	42
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	42
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	43
2.4. Araştırma Soruları	43
2.5. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	43
2.6. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri	44
2.7. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	44
2.8. Veri Toplama Araçları	45
2.8.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu	45
2.8.2. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi	45
2.8.3. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın	46
2.9. Verilerin Toplanması	46
2.10. Verilerin Değerlendirilmesi	47
2.11. Araştırmanın Etik İlkeleri	47
2.12. Araştırmanın Sınırlılıkları	48
3. BULGULAR	49
3.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımları	49
3.2. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın ve Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ile İlgili Tanımlayıcı İstatistikler	59
3.3. Korelasyon Analizi	80
3.4. KCFİ Lojistik Regresyon Analizi	81
3.5. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi	
Sonuçları	83
3.6. Ek Analizler	86
4. TARTIŞMA	87
4.1. Sosyodemografik Özellikler	87
4.2. Fiziksel Sağlık Durumunu Etkileyen Özellikler	89

4.3. Cinsel Yaşamla İlgili Bilgiler	93
4.4. Cinsellikle İlgili Bilgi Alma Durumu	97
4.5. Cinsel Disfonksiyona İlişkin Özellikler	99
4.6. Cinsel Disfonksiyonu Etkileyen Faktörler	99
4.7. Cinsel Yaşam Kalitesi ve Cinsel Disfonksiyon	105
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	108
5.1. Sonuç	108
5.2. Öneriler	111
ÖZET	113
SUMMARY	115
KAYNAKLAR	117
EKLER	131
EK-1. Onam Formu	131
EK-2. Kişisel Bilgi Formu	132
EK-3. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi	137
EK-4. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kadın	142
EK-5. Etik Kurul Kararı	144
EK-6. Kurum İzin Yazısı	145

ÖNSÖZ

Bu araştırma, kalp yetmezliği tanısı olan kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunu, cinsel yaşam kalitesini değerlendirmek ve cinsel yaşam kalitesi ile cinsel fonksiyon arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapıldı. Çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi Kardiyoloji Polikliniklerine gelen ve Kardiyoloji Klinik'lerinde yatarak tedavi gören 356 kadın ile gerçekleştirildi.

Yüksek lisans eğitimim boyunca; bilgisi, deneyimi, ilgisi, yardımı ve hoşgörüsü ile desteğini her zaman, her anlamda yanımda hissettiğim, hayata farklı bakış açılarıyla bakmamı sağlayan değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. İlknur Münevver Gönenç'e,

Tezin yürütülmesi için araştırmanın yapılmasına olanak sağlayan ve araştırmaya katılarak destek veren tüm katılımcılara,

Tüm zorluklarda yanımda olan, her zaman bana yol gösteren, koşulsuz sevgisiyle desteğini hiçbir zaman eksik etmeyen sevgili babam Halit Küçükkaya'ya,

Bu süreçte bana yardımcı olan, fedakarlıkta bulunan, yardım eden canım klinik arkadaşlarıma ve sorumlu hemşirem sayın Seval Karaçam'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

SİMGELER VE KISALTMALAR

α	Alfa
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ABH	Akut Böbrek Hastalığı
ABY	Akut Böbrek Yetmezliği
ACC	Amerikan Kardiyoloji Koleji (American College of Cardiology)
ACEI	Angiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri
ADH	Anti Diüretik Hormon
AHA	Amerikan Kalp Birliği (American Heart Association)
ANP	Atrial Natriüretik Peptid
ARB	Angiotensin II Reseptör Blokeri
AVP	Arginin Vazopressin
β	Beta
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BNP	Beyin Natriüretik Peptid
CCB	Kalsiyum Kanal Blokeri
CD	Cinsel Disfonksiyon (Cinsel Fonksiyon Bozukluğu)
CRT	Kardiyak Resenkronizasyon Terapisi
CYKÖ-K	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kadın
DM	Diabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ED	Erektile Disfonksiyon
EF	Ejeksiyon Fraksiyonu
EKG	Elektrokardiogram
HAPPY	Türkiye Kalp Yetmezliği Prevalansı ve Öngördürücüleri Çalışması (Heart Failure Prevalance and Predictors Study - Turkey)
HL	Hiperlipidemi
HT	Hipertansiyon
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KCFİ	Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi

KBH	Kronik Böbrek Hastalığı
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
KMP	Kardiyomyopati
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KY	Kalp Yetmezliği
LVEF	Sol Ventriküler Ejeksiyon Fraksiyonu (Left Ventricle Ejection Fraction)
JV	Juguler Ven Basıncı
MET	Metabolik Eşdeğer (Metabolic Equivalents)
MI	Miyokard Enfarktüsü
MSS	Merkezi Sinir Sistemi
NO	Nitrik Oksit
NHYA	New York Kalp Birliği (New York Heart Association)
PGE1	Prostaglandin E1
PGE2	Prostaglandin E2
PDE5I	Fosfodiesteraz 5 İnhibitörleri
PND	Paroksizmal Nokturnal Dispne
RAAS	Renin Anjiotensin Aldosteron Sistemi
TNF	Tümör Nekrozis Faktör (Tumor Necrosis Factor)
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WAS	Dünya Cinsel Sağlık Birliği (World Association for Sexual Health)

ŞEKİLLER

Şekil 3.1. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Korelasyon Grafiği 81

ÇİZELGELER

Çizelge 3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	49
Çizelge 3.2. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Davranışlarına Göre Dağılımı	50
Çizelge 3.3. Katılımcıların Eşlik Eden Kronik Hastalığa Sahip Olma ve Menopoza Girme Durumuna Göre Dağılımı	51
Çizelge 3.4. Katılımcıların İlaç Kullanma Durumu ve Kullandıkları İlaçlara Göre Dağılımı	52
Çizelge 3.5. Katılımcıların Kalp Yetmezliği Semptomlarının Günlük Yaşamlarını Olumsuz Etkileme Durumuna Göre Dağılımı	54
Çizelge 3.6. Katılımcıların Cinsel Yaşamlarına Ait Bilgilerinin Dağılımı	55
Çizelge 3.7. Katılımcıların Cinsellikle İlgili Bilgi Alma, Bilgi İsteme Durumu ve Bilgi Almak İstedikleri Konuların Dağılımları	57
Çizelge 3.8. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın ve Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puan Ortalamaları ve Standart Sapmaları	59
Çizelge 3.9. Katılımcıların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Puanı, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	60
Çizelge 3.10. Katılımcıların, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Puanı, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Sağlıklı Yaşam Davranışlarına Göre Dağılımı	64
Çizelge 3.11. Katılımcıların, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Puanı, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Eşlik Eden Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı	65
Çizelge 3.12. Kadınların, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği -Kadın Puanı, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanı ve Alt boyut Puanlarının Kullanılan İlaç Tedavisine Göre Dağılımı	68
Çizelge 3.13. Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği -Kadın Puanı, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Cinsel Yaşam ile İlgili Bilgilerine Göre Dağılımı	73
Çizelge 3.14. Katılımcıların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Puanı, Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Cinsellikle İlgili Bilgilendirilme Durumu ve Bilgilendirilmek İstenilen Konulara Göre Dağılımları	77
Çizelge 3.15. Cinsel Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ile Cinsel Fonksiyon Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	80
Çizelge 3.16. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlerin Tanımı	81
Çizelge 3.17. KCFİ'yi Etkileyen Bağımsız Değişkenler ve Modeldeki Katsayılarının Anlamlılığı	82

Çizelge 3.18. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlerin Tanımı	83
Çizelge 3.19. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Etkileyen Bağımsız Değişkenler ve Modeldeki Katsayılarının Anlamlılığı	84
Çizelge 3.20. Kalp Yetmezliği Öncesi Cinsel Problemi Olan ve Olmayan Katılımcıların Cinsel Yaşamının Kalp Yetmezliğinden Etkilenme Durumu	86

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik bir hastalık olan kalp yetmezliği (KY), ilerleyici semptomların eşlik ettiği, geri dönüşü olmayan, dejeneratif bir hastalıktır (Alkan, 2014; Doğru ve Karadokovan, 2016 ve Tokgözoğlu ve ark., 2017). Bu ilerleyici semptomlar arasında KY'nin ilk ve en çok görülen bulguları arasında yer alan dispne ve özellikle eforla gelişen (ilerleyen evrelerde istirahatte de halsizlik, yorgunluk gelişir) yorgunluk yer alır. KY'nin ilerleyici semptomları arasında; bireyleri günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken oldukça zorlayan gece idrara çıkma, ödem, iştahsızlık ve ilerlemiş evrelerde istenmeyen kilo kaybı da bulunmaktadır. Ülkemizde ve dünyada ölüm nedenleri incelendiğinde kronik hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıklar ilk sıradadır (TÜİK, 2019 ve WHO, 2019). Gelişmiş ülkelerde yetişkin nüfusun %1-2'sinde KY görülürken, 70 yaş ve üzerindeki bireylerde bu oranı >%10'a kadar yükselmektedir (Mcmurray ve ark., 2012). Avrupa'da bulunan 900 milyonluk nüfusun 15 milyonunda KY tanısı bulunmaktadır (Stromberg ve Dickstein, 2008). Amerikan Kalp Birliğinin (AHA) 2018 verilerine göre, 2030 yılına kadar KY olgularının %46 artacağı öngörülmektedir. Bununla birlikte ölüm ve hastaneye yatış istatistiklerine bakıldığında yılda 58.309 ölüm ve 1.023.000 hastaneye yatışın KY nedeniyle gerçekleştiği belirlenmiştir (Mozaffarian ve ark., 2016). Ülkemizde ise, 2010 yılı kayıtlarına göre nüfusun 29.600.000 kadarının 35 yaş üstü olduğu ve KY olan birey sayısının ise 2.424.000 olarak belirlendiği ortaya konmuştur (Değertekin ve ark., 2012). Türkiye'de KY ile ilgili 35 yaş üstü 5.000 erişkin birey ile yapılan bir çalışmada KY prevalansı %2,9 olarak belirlenmiştir (Değertekin ve ark., 2012). Dünyada ve ülkemizde sağlık hizmetlerindeki gelişmelere paralel olarak, koroner arter hastalıkları (KAH), miyokard infarktüsü (MI), hipertansiyon (HT) ve diabetes mellitus (DM) gibi nedenlerle ölümlerin azalması, yaşam süresinin uzamasına ve KY insidansında artışa neden olmuştur (Tokgözoğlu ve ark., 2017). Bu anlamda kronik bir hastalık olan KY'ne sahip bireylerin yaşam kalitelerinin artırılması, KY hastalarının benlik

saygısını ve iyilik halini artırarak psikolojik ve fizyolojik açıdan iyileşmeye katkıda bulunacaktır.

KY, ventriküler yüklenme ya da pompalama güçlüğü ile sonuçlanan, sık görülen bir sendromdur (Dassanayaka ve Jones, 2015). KY’de kan; perifere ve hayati organlara, (dokuların metabolik gereksinimlerini karşılayacak yeterlilikte) pompalanmamaktadır. Kalbin pompalama gücünün azalması; nefes darlığı, halsizlik ve ödem gibi bireylerin günlük yaşam aktivitelerini etkileyen semptomlara neden olmaktadır (Akın, 2013; McMurray ve ark., 2012 ve Tokgözoğlu ve ark., 2017). KY olan hastalarda ortaya çıkan bu semptomlar aynı zamanda cinsel performansta, cinsel ilişkiden zevk almada ve cinsel istekte azalmaya da neden olabilmektedir (Alberti ve ark., 2013; Driel ve ark., 2014; Hoekstra ve ark., 2012a ve Westlake ve ark., 1999). Ayrıca KY hastalarında, KY semptomlarıyla birlikte kullanılan ilaçların ve eşlik eden hastalıkların da cinselliği olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu faktörlerin bir arada bulunması cinsel performans problemlerinin daha yaygın görülmesine neden olmaktadır (Beckman ve ark., 2008; Mroczek ve ark., 2013 ve Yıldız ve Pınar, 2004). KY tanısı alan hastaların %48-%76’inde cinsel aktivite sıklığı azalmıştır. Ek olarak bu hastaların %29,5-%33’ü ise cinsel ilişkiye girmekten tamamen vazgeçmektedir (Jaarsma ve ark., 1996; Jaarsma ve ark., 2002 ve Westlake ve ark., 1999). KY hastaları ile yapılan bir çalışmada erkek hastaların %52’si ve kadın hastaların %38’i cinselliğin önemli olduğunu ve cinsel sağlığın yaşam kalitelerini etkilediğini bildirmiştir (Schwarz ve ark., 2008). Fischer ve Bekelman’ın (2017), yaptıkları çalışmada erkeklerin %62’si, kadınların %38’i cinsellikle ya da cinsel fonksiyon ile ilgili problemleri olduğunu ifade etmiştir. Aynı çalışmada ayrıca problem yaşadığını belirten erkeklerin %73’ü kadınların ise %64’ü bu sorunun kendileri için oldukça rahatsız edici olduğunu bildirmişlerdir.

Cinsellik bu kadar önemli olmasına rağmen sağlık profesyonellerinin cinsellikle ilgili nadiren hastaları ile konuştukları ve bilgi verdikleri ortaya konmuştur (Drory ve ark., 2000; Dyer ve Nair, 2013 ve Higgins ve ark., 2006). Cinsellikle ilgili konuşamama, hastaları endişeye ve üzüntüye sürüklemekte ve yaşam kalitelerini düşürmektedir (Jaarsma, 2002 ve Steinke, 2010). KY olan hastaların cinsellikle ilgili

bilgilendirilmemeleri, cinsel fonksiyon üzerindeki yan etkileri nedeniyle, kullandıkları ilaçlarda doz atlama yoluna gitmelerine sebep olabilmektedir. Ayrıca bu hastalar cinsel istek ve güçlerini artırsın diye, kardiyak tedavileri ile etkileşen, bitki ya da başka maddeler kullanabilmektedir (Bryne ve ark., 2013; Hoekstra ve ark., 2012c; Levine ve ark., 2012 ve Taylor ve Davis, 2006). Nitelikli ve düzenli cinsel aktivite, genel sağlık durumunu pozitif yönde etkilemektedir. Bu nedenle cinsel fonksiyon bozukluğu (cinsel disfonksiyon) KY olan kişilerde sistemli bir şekilde ele alınmalı ve bir bozukluk saptandığında mutlaka müdahale edilmelidir (Boztosun ve ark., 2007).

KY bütün yaş gruplarında erkeklerde kadınlardan daha fazla ortaya çıkmaktadır. Buna rağmen, kadınlar daha uzun yaşadıkları için KY hastalarının en az yarısını kadınlar oluşturmaktadır. Bu yüzden kalp hastalıklarının olumsuz etkilerine erkeklerden daha uzun süre maruz kalmaktadırlar (Mozaffarian ve ark., 2016). Bu açıdan kadınlarda ortaya çıkan sorunların belirlenmesi ve ele alınması önemlidir. KY tanısı olan kadınların %87'sinde cinsel disfonksiyon (CD) olduğu belirtilmektedir (Schwarz ve ark., 2008). Kadınlarda CD, erkeklerden daha fazla görülmesine rağmen, kadınların cinsel sorunlarına daha az dikkat edilmiş ve bu konuda sınırlı çalışmalar yapılmıştır (Dieckmann ve ark., 2004; Geiss ve ark., 2003; Kate ve ark., 2002 ve Rosen ve ark., 2000). KY tanısı olan kadınlarda CD ile ilgili az sayıda ve yetersiz çalışma olmasının nedeninin, kadınların (özellikle de postmenapozal dönemde) cinsel aktiviteye ilgi duymadıklarına yönelik mitlere ve kalıp yargılara dayandığı düşünülmektedir (Steinke, 2010). Ayrıca günümüzde erkek erektil disfonksiyonunun (ED) tedavisinin dünya genelinde yaygınlaşmış ve ulaşılabilirliğinin kolaylaşmış olması erkeklerin CD'yi çözülebilir bir problem olarak görmesini normalleştirmiştir. Bu yüzden erkekler bu durumu çözmek için bir sağlık kurumuna kadınlardan daha fazla başvurmaktadır. Diğer taraftan kadınlar CD'den rahatsız olmalarına rağmen, toplumsal cinsiyet kalıpları ve cinsel mitler nedeni ile bunu dile getirmemekte, çoğu zaman şikâyetçi olmamaktadır (Fischer ve Bekelman, 2017).

Sağlıklı cinsellik, bireylerin yaşam kalitesinin iyi olduğuna dair belirtilerden en önemlilerindendir. Kadınlarda CD, kadının psikososyal durumunu, kendine güvenini, yaşam kalitesini etkileyen ve yaygın görülen bir bozukluktur (Kütmeç, 2009).

Psikososyal anlamda birçok faydası olduğu bilinen yaşam kalitesinin artırılması, kronik bir hastalıkla yaşayan bireyin iyileşme sürecine de katkıda bulunur. Bu yüzden yaşam kalitesinin artırılması için birtakım girişimlerde bulunulmalıdır. Bu açıdan baktığımızda, yaşam kalitesini oluşturan faktörler ve yaşam kalitesini içeren alanlar incelenmelidir. Yaşam kalitesinin en önemli bileşenlerinden biri ise cinsel yaşam kalitesidir. KY tanısı olan kadınlarda cinsel yaşam kalitesi psikolojik ve fizyolojik birçok faktörden etkilenir. Bu faktörler arasında eşle/partnerle olan ilişki, hastalığa ve tedaviye adaptasyon, sosyal çevre ile olan iletişim psikososyal faktörler arasında yer alır. Fizyolojik faktörler arasında ise kadında cinsel fonksiyon bozukluklarına neden olan cinsel istek, uyarılma, orgazm, memnuniyet ve ağrı bozuklukları yer alır. Bu problemlerin tanılanması ve çözülmesi KY olan kadında cinsel yaşam kalitesinin artırılması için önemlidir (Maseroli ve ark., 2016b).

Cinsel sağlık önemli olmasına rağmen ülkemizde kadınlarda CD'ye ilişkin veriler sınırlıdır. Literatür tarandığında Türkiye'de, KY tanısı olan kadınlarda CD ve cinsel yaşam kalitesini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma, KY tanısı olan kadınların cinsel problemlerinin nedenlerini belirlemek ve nedene yönelik girişimlerde bulunmak için bir kılavuz oluşturacaktır. KY tanısı olan kadınlarda CD'nin farkedilmesi ile bireyler cinsel sağlık eğitimi programlarına alınabilir ve gerekiyorsa özel bir cinsel danışmanlığa yönlendirilebilir. Cinsel sorunlarının çözülmesi, kadınların yaşam kalitesini artırmakta, kişinin benlik saygısını, bütünlük hissini ve kişilerarası iletişimini olumlu yönde etkilemektedir (Boothby ve ark., 2018). Bu araştırmanın, KY tanısı olan kadınların hem cinsel problemlerini tanımada hem de tanılanan problemlerin çözümü için girişimler planlamada, hemşirelere ve diğer sağlık çalışanlarına yardımcı olacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışmada; KY tanısı olan kadınlarda cinsel disfonksiyon, cinsel yaşam kalitesi ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Genel Bilgiler

1.2.1. Kalp Yetmezliği

1.2.1.1. Tanım

KY sıklıkla konjestif KY olarak tanımlanır ve kalbin, bedenin metabolik ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde yeterli kan pompalayamadığı bir durumdur. Bu pompalama yetersizliği hemşirelik tanısı olarak ifade edilen “kardiak outputta azalma” durumunu açıklar ve kardiak outputtaki azalma ön yükün ve ard yükün artmasına yol açar. Ön yük; diyastol yani kalbin gevşemesi sırasında ventriküllerin dolmasıyla oluşan basıçtır. Ard yük ise; sistol yani kalbin kasılması sırasında kalbin karşılaştığı dirençtir. Ön yük venöz sistemden kalbe gelir, ard yük ise sistemik damar direncidir ve arterler tarafından oluşturulur (Chiras, 2011 ve Crowley, 2012).

KY, klinik semptom (dispne ve yorgunluk) ve bulgu (ödem ve raller) gösteren, sık hastane yatış, kötü yaşam kalitesi ve azalmış yaşam beklentisi ile birlikte olan bir sendromdur. Bu sendromlar kişinin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken KY evresine, kişinin genel durumuna ve tedaviye yanıtına bağlı olarak problemlere neden olabilir. KY olan kadınlarda bu semptomların bulunması, başta cinsel yaşam kalitesi olmak üzere kişinin yaşam kalitesini etkileyebilir. KY tedavisi ile bu semptomların azaltılması ya da mümkünse tamamen iyileştirilmesi cinsel yaşam kalitesini ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir (Ashrafian, 2007 ve Mann ve Bristow, 2005).

1.2.1.2. Epidemiyoloji

KY dünya çapında 38 milyona yakın kişinin etkilendiği sıklığı giderek artış gösteren bir problemdir (Atherton ve ark., 2018 ve Friedrich ve Bohm, 2007). Gelişmiş ülkelerde erişkin popölasyonda KY’nin genel prevalansı %2’dir. KY’i prevalansı yaşla artan, 65 yaş üstü kişilerin %6- %10’ununu etkileyen ilerleyici bir gidişat

göstermektedir (Mosterd ve Hoes, 2007). Miyokard enfarktüsü (MI), valvüler kapak hastalığı ve aritmi tedavilerinin, hastaların yaşam süresini uzatmasına bağlı olarak KY prevalansının yükseldiği düşünülmektedir (Mosterd ve Hoes, 2007). Gelişmekte olan ülkelerdeki KY sıklığı ise toplum temelli çalışmalar yetersiz olduğu için tam olarak bilinmemektedir (Mann ve Bristow, 2005 ve Mosterd ve Hoes, 2007).

Dünyada ve Türkiye’de ölüm nedenleri incelendiğinde kronik hastalıklar içerisinde kalp damar hastalıkları ilk sıradadır (DSÖ, 2019 ve TÜİK, 2019). Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 2019 yılı verilerine göre dünyadaki 56 milyon ölümün 38 milyonu (%68’i), kronik hastalıklar (kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıkları) sebebiyle gerçekleşmiştir. Kronik hastalıklara bağlı gerçekleşen ölümlerin 17,9 milyonunu yani %46’sını kardiyovasküler hastalıklar oluşturmaktadır (DSÖ, 2019).

2019 Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre kardiyovasküler sisteme ilişkin hastalıklara bağlı ölümler %36,8’dir. Bu oran ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Türkiye genelinde 300.000 kadın, 540.000 erkek olmak üzere toplam 840.000 KY tanısı olan birey bulunmaktadır. KY açısından riskli kişi sayısı ise 3,700,000 olarak belirlenmiştir (Değertekin ve ark., 2012). Ülkemizde yapılan “Türkiye’de KY sıklığı ve prevalansı” (Heart Failure Prevalence and Predictors in Turkey: HAPPY) araştırmasına göre; KY prevalansı %2,9 olarak, asemptomatik sol ventrikül disfonksiyonu ise %4,8 olarak bulunmuştur (Değertekin ve ark., 2012).

Çalışmalarda 50 yaş üstü KY tanısı alma oranı; kadınlarda %29, erkeklerde %33 olarak bulunmuştur (Atherton ve ark., 2018). KY insidansı kadınlarda erkeklere göre daha düşük olsa da KY olgularının en az yarısını kadınlar oluşturmaktadır. Bunun nedeni kadınların daha uzun yaşamalarıdır. 80 yaş üstü popülasyona bakıldığında ise KY’nin kadınlarda daha fazla ortaya çıktığı görülmüştür (Mozaffarian ve ark., 2016).

1.2.1.3. Etiyoloji

Yapı ve fonksiyon bozukluklarının sol ventrikülde gelişmeye başlaması, hastada KY oluşmasında önemli bir faktör olabilir. Eskiden KY'nin deprese sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonundan (EF) kaynaklandığı düşünülmüşse de, epidemiyolojik birtakım çalışmalar KY olan hastaların yaklaşık yarısının normal ve ya korunmuş EF'si (EF =>%40-50) olduğunu ortaya çıkarmıştır. KY hastaları düşük EF'li (sıklıkla sistolik yetersizlik) ve korunmuş EF'li (sıklıkla diyastolik yetersizlik) olarak ayrılır (Ashrafian, 2007; Friedrich ve Bohm, 2007 ve Mann ve Bristow, 2005). Korunmuş EF'li KY etiyojisi deprese EF'li KY'den farklı olsa da, bu iki durumun etiyojileri arasında ortak durumlar da mevcuttur. Her iki KY türünde de KAH ve HT etiyojide yaygın şekilde yer alır. KAH, endüstrileşmiş ülkelerdeki kadın ve erkeklerde KY olgularının %60-70'inden sorumludur. HT ise hastaların %75'inde KY gelişimine katkıda bulunur, buna çoğu zaman KAH da eşlik eder (Ashrafian, 2007; Friedrich ve Bohm, 2007; Mann ve Bristow, 2005; Mosterd ve Hoes, 2007 ve Pengo, 2004).

Deprese EF'li KY hastalarının %20-30'unda tam olarak neden bilinmemektedir. Bu hastalar etiyojisi bilinmiyorsa noniskemik, dilate ya da idiyopatik kardiyomiyopati (KMP) olarak tanı almaktadır. Geçirilmiş viral bir hastalık ya da toksin maruziyeti (örn.; alkolik veya kemoterapötik) dilate KMP'ye neden olabilir. Ayrıca dilate KMP etiyojisinde oldukça fazla olguda genetik defektler yer alır, çoğu ailevi dilate KMP vakası otozomal dominant biçimde aktarılmaktadır (Friedrich ve Bohm, 2007 ve Mazhari ve Hare, 2007). Yüksek kalp debisine neden olan durumlar (örn; arteriyovenöz fistül, anemi) normal şartlarda çok nadir KY gelişimine neden olabilir. Bu durumlar ancak altta yatan bir yapısal bir kalp hastalığı var ise KY'ne sebep olabilir (Chapman, 2004; Cleland, 2005 ve Mosterd ve Hoes, 2007).

KY ile ilgili çeşitli global düşünceler yer almaktadır. Örnek olarak Afrika ve Asya'da çoğunlukla da genç erişkinlerde KY nedeni olarak romatizmal kalp hastalığı önemli bir yer tutmaktadır. Afroamerikan toplumlarda HT, Güney Amerika'da Chagas hastalığı, gelişmekte olan ülkelerde ise anemi önemli bir KY sebebi olarak bilinmektedir. Bununla birlikte gelişmiş ülkelerde en önemli KY sebebi KAH'dır.

Gelişmiş ülkelerde sık görülen DM'nin de KY oluşumunu hızlandırdığı bilinmektedir. DM'nin KY'ne etki mekanizması tam olarak anlaşılmamakla birlikte, çoğunlukla HT ile birlikte ateroskleroza tetiklediği bilinmektedir. Bu sebeple DM, KY risk faktörlerinin en başında yer almaktadır (Ashrafian, 2007; Bardy, 2005; Chapman, 2004 ve Kessler, 2001).

1.2.1.4. Patogenez

KY, myosit sayısının azalması veya myokardın güç üretme yeteneğinde azalma ile başlar. Bunun nedeni kalp kasına zarar veren bu olayın kalbin kasılmasını engellemesidir. Bununla birlikte KY progresive bir bozukluktur. KY nedeni MI gibi ani başlayan bir durum olabilir. Ayrıca hemodinamik basınç ve hacim yüklenmesi gibi yavaş yavaş ve sinsice ilerleyen bir neden de KY sebebi olabilir. Bununla birlikte KY'nin nedeni genetik KMP gibi kalıtsal da olabilir. Tüm başlatıcı olaylar için ortak olan nokta kalbin pompa kapasitesindeki azalmadır. Başlangıçta hastalar asemptomatik ya da minimal semptomatik olabilirler. Bu durum KY sendromunun gelişimi için sol ventrikül disfonksiyonunun gerekli, fakat yeterli olmadığını gösterir (Bardy, 2005; Chapman, 2004 ve Mann ve Bristow, 2005).

Kalbin pompa yetersizliğindeki bu ilk olaydan sonra adrenerjik sinir sistemi, renin- anjiotensin- aldosteron sistemi (RAAS) ve sitokin sistemi gibi denge mekanizmaları devreye girer. Kısa vadede bu sistemlerin devreye girmesi ile hasta asemptomatik olarak devam eder. Ek olarak kompensasyon evresinde vazokonstriksiyonu engelleyen atriyal ve beyin natriüretik peptidler (ANP ve BNP), prostaglandinler (PGE2 ve PGI2) ve nitrik oksit (NO) gibi vazodilatör ajanlar devreye girerek hastaların asemptomatik kalmasını sağlar. Bununla birlikte uzun süre aktive olan bu mekanizmalar ventrikül içinde son organ hasarına ve sonuçta kardiyak dekompanseasyona neden olur. Genetik temel, cinsiyet, yaş ve çevre gibi faktörler denge mekanizmalarını etkileyebilir. Bu denge mekanizmaları ile hastanın fonksiyonel kapasitesi korunmuş ya da hafif deprese olabilir (Mann ve Bristow, 2005; Mazhari ve Hare, 2007 ve Pengo, 2004).

KY hastalarında azalmış kalp debisi sol ventrikülde, karotis sinuste ve aortik arkta yer alan baroreseptörlerde basınç azalmasına neden olur. Bu basınç azalması, merkezi sinir sistemine (MSS) sinyal gönderilmesini uyarır. Bu sinyaller kardiyoregülatör sistemleri uyaran sinyallerdir. MSS'ne giden bu sinyaller kalp, böbrek, periferik damarlar, ve iskelet kaslarının sempatik sinir sistemi yollarını aktive eder. MSS'den cevap olarak vazopressin (AVP) ya da diğer adıyla antidiüretik hormon (ADH) salınımı uyarılır. ADH, suyun geri emilimini sağlayan güçlü bir vazokonstriktördür. Renal sempatik uyarım renin salınımına neden olur. Renin salınımı ise anjiyotensin II ve aldosteron düzeyinin artmasına, sodyum-su tutulumuna sebep olur. Bu mekanizmalardan sonra cevaben periferik vazokonstriksiyon gelişerek uzun vadede myositlerde hipertrofiye ve myosit ölümüne neden olur. Tüm bu olaylar sonrasında myokard fibrozisi gelişir. Bu mekanizmaların amacı kan basıncı ve dolayısıyla hayati organların perfüzyonunu sağlamaktır. Bu şekilde kısa dönem adaptasyon sağlansa da uzun dönemde kalp ve dolaşımda son organ hasarı gerçekleşir (Braunwald, 2013).

Sol ventriküler fonksiyondaki bozulma kütle, hacim ve şekil değişikliklerine de neden olur. Diyastol sonunda sol ventrikül hacminde bir artış gelişir. Ek olarak, ventriküler duvar incelmesi, sol tarafta iyice ilerlemeye başlar (Braunwald, 1969; Brender ve ark., 1969; Elling ve ark., 2004 ve Madara ve Pomarico-Denino, 2008). Daha sonrasında sol ventrikülün yayvan şeklinden küresel bir hale dönüşmesi sol ventrikülün geriliminde artışa yol açar. Bu değişim yetersizlik açısından yeni bir hemodinamik yük oluşturur. Küreselliğin artışının getirdiği ikinci bir sorun ise papiller kasların birbirinden uzağa çekilmesi ve mitral yetmezlik gelişmesidir. Kanın ileri akışındaki azalma ile birlikte mitral yetmezlik de ventriküler yüklenmeye sebep olur. Bütün bu olaylar bir arada düşünüldüğünde azalmış kalp debisi, artmış sol ventrikül dilatasyonu (gerilimi), artmış hemodinamik yüklenme bunların hepsi KY'nin ilerlemesine yol açar (Andrew, 2003; Dorn ve Molckentin, 2004; Floras, 2003 ve Guyton ve ark., 1973).

1.2.1.5. New York Kalp Birliği'nin Kalp Yetmezliği Sınıflaması

İlk kez 1928 yılında tanımlanan, 1994 yılında ise revize edilen New York Kalp Birliği'nin (NYHA) sevrelemesi bireylerin fonksiyonel durumuna göre, hasta kliniğinin sınıflandırılmasını ifade eder. Hastalar fiziksel aktivitelerine göre birden dörde kadar sınıflandırılmaktadır. NYHA sınıflaması güçlü bir gidişat (prognoz) göstergesidir, riskleri belirler, sınıf arttıkça mortalite artar (Bettencourt ve ark., 2000).

- ❖ **Sınıf 1:** Yüksek seviyede egzersiz ile semptomlar gelişir. Hasta yedi ve daha az metabolik eş değeri (MET)'lik hareketleri yaparken sıkıntı yaşamaz.
- ❖ **Sınıf 2:** Egzersizin orta düzeyde olması ile bulgular ortaya çıkar. Birey beş ve daha az MET'lik aktiviteleri yapabilir.
- ❖ **Sınıf 3:** Hafif egzersizle şikayetler ortaya çıkar. Hasta iki ve daha az MET'lik işleri yapabilir.
- ❖ **Sınıf 4:** İstirahatte semptomatiktir. Hasta ikiden daha fazla MET gerektiren aktiviteleri yapamaz.

1.2.1.6. Klinik Belirtiler

KY için başlıca semptomlar nefes darlığı ve yorgunluktur. Düşük kalp debisi KY'de yorgunluğa sebep olur. Bununla birlikte iskelet kası anormallikleri ve KY'ne eşlik eden anemi gibi durumlar da halsizlik, yorgunluk ve nefes darlığına neden olabilir. Erken KY dönemlerinde dispne sadece eforla görülürken ilerleyen dönemlerde istirahatte bile görülebilir. Eforla gelen dispneye katkıda bulunan faktörler arasında pulmoner kompliyansa (gerilebilme) azalma, artmış havayolu direnci, diyafram yorgunluğu ve anemi yer alır. Dispne, sağ ventrikül yetersizliği ve triküspit geriye kaçışın başlaması ile azalır (Ashrafian, 2007; Chapman, 2004; Friedrich ve Bohm, 2007 ve Mann ve Bristow, 2005).

Ortopne oturur pozisyonadaki dispne olarak tanımlanır. KY hastalarında sık olarak görülen ortopne, eforla gelen dispnenin bir sonraki evresinde gerçekleşir. Yatar

pozisyondayken kanın splanknik dolaşım ve alt ekstremitelerden kalbe geri d6nmesi ile pulmoner kapiller basıncın artmasından kaynaklanır. Nokt6rnel 6ks6r6k 7oğu zaman ortopneye eşlik eder. Ortopne dik oturmakla ve 7ift yastıkla yatmakla hafifler. Nokt6rnel 6ks6r6k KY'ne 6zg6 bir semptom olmakla birlikte abdominal obezitede, asitli hastalarda ve pulmoner hastalığı olanlarda da g6r6lebilir (Folkow ve Syanberg, 1993; Grossman, 1991 ve Katz, 1992).

KY hastalarında yaygın g6r6len bir diğer semptom, gece ortaya 7ıkan ve 7oğunlukla yattıktan 1-3 saat sonra hastayı uykudan uyandıran ciddi solunum sıkıntısı ve 6ks6r6k şeklinde izlenen n6betlerle seyreden paroksizmal nokt6rnel dispnedir (PND). PND artmış hava yolu direnci nedeniyle gelişir. Ortopne dik oturmakla hafiflerken, PND daha diren7lidir ve pozisyon değiştirilse de 6ks6r6k ve wheezing devam eder (Hurst, 1966; Kirk ve ark., 1974; Swan ve Parmley, 1974 ve Zelis ve ark., 1973).

İleri evre KY'nin sık bulgularından biri olan cheyne-stokes solunumu ise periyodik ve d6ng6ler halinde seyreder. Cheyne-stokes solunumu d6ř6k kardiyak debinin bir sonucudur. Bu solunum şekli, solunum merkezinin arteriel karbondioksit karşı azalmış duyarlılığı sebebi ile olur. Kanda karbondioksit artıp azalırken, kan gazındaki bu değişiklikler deprese olmuş solunum merkezini uyarır. Hiperventilasyon ve hiperkapni gelişir, aynı zamanda aralarda apne de olur (Ashrafian, 2007; Friedrich ve Bohm, 2007 ve Mann ve Bristow, 2005).

Nokt6ri, KY hastalarında olduk7a sık g6r6len uykusuzluğa, yaşam kalitesinin bozulmasına neden olan semptomlardandır. B6t6n bu semptomlar dışında KY hastalarında anoreksi, bulantı, erken doygunlukla ilişkili abdomende ağrı, distansiyon, bağırsak 6demi gibi karaciğer konjesyonu kaynaklı gastrointestinal şikâyetler de g6r6lebilir. Yaşlı, serebral aterosklerozlu, azalmış serebral kan akımı olan ciddi KY hastalarında konf6zyon, desoryantasyon, uyku ve duygu durum (Mood) bozuklukları gibi semptomlar g6r6lebilir (Folkow ve Syanberg, 1993; Grossman, 1991; Katz, 1992 ve Rowell, 1993).

KY’de sistolik kan basıncı erken evrede yüksek ya da normal olabilirken, ilerleyen evrelerde ciddi sol ventrikül disfonksiyonu nedeniyle düşüktür. Spesifik bir bulgu olmamakla birlikte artmış adrenerjik deşarj kaynaklı sinus taşikardisi görülebilir. Bunun yanında artmış adrenerjik deşarja bağlı olarak periferik vazokonstriksiyon nedeni ile soğuk extremite, siyanotik dudak ve siyanotik tırnak yatakları beklenen bir sonuçtur (Braunwald, 1969; Brender ve ark., 1969 ve Friedberg, 1966).

KY’de sıvı retansiyonu spesifik bir bulgudur. Sıvı retansiyonu sağ atriyum basıncını yükseltir. Sağ atriyum basıncının yaklaşık değerinin hesaplanmasında JVB kullanılır. JVB en iyi hasta düz yatarken baş 45 derece yükseltildiğinde değerlendirilir. JVB normal değer aralığı yedi-oniki santimetre sudur. KY’nin ilk evrelerinde istirahat sırasında JVB normal olabilir ama sürekli abdominal basınç nedeni ile ilerleyen evrelerde yükselir (Ashrafian, 2007; Bardy, 2005; Friedrich ve Bohm, 2007 ve Mann ve Bristow, 2005).

KY’de sol ventrikül fonksiyonlarının bozulması ile akciğerlerde sıvı birikir. Alveollere sızan bu sıvının pulmoner kapiller basınç artışı ile birlikte plevraya sızması ile plevrada sıvı birikimi görülür. Plevral venler pulmoner ve sistemik venlere döküldüğü için, plevral effüzyon genellikle biventriküler yetmezlikte görülür (Chapman,2004; Kessler, 2001 ve Pengo, 2004).

Hepatomegali, KY hastalarında hepatik venlerde basınç artışı sonucu ortaya çıkan geç bir bulgudur. İleri evre KY hastalarında hepatik konjesyon ve hepatosellüler hipoksiye cevap olarak direkt ve indirekt bilirubin birlikte artarak sarılık gelişebilir (Elling ve ark., 2004; Madaro ve Pomarico, 2008 ve Rowell, 1993).

Periferik ödem aslında KY’nin özgün olmayan bir bulgusudur. Periferik ödem yeterince diüretik tedavisi alan hastalarda bulunmaz, simetrik ve yerçekimine bağlı olduğu için ayak bileklerinde ve pretibial alanda görülür. Ayrıca yatan hastalarda periferik ödem, sacrumda ve skrotumda görülebilir. Uzun süren ödem sert ve pigmente

cilt ile birlikte (Ashrafian, 2007; Friedrich ve Bohm, 2007 ve Mann ve Bristow, 2005).

Ciddi, kronik KY’de, istenmeyen belirgin kilo kaybı olabilir. Kilo kaybının olması kötü prognoz göstergesidir. Bununla birlikte kilo kaybı çok nedenli olabilir. Nedenler arasında; istirahat metabolizma hızında artış, konjestif hepatomegali, distansiyon kaynaklı anoreksi, bulantı, kusma, tümör nekrozis faktör (TNF) gibi dolaşan sitokinlerdeki artış, intestinal venlerin konjesyonuna bağlı azalmış intestinal emilim yer alabilir (Ashrafian, 2007; Friedrich ve Bohm, 2007 ve Mann ve Bristow, 2005).

1.2.1.7. Tedavi

KY ‘nin temel nedeni kanın ileriye doğru akışında azalma ve geriye kaçışında artma durumudur. Tedavinin temel prensibi de ileri doğru akışı artırmak ve geri kaçışı azaltmak olmalıdır. İleri doğru akışı artırmak, kalp debisini artırmakla mümkünken geri kaçışı azaltmak ise kalbin volüm yükünü azaltmak ile sağlanır. Kalp debisini artırarak ileri akışı sağlamak için iki temel mekanizma vardır;

- Ventriküllerin kasılma gücünün artırılması. Pozitif inotropikler (digoxin, dijitaler, dopamin, dobutamin, amrinon, milrinon) ile ventrikül kasılma gücü artırılır.
- Kasılma hızının azaltılarak doluş zamanının uzatılması. Beta (β) blokerler (propranolol, metoprolol vb.) ile kalbin güçlü kasılması sağlanarak, kalp debisi artırılır (Ashrafian, 2007; Chapman, 2004; Friedrich ve Bohm, 2007 ve Mann ve Bristow, 2005).

Kalbin üzerindeki volüm yükünü azaltmak için damarlar genişletilerek, venöz dönüş yavaşlatılmalıdır. Nitratlar ve diüretikler volüm yükünü azaltan ilaçlardır. Diüretik tedavi başarısı dispne ve ödemin azalması ile değerlendirilebilir. Dispne ve ödem, volüm yükü belirtileridir. Nitratlar, venöz vazodilatasyonda faydalı iken,

arteriel vazodilatasyon için angiotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri ve hidralazin kullanılır. Ayrıca anjiotensin II reseptör blokerleri (ARB) de benzer etki göstererek kan hacminde ve kan basıncında daha fazla artış olmasını engellerler (Andrew, 2003; Dorn ve Molkentin, 2004; Floras, 2003 ve Guyton ve ark., 1973).

Aktivite; ağır efor önerilmese de orta dereceli egzersizin NHYA sınıf I-III KY hastalarında yararlı olduğu bildirilmiştir. Övolemik (sıvı fazlalığı ya da eksikliği olmayan) hastalarda yürüyüş, bisiklet sürme gibi düzenli izotonik egzersiz tolere edildiği sürece önerilmektedir. Bazı araştırmalarda; semptomları azaltmada, egzersiz kapasitesini, yaşam kalitesini ve yaşam süresini artırmada düzenli hafif-orta düzeyde egzersizin faydalı olduğu belirtilmiştir. Ancak kalori alımının kısıtlanmasıyla kilo kaybının faydaları net olarak kanıtlanamamıştır (Ashrafian, 2007; Bardy, 2005; Chapman, 2004 ve Kessler, 2001).

Diyet; diyetle alınan sodyumun iki, üç gram ile kısıtlanması EF'ye bakılmaksızın tüm KY hastalarında önerilmektedir. Orta-ciddi KY hastalarında, daha da fazla tuz kısıtlaması düşünülebilir (iki gramdan az). İleri KY, istemsiz kilo kaybı, kas erimesi (kardiyak kaşeksi) olan hastalarda kalori desteği yapılmalıdır. Potansiyel sıvı retansiyonu nedeni ile bu hastalarda anabolik steroidlerin kullanımı önerilmemektedir. Semptomatik hastalarda diyet desteği kullanılmasından kaçınılmalıdır. Diet desteklerinin kanıtlanmış bir faydası olmamakla birlikte KY tedavileri ile etkileşme potansiyeli bulunmaktadır (Ashrafian, 2007; Bardy, 2005; Chapman, 2004 ve Kessler, 2001).

1.2.2. Cinsellik

1.2.2.1. Tanım

Cinsellik, anne karnından itibaren başlayan, yaşam boyu devam eden, bireylerin hayata dair inançları, hisleri, kişisel yapıları, hoşlandıkları ya da nefret ettikleri şeyler,

diğer insanlara olan tavırları, dış görünüşleri ve yaşadıkları çevreye göre biçimlenen bir kavramdır. Cinsellik sadece cinsel uzuvları değil zihni ve bedeni de içerir (Taylor ve Davis, 2006). Cinsellik; insanoğlunun sevgi ve üremeyi kapsayan temel bir boyutudur (Kütmeç, 2009). İnsanların bir kısmı için cinsel yaşam, hayatın önemli bir bölümünü oluştururken, bir kısmı içinse önemli değildir (Gülsün, 2009). Cinsellik bireyseldir, her insanda farklıdır. Her insanın cinsel hisleri, tutumları ve inançları vardır. Aynı zamanda cinselliğin de pek çok farklı yönü bulunmaktadır (Saunamaki ve ark., 2010 ve Wilmoth, 2007). Cinsellik; güzel sözler, bağlılık, duygusal, bilişsel ve fiziksel yakınlık gibi bileşenlerden oluşur (Benbow ve Beeston, 2012). Cinsellik, fizyolojik olarak cinsel anatomi, cinsel istek ve cinsel fonksiyonları içerir. Psikolojik açıdan bakıldığında ise cinsellik; duygular, düşünceler, kişilik, cinsel rol gibi alanları kapsar. Cinselliğin sosyal yönünde ise; aile ve yakın çevrenin değer sistemleri, kültürel anlamda toplumun değer yargıları, din ve etik yer alır (Merrigan, 1998). WAS'a göre cinsellik kişiliğimizin ayrılmaz bir parçasıdır. Cinselliğin bütünüyle gelişebilmesi için temas, mahremiyet, duygusal ifade, zevk, şefkat, aşk gibi temel ihtiyaçların doyumu gerekir. Cinselliğin tam olarak gelişimi bireysel, kişilerarası ve toplumsal mutluluk için gerekli ve önemlidir. (Yüksel ve Cindoğlu, 2006).

1.2.2.2. Kadın Cinsel Yanıt Fizyolojisi

Kadın cinsel yanıt fizyolojisi ele alındığında, kadının cinsel istek ve fantazilerinin cinsel aktiviteyi başlattığı görülmektedir. Kadında serebral sempatik uyarılar cinsel isteği artırır. Cinsel istek aynı zamanda östrojen varlığını da gerektirir. Bazı çalışmalarda östrojenin, kadındaki cinsel istek artışının sebebi olduğu öne sürülmüştür. Cinsel yanıt fizyolojisinin ilk basamağını cinsel istek oluşturur. Cinsel istek oluşuktan sonra, merkezi ve otonom sinir sistemi aracılığıyla cinsel uyarılma gelişir. (Araujo, 2004; Basson, 2004; Bhasin, 2007 ve Burnett, 2006).

Cinsel yanıt fizyolojisinin ikinci basamağında ise uyarılma yer alır. Uyarılma basamağı aslında vajinal lubrikasyona bir hazırlıktır. Uyarılma sonrası oluşan periferik parasempatik aktivite kayganlaşmaya neden olur. Yeterli kayganlığın

sağlanamaması ise ağırlı cinsel ilişkiye (disparoni) sebep olan en önemli faktördür. Bundan sonraki basamakta ise kadında orgazm ve rezolüsyon yer alır. (Araujo, 2004; Basson, 2004; Bhasin, 2007).

Kadın cinsel yanıt döngüsü evreleri şu şekilde sıralanabilir;

- Cinsel istek ve Uyarılma
- Lubrikasyon
- Orgazm
- **Kadında Cinsel İstek ve Uyarılma:** Cinsel istek seks hormonlarının salgı düzeyi ile doğru orantılıdır. Cinsel istek kadınlarda preovulasyon dediğimiz östrojenin yüksek seyrettiği ovulasyona yakın dönemlerde zirveye ulaşır. Her ne kadar cinsel istek ilk basamak gibi görünse de, cinsel aktivite hem psişik hem de cinsel olarak, uyarılma ile başlar. Erkeklerde olduğu gibi kadınlarda da cinsel düşünceler cinsel isteğe yöneltir. Bu durum da cinsel aktivitede bulunulmasına yardım eder. Cinsel istek aslında fizyolojik dürtü kadar kişinin eğitimine, yetiştiği ortama, dinsel bazı inaçlarına ve başka faktörlere de bağılıdır. (Davis, 2004; Rees, 2007). Cinsel uyarılma ise genital organların vulva, vajina ya da diğer perine bölgelerinin uyarılması ile cinsel duyular gelişmesidir. Cinsel duyuların başlamasında klitoris glansının duyarlılığı çok yüksektir. (Burnett, 2006; Pauls, 2005 ve Rees, 2007).
- **Kadında Ereksiyon ve Lubrikasyon:** Cinsel uyarılmanın ilk bölümünde parasempatik uyarılma ile erektıl dokudaki arterler genişler bu şekilde lubrikasyon gelişir. Ayrıca uyarılma sonrası parasempatik sinirler, bartholin bezlerini uyarırlar. Bartholin bezlerinden mukus salgınır. Bu mukusun cinsel süreç içinde lubrikasyona katkısı oldukça fazladır. Lubrikasyon, cinsel ilişki sırasındaki kuruluktan kaynaklanan irritasyonu önlemek ve doyurucu bir masaj duygusu yaratmak için oluşturulmaktadır. Bu masaj duygusu hem kadında hem de erkekte uygun reflekslerin en üst düzeye çıkarılmasını sağlar (Clark ve ark., 1979; Fishman, 1983; Gruber ve ark., 2002; Lein, 1979 ve Leung ve Armstrong, 1980).

- **Kadında Orgazm:** Cinsel uyarılar kadında orgazma yol açan refleksleri başlatırlar. Orgazm süresince kadının perine kasları ritmik kasılmalar gösterir. Bu refleksler orgazm sırasında uterus ve fallop tüplerindeki hareketi de hızlandırır ve spermin uterustan ovuma doğru taşınmasını kolaylaştırır (Araujo, 2004; Basson, 2004; Bhasin, 2007; Burnett, 2006; Davis, 2004; Pauls, 2005 ve Rees, 2007). Orgazm süresince tüm vücut kaslarında aşırı bir gerilme oluşurken, cinsel birleşmeden sonraki doyum duygusu bir rahatlama ve gevşeme sağlar (Clark ve ark., 1979; Fishman, 1983; Gruber ve ark., 2002; Lein, 1979 ve Leung ve Armstrong, 1980).

1.2.2.3. Kadın Cinsel Disfonksiyonu

Kadın CD'si, istekte bozulma, uyarılma, ağrı ve orgazm olmada zorluk ya da orgazm olamama gibi problemlerin birini, birkaçını ya da tamamını kapsayan psikoseksüel hastalıkların birarada bulunmasıdır. Kadın CD çalışmaları erkeklerinkine göre çok daha az sayıda ve yetersizdir (Gomaa ve ark., 2018). Bu durum cinselliğin birçok toplumda bir tabu olarak görülüyor olmasından kaynaklanabilir. Oysaki kadın CD'si yaygın görülen ve çok boyutlu değerlendirilmesi gereken bir problemdir (Nappi ve ark., 2016). CD, kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca CD kadında kişilerarası problemlere de neden olmaktadır. CD sonucunda genel olarak kadınlarda kendine güvende azalma, iletişim bozuklukları ve emosyonel problemler görülmektedir (Ege ve ark., 2010). Ek olarak CD yaşayan kadınlarda fiziksel ve emosyonel sağlığın daha kötü olduğu bulunmuştur (Elnashar ve ark., 2007). Buna rağmen sorunların üstesinden gelebilmek için tam anlamıyla izlenebilecek bir tedavi yöntemi yoktur. Bu nedenle yaşam tarzı değişiklikleri tedaviye ek olarak önerilir (Ege ve ark., 2010 ve Elnashar ve ark., 2007).

- **Etiyoloji**

CD etiyojisinde yer alan faktörlerin belirlenmesi, nedene yönelik tedavi için çok önemlidir. Altta yatan etmenlere göre birey farklı tedavi yöntemlerine

yönlendirilmelidir. Faktörler belirlendikten sonra nedene göre; aile terapileri, bilişsel davranışsal terapiler, farkındalık temelli girişimler, mastürbasyon gibi tedavi yöntemlerinden biri ya da birkaçı denenebilir (Faubion ve Jordan, 2015).

CD etyolojisinde birçok faktör bulunur (Nappi ve ark., 2016). Bunlar;

- ❖ Hormonal değişimler (menopozal dönem gibi)
- ❖ Yaş
- ❖ Genel sağlık durumu
- ❖ Zihin sağlığı durumu
- ❖ Benlik saygısı
- ❖ Norm ve deneyimler
- ❖ Beden imajı
- ❖ Eğitim durumu
- ❖ Üreme hedefleri
- ❖ Eşle ilişki
- ❖ Eşin genel, zihinsel ve cinsel sağlık durumu

Kadınlarda CD'ye neden olan faktörlerden en önemlilerinden biri ağırlı cinsel ilişkidir. Disparoniye sebep olan faktör lubrikasyon azalması ya da yokluğu olabilir. Buna neden olan durum ise çoğu zaman menopozdur. Menopozda östrojenin azalması endotel tabakasından NO (endotel kaynaklı damar gevşetici faktör) salımını ve vazodilatasyonu azaltır. Kanlanmanın azalması lubrikasyonda azalmaya ve vajinal kuruluğa sebep olacağı için ağırlı cinsel ilişki görülür (Tsai ve ark., 2011). CD'a neden olan diğer bir faktör ise yaşla gelen değişikliklerdir. Yaşla birlikte genital kan akımı ve genital hassasiyet azalır. Bu nedenle yaş birçok faktörden bağımsız olarak azalmış cinsel cevap, cinsel aktivite sıklığında düşüş ve cinsel istek azalmasına sebep olur (Faubion ve Jordan, 2015). Kişilerin genel sağlık durumu, ek bir kronik hastalığının olması, bu hastalıklara yönelik kullanılan tedaviler CD'ye neden olabilir ya da var olan problemi artırabilir. Genel sağlık durumu ile birlikte ya da tek başına bir psikiyatrik hastalık varlığı da kişinin cinsel yaşamını etkiler. Özellikle depresyon, anksiyete ve dikkat dağınıklığı CD'yi etkileyen psikolojik faktörlerdir (Faubion ve Jordan, 2015). Negatif beden imajı, benlik saygısı, kişinin norm ve deneyimleri, dini inançları,

yetiştirilme tarzı, sosyokültürel yapısı, eğitim durumu gibi faktörler kişinin cinselliğe bakış açısını ve cinsel hayatını etkiler. Bu faktörlerin bilinmesi, CD söz konusu olduğunda bireye nasıl yaklaşılacağı ile ilgili sağlık personeline yardımcı olur. Yapılan araştırmalara göre partnerle olan ilişki de CD için başlı başına bir risk faktörüdür. Eşle/partnerle olan ilişki, üreme hedefleri, eşin yaklaşımı, destekleyici ya da anlayışsız tavırları KY olan kadın hastada cinsel problem sebebi olabilmektedir. Kadın cinselliği çok yönlü düşünülmelidir. Kadında cinsel fonksiyonları metabolik faktörler kadar psikososyal durumlar da etkilemektedir. Psikososyal etmenler özellikle uyarılma evresinde kadını cinsel aktiviteye hazırlar. Bu açıdan baktığımızda kadında cinsellik uyarılma ile başlamaktadır. Bu uyarılma durumu ise eşin ilgi ve desteği ile gerçekleşmektedir (Maseroli ve ark., 2016b). Bu anlamda, cinsellik eğitimleri hastalara eşleri ile birlikte verilmelidir (Westlake ve ark., 1999). Eşin kronik hastalığının olup olmaması, psikolojik durumu ve ED’u olup olmaması da kadının cinselliğini etkilemektedir. Ayrıca eşinin/partnerinin kendine olan cinsel isteğinin azalmış olabileceği algısı da kadında CD’ a neden olmaktadır. Bu etmenler, kadın CD’da erkekle ilgili faktörler olarak yer almaktadır (Maseroli ve ark., 2016b).

- **Epidemiyoloji**

CD; Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avrupa’da kadınlar arasında %34-40 olarak belirtilmiştir (Moreira ve ark., 2008). ABD’de 18 yaş üzeri 31.581 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların %44’ünde CD saptanırken bunun %38,7’sinin cinsel istek bozukluğu olduğu belirlenmiştir (Shifren ve ark., 2008). Mısır’da yürütülen araştırmalarda CD prevelansının Avrupa ve ABD toplumlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (Hassanin ve ark., 2010). Türkiye’de sağlıklı kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada CD prevelansı %45,6 (Ege ve ark., 2010), Öksüz ve Malhan’ın (2005a) çalışmasında ise %48,3 olarak bulunmuştur. Etnik köken, ırk, din ve yaşanılan bölge özellikleri CD prevelansını etkilemektedir. Prevelansı yüksek olan toplumlarda CD’un nedeninin, sağlık hizmetlerinin iyi verilememesi ya da kültürel birtakım tabular olduğu vurgulanmıştır (Akbulut ve ark., 2015). Etiyoloji olarak CD’nun en yaygın nedenleri; cinsel istek kaybı, uyarılma bozuklukları ve kayganlaşma

problemleri ile ilgilidir (Araujo, 2004; Basson, 2004; Bhasin, 2007; Burnett, 2006; Davis, 2004; Pauls, 2005 ve Rees, 2007).

- **Kadın Cinsel Disfonksiyonu Sınıflandırılması**

CD, üç ana başlık altında toplanmıştır (Dawson ve ark., 2017 ve Höbek ve Kızılkaya, 2016).

- Cinsel istek-uyarılma bozukluğu
- Genitopelvik ağrı – penetrasyon bozukluğu
- Orgazm bozukluğu

(Araujo, 2004; Basson, 2004).

- **Cinsel İstek Azlığı**

Cinsel fantazilerde yokluk, azalma ya da cinsel isteğin huzursuzluk yaratması gibi sorunlar cinsel istek azlığı/yokluğu sıkıntısı yaşayan kadınların temel problemidir. Kişinin yaşamındaki çeşitli durumlar da cinsel isteği etkileyebilir. Bu anlamda hastaları tıbbi ve psikososyal yönden ayrıntılı olarak değerlendirmek gerekir. Bazı ilaçların da istek azalmasında rolü olduğu unutulmamalıdır. Bu yüzden medikal tedavi dozu, sayısı CD açısından gözden geçirilmelidir. CD’ a neden olduğu tespit edilen ilaçlar yan etkisi daha az olan başka bir alternatif ile değiştirilmeli, dozu ayarlanmalı ya da kombine tedavi uygulanmalıdır (Malmberg ve ark., 2016).

- **Uyarılma Azlığı**

Kan akımı kaynaklı genital sıcaklıkta, vajinal kayganlaşmada sorun olması ve uyarılma bozukluğu birçok kadında görülmektedir. Uyarılma bozukluğu tanısı koymak için tam bir öykü ve fiziksel muayene yapılmalıdır. Uyarılmayı etkileyen faktörler ve hastanın kullandığı ilaçlar detaylıca tetkik edilmelidir. Kullanılan ilaçlarla

birlikte eşlik eden kronik hastalıklarda uyarılma bozukluklarına neden olabilir. Yapılan bazı araştırmalarda; HT, hiperlipidemi (HL) ve DM'un uyarılma bozukluklarına yol açtığı belirlenmiştir (Cortelazzi ve ark., 2013 ve Pontiroli ve ark., 2013).

- **Orgazm Bozukluğu**

Orgazm bozukluğu şikâyetleri olan kadınlar tıbbi ve psikososyal yönden ele alınmalıdır. Problemin ne zamandan beri var olduğu detaylı öykü ile öğrenilmelidir. Orgazm yokluğu, azlığı ya da gecikmiş orgazm ayrımı mutlaka yapılmalıdır. Hastanın öyküsüne ve çok yönlü değerlendirilmesine göre uygun medikal ve psikososyal tedaviye başlanılmalıdır. Orgazm problemleri genel olarak CD'un diğer formlarıyla yakından ilişkilidir. Cinsel ağrı ve uyarılma problemleri olan hastaların orgazm olması zordur. Bu durumda kadınlarda etiyooloji araştırılmalı ve incelenmelidir (Krakowsky ve Grober, 2018).

- **Tedavi**

- ❖ **Genel öneriler**

Üreme organlarının normal anatomisi ve fizyolojik yanıt konusunda, hasta ve partnerinin bilgi eksikliği sorgulanmalıdır (Araujo, 2004). Menopoz, yaşlanma, eşlik eden kronik hastalık varlığı gibi durumların da cinsel yanıt üzerine fizyolojik etkileri olabileceği anlatılmalıdır. Tedaviye ilk olarak davranış değişikliği ve nonfarmakolojik yöntemler ile başlanılmalıdır. Hastaların partnerleri ile birlikte iletişim tekniklerine yönelik danışmanlık hizmetleri almaları gerekebilir. Bununla birlikte yaşam tarzı değişiklikleri ilişki gerginliğini azaltabilir (Bhasin, 2007). Beden sağlığının korunması, sigara ve alkolden kaçınılması, CD'na neden olabilecek ilaç tedavisinin düzenlenmesi tedavi sürecinin önemli bileşenleridir (Pauls, 2005).

- **Hormon Tedavisi**

Postmenapozal kadınlarda, östrojen replasman tedavisi faydalı olabilir (Pauls, 2005). Östrojen tedavisinin lokal kremler aracılığı ile yapılması östrojenin istenmeyen sistemik etkilerinden korunulmasına yardımcı olur (Basson, 2004). Kadınlarda menopoza öncesi östrojen seviyesi ile birlikte androjen düzeyi de ciddi anlamda geriler. Ancak literatürde erken ovaryan yetmezlik ve menopoza sekonder uyarılma bozuklukları gibi durumlar dışında dışardan androjen alımını destekleyen veriler yoktur (Basson, 2004).

1.2.2.4. Cinsel Aktivitenin Kardiyorespiratuvar Sistem Üzerine Fizyolojik Etkisi

Cinsel aktivite sırasında, enerji tüketimi ve oksijen gereksinimi artar. Orgazm da ise bu maksimum düzeye çıkar. Bu gereksinimleri karşılayabilmek için kardiyorespiratuvar bazı cevaplar gelişir (Fox ve Fox, 1969). Oksijen tüketimi KY hastalarının cinsel aktivitede bulunabilmeleri için belirleyici bir faktördür. Pohlen ve arkadaşları (1984), cinsel ilişki sırasında ekspire edilen gazı bir maske vasıtasıyla ölçmüş ve oksijen kullanımının oldukça düşük olduğunu, bireyler arasında farklılıklar gösterdiğini bildirmiştir. Araujo ve Vianna (2009) ise yaptığı çalışmada cinsel ilişkinin bir geçiş dönemi egzersizi olduğunu bildirmiştir. Bu özelliğinden dolayı cinsel ilişki sırasında kalp hızı değişimlerine bağlı ortalama ve maksimum oksijen tüketiminin ölçülemeyeceğini vurgulamıştır (Araujo ve Vianna, 2009). Oksijen tüketiminden bağımsız olarak düşünüldüğünde ise, basit egzersizlerde yapılan ani bitişler kalp hızını önemli oranda artırmaktadır. Bu ani bitişler, vagal geri çekilmelere neden olmaktadır (Araujo ve Vianna, 2009; Araujo ve ark., 2015; ve Nobrega ve ark., 1990). Bu yüzden cinsel uyarılmanın, kalp hızında değişikliklere neden olan sempatovagal etkileşime neden olduğu öne sürülmüştür (Yeragani ve ark., 2004). Sonuç olarak KY, NHYA III-IV sınıftaki hastalar kardiyak durumları stabil olana kadar cinsel aktivite için beklemelidir (Levine ve ark., 2012).

1.2.2.5. Cinsel Aktivite Sırasında Ani Kardiyak Ölüm Riski

Literatüre göre, uykuda ya da orta şiddetli egzersiz sırasında eşit oranda ani kardiyak ölüm görülmektedir. Ölüm oranları incelendiğinde cinsel aktivite sırasındaki ölümler, tüm egzersiz kaynaklı ölümlerin %2'sini oluşturmaktadır (Lee ve ark., 2006; Niederseer ve ark., 2012 ve Reddy ve ark., 2009). Muller 1999 yılında, 1700 hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada cinsel aktivitenin ölüm vakalarının sadece %1,5'inde tetikleyici olduğunu bulmuştur. Ayrıca psikolojik stres ya da öfke kaynaklı ani kardiyak ölümlerin, vakaların %14'ünü oluşturduğunu belirtmiştir. Cinsel aktivite sırasında görülen ani kardiyak ölümlerin yıllık insidansı erkekler için 1000 otopside 1,9 iken kadınlarda bu oran 0.16'dır (Muller, 1999). Dahabreh ve Paulus 2011'de yaptıkları çalışmada, haftada yapılan bir saatlik cinsel aktivitenin ölüm riskini artırma oranının on binde birden daha düşük olduğunu bildirmiştir. Cinsel aktivitenin kalp üzerinde bir takım adrenerjik etkileri olmasına rağmen yapılan araştırmalar cinsel aktivite kaynaklı ölümlerin oldukça düşük olduğunu göstermiştir (Dahabreh ve Paulus, 2011 ve Muller, 1999). KY hastalarında cinsel aktivite hasta asemptomatik ise önerilebilirken, NYHA evre III-IV'de ise kardiyak durumu stabilleşinceye (altı dakika yürüme testine göre; altı-yedi MET'lik iş yapabileceği kanıtlanıncaya kadar) kadar beklenilmelidir (Levine ve ark., 2012).

1.2.2.6. Kalp Yetmezliği Olan Kadınlarda CD Prevalansı

Dünyada kadın KY hastalarında CD prevalansı çalışmaları çok az bulunmaktadır. KY hastalarında CD çalışmalarına bakıldığında çoğunlukla erkek ED'dan söz edilmektedir. Schwarz ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptıkları çalışmada; KY olan kadınlarda CD oranı %87 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada; azalmış cinsel istek oranı %87, cinsel ilişkiden memnuniyetsizlik %83, azalmış lubrikasyon %80, orgazm problemleri %62, lubrikasyon azalması ile birlikte ağrı görülme oranı %50 bulunmuştur. Aynı çalışmada, ağırlı cinsel ilişkiden (lubrikasyon azlığı kaynaklı) dolayı cinsel ilişkinin devam ettirilememesi durumu ise %76 olarak bulunmuştur. Fischer ve Bekelman'ın 2017'de yaptığı bir çalışmada, KY olan

kadınların %37,9'u cinsellikle ilgili problemleri olduğunu bildirirken, %64'ü bu problemleri oldukça rahatsız edici bulmuştur.

1.2.2.7. Kalp Yetmezliği'nde Cinsel Disfonksiyonla İlgili Risk Faktörleri

- **Aktivite İntoleransı**

Azalmış egzersiz kapasitesi KY hastalarının cinsel olarak aktif olmasını engellemektedir. KY hastaları semptomlarının şiddetine ve kalp fonksiyonunun durumuna göre çeşitli derecelerde egzersiz intoleransı yaşarlar. Bununla birlikte süreç içerisinde fiziksel kondisyonlarını da yitirirler (Jaarsma ve ark., 2014). Kalp hastalarında cinsel aktivite üç-beş MET'lik orta dereceli bir fiziksel aktivite olarak değerlendirilir (Levine ve ark., 2012). Yapılan bir çalışmada ön sevişme sırasında kalp atım hızı ve kan basıncının çok hafif artış gösterdiği, cinsel uyarılma sırasında ise orta dereceli bir artış olduğu belirtilmiştir (Hellerstein ve Friedman, 1970). Kalp hızı ve kan basıncındaki önemli değişimler 10-15 saniyelik orgazm sırasında olmaktadır ve hızla başlangıç seviyesine dönmektedir (Bohlen ve ark., 1984 ve Levine ve ark., 2012).

Cinsel aktivite sırasındaki enerji tüketimi günlük ev işlerini yaparken ya da üç kat merdiven çıkarken kullanılan enerji miktarı kadardır. Bununla birlikte cinsel ilişki sırasında özellikle de orgazm sırasında sempatik sinir sisteminin uyarılması ile KY hastaları artmış kalp hızı, artmış sağ ventriküler basınç ve artmış diyastolik pulmoner basınç gösterirler (Cremers ve ark., 2002). Bir çalışmada KY olan stabil bireylerden oluşan geniş bir örneklemle çalışılmış ve oksijen tüketiminin on mililitre/kilogram/dakikanın altında olduğu yani maksimum 2,8 MET'lik iş yapabilen bireylerde, cinsel fonksiyonda belirgin bir düşüş yaşandığı bulunmuştur. Bu çalışmada cinsel ilişki problemlerinde, azalmış kardiyak performansın temel neden olduğu belirlenmiştir (Apostolo ve ark., 2009). Dekompanse ya da ilerlemiş KY hastaları (NHYA sınıf III-IV hastalar), sağlık durumları stabilize olana kadar ve hastalıkları optimal düzeye getirilene kadar cinsel aktivite için beklemelidir (Alberti ve ark., 2013 ve Levine ve ark., 2012). Buna rağmen bazı hastalar pasif seks yaparak, yardımcı

ilaçlar veya implantlar kullanarak cinsel aktivitede bulunabildiklerini belirtmişlerdir (Jaarsma ve ark., 2014).

- **Fiziksel Faktörler:**

- ❖ **Endotelyal Disfonksiyon:** KY ile doğrudan ilişkilidir. Cinsel uyarılda fizyolojik rolü olan NO üretimini ve vasküler dilatasyonu azaltır (Costa ve Virag, 2009).
- ❖ **Aterosklerotik Plaklar:** Corpus cavernosuma kan akımını azaltır (Hodges ve ark., 2007).
- ❖ **Metabolik Dengesizlik:** KY olan hastalarda çoğunlukla bulunur ve artmış katabolizmaya ve kardiyak kaşeksiye neden olur (Anker ve ark., 2007).
- ❖ **Anabolik Eksiklik:** KY hastalarında anabolik eksiklik; egzersiz intoleransı, azalmış libido (cinsel istek), artmış mortalite ve artmış hastaneye yatış ile yakından ilişkilidir (Giagulli ve ark., 2013). Bununla birlikte testesteron seviyesi düşüklüğü KY hastalarında CD için patolojik bir faktördür. Ancak henüz kanıtlar bunu desteklememektedir (Giagulli ve ark., 2013).

- **İlaç Tedavisi**

KY için kullanılan ilaç tedavisi cinsel performansı ya da libidoyu etkilemektedir. Digoksin ve aldosteron antagonistleri cinsel performansı ya da libidoyu etkiledikleri bilinen bileşiklerdir (Rastogri ve ark., 2005). Tiazid diüretikleri ise endotelyal disfonksiyona ve artmış vasküler oksidatif strese neden olmaktadır. Tiazidler HL'yi ve insülin direncini artırır, sempatik sinir sistemini ve RAAS'ı uyarırlar (Rastogri ve ark., 2005). β blokerlerin kullanımı ise cinsel fonksiyonu azaltır (Ko ve ark., 2002). Cinsel fonksiyonlar üzerine β blokerlerin etkisini incelediğimizde, birinci kuşak β blokerlerin kullanımı CD'ü artırırken, üçüncü kuşak β blokerlerin kullanımı CD açısından tartışmalıdır. Bazı KY hastaları ise β blokerler ile cinsel performanslarının iyileştiğini bildirmişlerdir, bunun nedeninin KY şiddetinin azalması ve tedavide üçüncü kuşak β blokerlerin kullanılmasının olduğu düşünülmektedir (Schwarz ve ark., 2008).

1.2.2.8. Cinsel Danışmanlık

Cinsel danışmanlıkta en sık kullanılan PLISSIT (Permission=İzin, Limited Information=Sınırlı bilgilendirme, Specific Suggestions=Özel öneriler ve Intensive Therapy=Yoğun tedavi) modelidir (Taylor ve Davis, 2006). PLISSIT modelinin kullanımı ve değerlendirme araçları cinsel sorunları tartışırken sistematik bir yaklaşım sağlar. Bu şekilde hasta açıkça korkularını ve endişelerini belirtir. Hem cinsel problemler konuşulur hem de hasta, sağlık bakım profesyonellerinden yardım alır. Dört aşamadan oluşan bir yol izlenir (Annon, 1976);

- **Permission (İzin):** Hastanın cinsel konularda konuşmasına izin verme: bu basamak tartışmayı başlatmak için ilk adımdır. “ KY tanısı konulduktan sonra pek çok insanın cinsel ilişki ile ilgili endişeleri vardır, sizin ne gibi kaygılarınız var?” gibi bir soru ile tartışma başlatılabilir.
- **Limited Information (Sınırlı bilgi):** Yeteri kadar bilgi vermektir. Örneğin cinsel ilişki öncesi yüksek kalorili ve çok fazla miktarda yemek yenilmemesi gerektiği anlatılır. Alkol kullanımının dozunda olması gerektiği konusunda uyarılır. Cinsel ilişki sırasında solunum güçlüğü hissedildiğinde cinsel aktivitenin bırakılarak dinlenilmesi, gibi genel önlemlerle ilgili sınırlı bilgiler verilir. Bu sınırlı bilgi hasta ve partnerinin kaygılarını engelleyebilir ve yanlış anlamalarını düzeltebilir.
- **Specific Suggestion (Özel, bireysel öneriler):** Bu basamak çok daha fazla bilgi ve uzmanlık gerektirir. Kapsamlı değerlendirme ve problem analizi yapılmalıdır.
- **Intensive Therapy (Yoğun tedavi):** Tedavi gerektiren bir durum saptandığında bir terapist ya da uzman devreye girmelidir. Bu basamakta (sınırlı bilgi basamağından farklı olarak) cinsel endişe ve sorunları açığa çıkaracak spesifik sorular sorulmalıdır. Örnek olarak; “eşinizle / partnerinizle nasıl bir ilişkiniz var? “, “KY’ nden dolayı cinsel ilişkiye tekrar başlama yönünde ne tür endişeleriniz var?” gibi sorular sorulabilir.

1.2.2.9. Cinsel Disfonksiyon açısından Kalp Yetmezliği Tedavi Yönetimi

KY semptomlarının azalmasının ve egzersiz kapasitesinin artmasının cinsel aktivitenin iyileşmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir (Giagulli ve ark., 2013).

Ayrıca CD'na neden olduğu düşünülen ilaçlar değerlendirilmeli ve uygunsa değiştirilmelidir. Digoxinden ve tiazid diüretiklerden kaçınılmalı, β blokerlerden pranolol yerine metoprolol ve carvedilol kullanılmalı (alfa bloker etkilerinden dolayı) ve spironolaktone yerine eplerenone seçilmelidir (Rastogi ve ark., 2005). Farmakolojik tedaviye ek olarak cinsel fonksiyonları geliştiren diğer tedavi yöntemleri de kullanılabilir. Bir çalışmada, KY hastalarında kardiyak resenkronizasyon terapisinin (CRT), cinsel istek üzerine önemli düzeyde iyileştirici etki gösterdiği bildirilmiştir. Bu etkinin sol ventriküler ejeksiyon fraksiyonu (LVEF) ve fonksiyonel kapasite artışından kaynaklı olduğu düşünülmektedir (Vural ve ark., 2011).

1.2.2.10. Kalp Yetmezliği Olan Kadınların Hastalığın Evrelerine Göre Cinsel Aktivitede Bulunabilme Durumları

NYHA I veya II, KY olan kompanse hastalar cinsel aktivitede bulunabilir. NYHA III-IV, KY olan bireylerde dekompanseasyonun cinsel aktivite ile bir miktar tetiklendiği bildirilmiştir. Bu yüzden ileri evredeki KY hastalarına durumları stabil oluncaya kadar cinsel aktivite önerilmemektedir (Debusk ve ark., 2000 ve Levine ve ark., 2012). KY hastalarının dinlendikten sonra cinsel ilişkide bulunması, hafif yemekler yemesi, orta seviyede alkol tüketmesi, solunum güçlüğü hissettiğinde cinsel ilişkiye ara vererek rahatlayıp, dinlenmesi önerilmektedir. Bununla birlikte kardiyak riski azalttığı için hastaların alışık oldukları ortamda ve alışık oldukları partnerleri ile cinsel aktivitede bulunmaları önerilmektedir (Stein ve ark., 2016).

1.2.2.11. Kalp Yetmezliği Olan Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesi

Yaşam, nitel ve nicel olarak iki boyutta incelenirse; yaşam süresi, mortalite hızı gibi ölçüler nicel özellik gösterir. Nitel açıdan baktığımızda ise yaşamın psikolojik, sosyal, ekonomik, kültürel ve sosyal yönleri ortaya çıkar. Yaşam kalitesi bireyin yaşamdan doyum alması ve mutlu olması, iyilik hali, olarak tanımlanmıştır (Öksüz ve Malhan, 2005b). Bu açıdan baktığımızda yaşam kalitesinde rol alan en önemli

faktörlerden biri cinsel yaşamdır. Cinsel yaşam kalitesi, bireyin cinsel ilişkiden memnun olup olmaması şeklinde tanımlanmıştır (Öksüz ve Malhan, 2005b). Cinsel yaşamdan memnun olma durumunu ise, kişinin cinselliğe dair bireysel pozitif ve negatif algısı belirler. Pozitif- negatif algı durumunu ise kişinin yetiştiriliş tarzı, dini inançları, tabuları, normları, sosyo-kültürel yapısı gibi birçok faktör etkilemektedir (Gülsün, 2009).

KY olan kadınlarda özellikle adaptasyon sürecinde olmak üzere süreç içerisinde benlik saygısında, beden imajında ve özgüvende birtakım bozulmalar olabilmektedir. Özellikle bireyin vücut imajını kötü olarak algılaması, cinsel yaşamını ve cinsel fonksiyonlarını etkileyerek, eşi/partneri tarafından terkedilme endişesi yaşamasına neden olabilmektedir. Belli bir süre sonra aile içinde yaşanan huzursuzluklar ve eşle olan uyuşmazlıklar boşanmalara neden olabilmektedir. Bu süreç ve getirdiği olumsuzluklar kadınların cinsel yaşam kalitelerinde önemli oranda bir düşüşe sebep olmaktadır (Gülsün, 2009).

İnsanların cinsel yaşam kalitelerini değerlendirirken göz önünde bulundurdıkları bazı faktörler vardır. Bunlardan ilki; fizyolojik açıdan bakıldığında üreme ve cinsel fonksiyonların bozulmasına neden olabilecek organik ve metabolik durumların bulunmamasıdır. Bu durumlardan biri, birkaçı ya da hepsi bulunduğunda kişi cinsel yaşam kalitesini düşük olarak tanımlayabilir. Bunlar; istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve ağrı gibi cinsel fonksiyonlarda bir bozulma olabilir. Bununla birlikte östrojen azlığı, testosteron düşüklüğü, yapısal-organsal bozukluklar gibi durumlar da nedeni oluşturabilir (Faubion ve Jordan, 2015). Bireylerin cinsel yaşam kalitelerini değerlendirirken, dikkat ettikleri ikinci bir unsur ise cinsel dürtülerini baskılayan tepkilerin olmamasıdır. KY olan kadınlar özellikle hastalığa alışma evresinde eşleri/partnerleri hatta diğer insanlarla problemler yaşayabilirler. Bu problemlerin kaynağı yeni alışmaya çalıştıkları bu adaptasyon evresinde normalleşmeye çalışma çabalarıdır. Kadınların bu evrede çevrelerindeki kişilerle ilişkisel problemler yaşamaları, onları toplumdan izole olmaya ve yalnızlaşmaya itebilir. Bu anlamda bakıldığında; KY olan kadınlarda cinsellikle ilgili yapısal-metabolik bir bozukluk varsa bunun tedavi edilmesi, kişinin cinsel yaşam kalitesini

yükseltir (Maseroli ve ark., 2016a). Bu kadınlarda ilişkisel faktörlerin düzeltilmesi, eşin/partnerin yaklaşımının daha anlayışlı, destekleyici olması kadının cinsel yaşam kalitesini de iyileştirir. Bununla birlikte KY olan kadınların adaptasyon sürecinde kendilerini toplumdan izole etmemeleri, kişiler arası ilişkilerini iyileştireceği için benlik saygısında ve özgüvende bir artışa neden olacaktır. Kişinin kendini iyi hissetmesi cinselliğini de olumlu yönde etkileyecektir. Kadında gelişen bu iyilik hali tüm hayatına yansıyacaktır (Faubion ve Jordan, 2015 ve Maseroli ve ark., 2016b).

1.2.2.12. Kalp Yetmezliği, Cinsellik ve Hemşirelik

KY olan kadınlarda cinsellik, yaşam kalitesini etkileyen bir faktördür (Maseroli ve ark., 2016b). Kronik bir hastalık olan KY, kadınların cinsel fonksiyonlarında değişikliklere neden olabilir. Bu değişikliklerin erkenden farkedilmesi ve çözüm için yollar belirlenmesi hastanın yaşam kalitesini korumak ve geliştirmek açısından gerekli ve önemlidir (Steinke, 2010). Bu evrede KY hastaları ile yakından ilgilenen hemşirelerin cinsel fonksiyon bozukluklarının ve cinsel yaşam kalitesi değişikliklerinin farkında olması ve bu değişiklikleri kayıt altına alması gerekmektedir. Bir sonraki evrede ise hemşire hastayı gözlemleyerek, açık uçlu sorular sorarak ve anlattıklarını dikkatle dinleyerek özellikle de KY'ne adaptasyon evresinde eşle/partnerle olan ilişkisel birtakım problemleri değerlendirmelidir. Hemşireler bu değerlendirmeler sonucunda, probleme yönelik planlamalar yapmalı ve uygulamalıdır. KY hemşireleri, KY hastalarına belirlenen protokole uygun olarak (kardiyak rehabilitasyon programı dahilinde) taburculuk esnasında ya da kontrol vizitlerinde (tercihen egzersiz önerileri verildikten hemen sonra) cinsellik eğitimi vermelidir. Ayrıca gerekli durumlarda hemşireler bireyi, eşi/partneri ile birlikte bir uzmana yönlendirmelidir. Bu açıdan bakıldığında; KY tanısı olan kadınlarda cinsel yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon bozukluğunun erken tanınması ve tedavisinde hemşirenin rolü oldukça önemlidir (Faubion ve Jordan, 2015 ve Jaarsma, 2002).

1.2.2.13. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; kalp yetmezliği tanısı olan kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunu, cinsel yaşam kalitesini değerlendirmek ve bunları etkileyen faktörleri belirlemektir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma tanımlayıcı türde yapıldı.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi Kalp Damar Hastanesi'nde yer alan kardiyoloji polikliniklerinde ve kliniklerinde yürütüldü. Ankara Şehir Hastanesi Kalp Damar Hastanesinde toplam altı kardiyoloji polikliniği ve beş kardiyoloji kliniği bulunmaktadır. İlgili hastanenin kardiyoloji polikliniklerinde toplam dört hemşire, üç profesör, dört uzman, altı asistan olmak üzere 13 doktor, iki sekreter, bir teknik destek elemanı ve dört de güvenlik personeli görev yapmaktadır. İlgili hastanenin kardiyoloji servislerinde ise gündüz üç, gece iki hemşire, gündüz iki, gece bir asistan, gündüz iki, gece bir temizlik personeli görev yapmaktadır. Polikliniklerin hizmet saatleri, 08:00-17:00 saatleri arasını kapsamaktadır. Polikliniklerde geniş bir dinlenme alanı mevcuttur. Ayrıca, derslik olarak da kullanılabilen bir odası bulunmaktadır. Polikliniklerde hemşireler muayene sırasında hastaya yardımcı olmakta ve hastane sistemine hasta kayıtlarını yapmaktadır. Kliniklerde hemşireler hastaların bakım ve tedavisini yürütmektedir. İlgili hastanede polikliniklerde ve servislerde hastalara cinsellikle ilgili yazılı ve sözlü bilgi verilmediği belirlenmiştir. Ayrıca hastalara ait hemşire gözlemlerinde ya da hasta öyküsünün alındığı belgelerde, cinselliğe dair herhangi bir sorunun yer almadığı saptandı.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 22 Aralık 2019 –22 Haziran 2020 tarihleri arasında hastaneye başvuran 2048 kadın oluşturdu. Evreni bilinen örneklem yöntemi kullanılarak yapılan örneklem hesabında %5 örneklem hatası %5 anlamlılık düzeyinde 324 hasta ile çalışılması gerektiği bulundu. Araştırma kapsamına alınan kadınların evreni temsil edebilmesi için en az 324 kadın alınması gerektiği bulundu. Çalışmada veri kayıpları da göze alındığında 324 kadının %10'u da örnekleme alınarak 356 kadının çalışmaya alınması planlandı. Bu örneklem hesabı doğrultusunda 356 kadın çalışmaya dâhil edildi.

2.4. Araştırma Soruları

- KY tanısı olan kadınlarda cinsel fonksiyon ölçeği puan ortalaması nedir?
- KY tanısı olan kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması nedir?
- KY tanısı olan kadınların cinsel fonksiyon bozukluğunu etkileyen faktörler nelerdir?
- KY tanısı olan kadınların cinsel yaşam kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?
- KY tanısı olan kadınlarda cinsel yaşam kalitesi ile cinsel disfonksiyon arasında ilişki var mıdır?
- KY tanısı olan kadınlarda cinsel disfonksiyon görülme oranı nedir?

2.5. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.
- Kalp yetmezliği tanısı olmak.

- T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi Kalp Damar Hastanesinde, kardiyoloji polikliniklerine ayaktan başvurmak veya kardiyoloji kliniklerinde yatarak tedavi almak.
- 18 yaş ve üzerinde olmak.
- Okuma yazma bilmek.
- İletişim problemi olmamak (konuşma, görme, işitme, mental problem, dil problemi v.b).

2.6. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya rızası olmamak.
- Kesinleşmiş bir kalp yetmezliği tanısı olmamak.
- 18 yaşından küçük olmak.
- İletişimle ilgili problemleri olmak.
- Kalp yetmezliği için, ilaçlı tedavi dışında bir tedavi almış olmak (kalp pili, kalp transplantasyonu, kardiyak resenkronizasyon tedavisi gibi).

2.7. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı değişkenler: Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) puan ortalaması ve Cinsel yaşam kalitesi- kadın ölçeği (CYKÖ-K) puan ortalaması.

Bağımsız değişkenler: Sosyodemografik özellikler (yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, eş çalışma durumu, gelir durumu, ekonomik durum, öğrenim durumu), klinik özellikler (sigara içme, alkol kullanma, beden kitle indeksi, egzersiz, ilaç kullanımı, eşlik eden kronik hastalık) cinsel sorunlar, kalp yetmezliğinin cinselliği etkileme durumu, kalp yetmezliğinin eşle olan ilişkileri etkileme durumu, cinsel yaşamdan memnun olma durumu, cinsel sağlık konusunda bilgi alma durumu.

2.8. Veri Toplama Araçları

2.8.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu

Bu form araştırmacılar tarafından literatür bilgileri (Apostolo ve ark., 2009; Hoekstra ve ark., 2012; Jaarsma, 2002; Levine ve ark., 2012; Steinke ve ark., 2009 ve Schwarz ve ark., 2008) doğrultusunda hazırlandı. Formda kadınların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, vb.) içeren 17 soru ve cinsel yaşamları ile ilgili bilgileri içeren (cinsel sorunlar, cinsel yaşamdan memnun olma durumu, cinsel sağlık konusunda bilgi alma durumu,v.b) 24 soru olmak üzere toplam 41 soru yer almaktadır (EK-2).

2.8.2. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi

Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ) 2000 yılında Rosen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2005 yılında Öksüz ve Malhan tarafından yapılmıştır. Ölçek on dokuz maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin arzu (1-2), uyarılma (3-6), lubrikasyon (7-10), orgazm (11-13), doyum (14-16) ve ağrı (17-19) olmak üzere 6 alt boyutu vardır. Bu ölçekte her bir başlık 0- 6 veya 1- 6 arasında puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 2 (en az) ile 36 (en fazla) arasındadır. KCFİ puanının 26.55 ve daha az olması cinsel disfonksiyon olduğunu göstermektedir (Wiegel ve ark., 2005). Puan artıkça, daha iyi cinsel fonksiyona işaret ederken, 0 puan son 4 haftadır cinsel aktivitede bulunulmadığını gösterir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0,95 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmada ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0,980 olarak hesaplandı ve yüksek derecede güvenilir olduğu bulundu (EK-3).

2.8.3. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın

Cinsel yaşam kalitesi- kadın ölçeği (CYKÖ-K), 2005 yılında Symonds ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Gölbaşı ve Tuğut tarafından ölçeğin geçerlik-güvenilirlik çalışması 2010 yılında yapılmıştır. On sekiz maddeden oluşan ölçek altılı likert tarzındadır (1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kısmen katılmıyorum, 5=Büyük ölçüde katılmıyorum, 6=Hiç katılmıyorum). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 18, en yüksek puan 108'dir. Ölçeğin 1, 5, 9, 13, 18 numaralı maddeleri ters kodlanmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde ölçekten alınan toplam puan 100'e dönüştürülmektedir. Toplam ölçek puanının 100'e dönüştürülmesi için; (ölçekten alınan ham puan-18) x 100/90 formülünün kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir. Ülkemizde yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfası 0.83' bulunmuştur. Bu araştırma ölçeğinin cronbach alfa katsayısı 0,819 olarak hesaplandı ve yüksek derecede güvenilir bulundu (EK-4).

2.9. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri 22 Aralık 2019 – 22 Haziran 2020 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi Kalp Damar Hastanesinde yer alan, kardiyoloji polikliniklerinde ve kliniklerinde toplandı. Araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 356 hasta çalışma kapsamına alındı. Veri toplama sürecinde katılımcıların rahat edebileceği ve mahremiyetlerinin korunacağı bir ortam sağlandı. Veriler servislerde tek kişilik odalarda kalan bireylerde odada sadece hasta varken, çift kişilik odalarda ise perde ve mesafe kuralına uyularak mahremiyet sağlandıktan sonra toplandı. Polikliniklerde veri toplama işlemi, poliklinikler içerisinde bulunan toplantı odasında sadece hasta ile görüşülerek gerçekleştirildi. Katılımcılara araştırmanın amacı açıklandı, araştırma hakkında bilgi verildi, sözlü ve yazılı aydınlatılmış onamları alındı (EK-1). Onamların alınmasının

ardından veri toplama formları katılımcılar tarafından dolduruldu. Veri toplama süreci her bir hasta için ortalama 20-25 dakika sürdü.

2.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri IBM SPSS Statistics 23 programına aktarılarak analiz edildi. Veriler değerlendirilirken nitel değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ($\text{ort} \pm \text{ss}$) kullanıldı. Yapılacak olan analizlere karar verebilmek için öncelikle tüm puanlara Kolmogorow Smirnov normallik testi ($n > 50$) uygulandı. Test sonucunda normallik varsayımının sağlanması ile parametrik testler kullanıldı. İki bağımsız grup arasında puan ortalamalarına göre farklılık olup olmadığı Bağımsız Örneklem T Testi ile incelendi. İki'den fazla bağımsız grup arasında puan ortalamalarına göre farklılık olup olmadığı Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiş olup hangi gruplar arasında farklılık olduğuna ise Tukey Testi ile bakıldı. Sayısal iki değişken arasında nedensel olmayan ilişkilerin derecesinin belirlenmesi için Pearson Korelasyon Katsayısı kullanıldı. Kadın cinsel fonksiyon sorunu olup olmama durumunu etkileyen faktörleri belirleyebilmek için enter yöntemi kullanılarak iki durumlu lojistik regresyon analizi uygulandı. Araştırmaya katılan kadınların cinsel yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon modeli kuruldu. Model, Enter Yöntemi ile test edildi. Çalışma kapsamında kullanılan ölçeklerin güvenirlik katsayısı Cronbach alfa katsayısı hesaplanarak belirlendi. 0,05'den küçük p değerleri analizlerde istatistiksel olarak önemli kabul edildi.

2.11. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Ankara Üniversitesi Etik kurulundan, etik kurul onayı (EK-5) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi Kalp Damar Hastanesinden yazılı kurum izni alındı (EK-6). Araştırmaya davet edilen kadınlara, çalışmanın amacı açıklanarak yazılı aydınlatılmış onamları alındı (EK-1). Araştırmada

kullanılan ölçekler için ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenirliği çalışmasını yapan kişilerden mail yoluyla izin alındı.

2.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın örneklemini, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Hastanesi kardiyoloji polikliniklerine başvuran ve kardiyoloji kliniklerinde yatarak tedavi alan, araştırmaya katılmayı kabul eden kadın KY hastaları oluşturdu. Bu çalışmanın sonucu sadece bu gruba genellenebilir.

3. BULGULAR

3.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımları

Araştırmaya katılan kadınların (n=356) sosyo-demografik özellikleri, sağlıklı yaşam davranışları ve cinsel yaşam ile ilgili bilgileri aşağıdaki tablolarda frekans ve yüzdelik değerleri ile sunulmuştur.

Çizelge 3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri.

	Kişi Sayısı (n=356)	Yüzde (%)
Yaş (Ort±SS)	57,45±11,592	
22-50 yaş	94	26,4
51-60 yaş	125	35,1
61 yaş ve üstü	137	38,5
Medeni Durum		
Evli	354	99,4
Bekar	2	0,6
Evlilik Şekli (n=354)		
Tanışarak	82	23,2
Görücü Usulü	272	76,8
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	330	92,7
Tam gün	20	5,6
Yarım gün/Belli saatlerde	6	1,7
Eş-Çalışma Durumu		
Evet	113	31,7
Çalışmıyor/Emekli	243	68,3
Ailenin Düzenli Bir Gelire Sahip Olma Durumu		
Evet	331	93,0
Hayır	25	7,0
Algılanan Aile Ekonomik Durumu		
Kötü	56	15,7
Orta	247	69,4
İyi	53	14,9
Öğrenim Durumu		
Okur Yazar Değil	62	17,4
Okur Yazar	23	6,5
İlkokul	207	58,1
Ortaokul	29	8,2
Lise	19	5,3
Üniversite	16	4,5
Eş-Öğrenim Durumu		
Okur Yazar Değil	16	4,5
Okur Yazar	11	3,1
İlkokul	192	53,9
Ortaokul	40	11,2

Çizelge 3.1. Devam. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri.

	Kişi Sayısı (n=356)	Yüzde (%)
Eş-Öğrenim Durumu		
Lise	63	17,7
Üniversite/Y.Lisans	34	9,6
Yaşanılan Yer		
Kent	297	83,4
Kır	59	16,6

Ort=Ortalama SS=Standart Sapma

Çizelge 3.1’de katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin dağılımları bulunmaktadır. Çizelge 3.1. incelendiğinde; araştırmaya katılan kadınların %38,5’i 61 yaş ve üstünde olup yaş ortalaması 57,45’tir (min-max=22-88). Kadınların %99,4’ü evli olup, %76,8’i görücü usulü ile evlenmiştir. Kadınların %58,1’i, eşlerinin ise %53,9’u ilkokul mezunudur ve kadınların %83,4’ü kentte yaşamaktadır. Kadınların %92,7’si, eşlerinin ise %68,3’ü şu anda aktif olarak çalışmamaktadır. Kadınların %93,0’ü yaşadığı ailenin düzenli bir gelirinin olduğunu bildirmiş, %69,4’ü ailelerinin ekonomik durumunu orta, %14,9’u ise iyi olarak ifade etmiştir.

Çizelge 3.2. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Davranışlarına Göre Dağılımı.

	Kişi Sayısı (n=356)	Yüzde (%)
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	49	13,8
Hayır	307	86,2
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	4	1,1
Hayır	352	98,9
Boy (Ort±SS)	1,60±0,058	
Kilo (Ort±SS)	79,07±16,715	
BKİ		
Zayıf	2	0,6
Normal Kilolu	50	14,0
Fazla Kilolu	119	33,4
1. Derece Obez	107	30,1
2. Derece Obez	55	15,4
3. Derece Obez	23	6,5
Egzersiz Yapma Durumu		
Evet	82	23,0
Hayır	274	77,0

BKİ=Beden Kitle İndeksi

Çizelge 3.2’de katılımcıların sağlıklı yaşam davranışlarına göre dağılımı yer almaktadır. Çizelge 3.2. incelendiğinde; katılımcıların %86,2’si sigara, %98,9’u ise alkol kullanmamaktadır. Katılımcıların boy ortalaması 1,60±0,058, kilo ortalaması 79,07±16,715 olup %33,4’ü fazla kilolu, %30,1’i birinci derece obezdir, %77,0’si ise düzenli egzersiz yapmamaktadır.

Çizelge 3.3. Katılımcıların Eşlik Eden Kronik Hastalığa Sahip Olma ve Menopoza Girme Durumuna Göre Dağılımı.

	Kişi Sayısı (n=356)	Yüzde (%)
KY’ye Eşlik Eden Kronik Hastalık Durumu		
Evet	270	75,8
Hayır	86	24,2
DM		
Var	144	53,3
Yok	126	46,7
HT		
Var	214	79,3
Yok	56	20,7
HL		
Var	119	44,1
Yok	151	55,9
HL ve HT		
İki hastalıkta birlikte var	103	38,1
Yok	167	61,9
DM, HT ve HL		
Üç hastalıkta birlikte var	71	26,3
Yok	199	73,7
Hipotiroidi		
Var	59	21,9
Yok	211	78,1
KOAH		
Var	17	5,6
Yok	253	94,4
Astım		
Var	72	26,4
Yok	198	73,6
Renal Hastalıklar (ABH ABY_KBH KBY)		
Var	34	12,6
Yok	236	87,4
Menopoza Girme Durumu		
Evet	285	80,0
Hayır	71	20,0

KOAH=Kronik Obstrüktif Akciğer hastalığı ABH=Akut Böbrek Hastalığı ABY=Akut Böbrek Yetmezliği

KBH=Kronik Böbrek Hastalığı KBY=Kronik Böbrek Yetmezliği

Çizelge 3.3’de katılımcıların KY tanısına eşlik eden kronik hastalığa sahip olma ve menopoza girme durumlarına göre dağılımları yer almaktadır. Çizelge 3.3 incelendiğinde; kadınların %75,8’inin KY dışında başka bir kronik hastalığı bulunmaktadır. KY dışında ek bir hastalığı olan kadınların; %79,3’ünde HT, %53,3’ünde DM, %44,1’inde HL, %26,4’ünde astım, %21,9’unda hipotiroidi, %12,6’sında renal hastalıklar, %5,6’sında kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) vardır. Katılımcıların %80,0’i menopoza girmiştir.

Çizelge 3.4. Katılımcıların İlaç Kullanma Durumu ve Kullandıkları İlaçlara Göre Dağılımı.

	Kişi Sayısı (n=356)	Yüzde (%)
İlaç Kullanma Durumu		
Evet	351	98,6
Hayır	5	1,4
Kullanılan İlaç Türleri ve Grupları		
Beta blokerler (n=351)		
Var	279	79,5
Yok	72	20,5
Beta blokerler/ 1.kuşak (n=279)		
Propranolol	4	1,4
Yok	275	98,6
Beta blokerler/ 2.kuşak (n=279)		
Metoprolol	203	72,8
Bisoprolol	28	10,0
Yok	48	17,2
Beta blokerler/ 3.kuşak (n=279)		
Karvedilol	27	9,7
Nebivolol	21	7,5
Yok	231	82,8
Diüretikler (n=351)		
Var	220	62,7
Yok	131	37,3
Diüretikler/Loop Grubu (n=220)		
Var	129	58,6
Yok	91	41,4
Diüretikler/ Tiazid Grubu (n=220)		
Var	128	58,0
Yok	92	42,0
Diüretikler/Potasyum Tutucular (n=220)		
Var	74	33,6
Yok	146	66,4
Antikoagülanlar-Antiagreganlar (n=351)		
Var	259	73,8
Yok	92	26,2
Antilipidemikler (n=351)		
Var	117	33,3
Yok	234	66,7

Çizelge 3.4. Devam. Katılımcıların İlaç Kullanma Durumu ve Kullandıkları İlaçlara Göre Dağılımı.

	Kişi Sayısı (n=356)	Yüzde (%)
Antilipidemikler/ Statin İçeren (n=117)		
Var	112	95,7
Yok	5	4,3
Antilipidemikler/ Nonstatinler (n=117)		
Var	5	4,3
Yok	112	95,7
Digoxin (n=351)		
Var	19	5,4
Yok	332	94,6
ACEI (n=351)		
Var	117	33,3
Yok	234	66,7
ARB (n=351)		
Var	108	30,8
Yok	243	69,2
Kombine Antihipertansifler (N=351)		
Var	124	35,3
Yok	227	64,7
Diğer Antihipertansifler (n=351)		
Alfa blokerler	13	3,7
Aldosteron antagonisti (Eplerenon)	2	0,6
Yok	336	95,7
CCB (n=351)		
Var	91	25,9
Yok	260	74,1
Antidepresanlar (n=351)		
Var	38	10,8
Yok	313	89,2
Oral Antidiabetikler (n=351)		
Var	87	24,8
Yok	264	75,2
İnsülin (n=351)		
Var	44	12,5
Yok	307	87,5
Levotiroksin (n=351)		
Var	37	10,5
Yok	314	89,5

ACEI= Angiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri ARB= Angiotensin II Reseptör Blokerleri

CCB= Kalsiyum Kanal Blokerleri

Kombine Antihipertansifler= (ACEI+indapamid, ARB+hidroklorotiazid veya potasyum tutucu diüretikler, β bloker+ tiyazid diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri + ACEI, kalsiyum kanal blokerleri +ACEI +indapamid)

Çizelge 3.4’te katılımcıların ilaç kullanma durumu ve kullandıkları ilaçlara göre dağılımları yer almaktadır. Kadınların %98,6’sının düzenli olarak kullandığı bir ilaç vardır. Düzenli olarak ilaç kullanan kadınların %95,7’si statin, %79,5’i β bloker

kullanmaktadır. β bloker kullanan kadınların %72,8'i ikinci kuşak metoprolol ve %10,0'ı bisoprolol, %9,7'si üçüncü kuşak karvedilol ve %7,5'i nebivolol, %1,4'ü birinci kuşak propranolol kullanmaktadır. İlaç kullanan kadınların %73,8'i antikoagülanlar-antiagreganlar, %62,7'si diüretik almakta, diüretik kullananların ise %58,6'sı loop, %58'i tiazid, %33,6'sı potasyum tutucu diüretik kullanmaktadır. İlaç kullanan kadınların, %35,3'ü kombine antihipertansif, %33,3'ü Angiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörü (ACEI), %30,8'i Angiotensin II Reseptör Blokeri (ARB), %25,9'u Kalsiyum Kanal Blokerleri (CCB), %24,8'i oral antidiabetik, %12,5'i insülin, %10,8'i antidepresan, %10,5'i levotiroksin kullanmakta; %5,4'ü digoxin, %3,7'si diğer antihipertansif grubundan alfa (α) blokerleri ve %0,6'sı aldosteron antagonisti olan eplerenone'u kullanmaktadır.

Çizelge 3.5. Katılımcıların Kalp Yetmezliği Semptomlarının Günlük Yaşamlarını Olumsuz Etkileme Durumuna Göre Dağılımı.

KY Semptomları	Kişi Sayısı (n=356)	Yüzde (%)
Ödem		
Evet	122	34,3
Hayır	234	65,7
Halsizlik		
Evet	109	30,6
Hayır	247	69,4
Gece İdrara Çıkma		
Evet	126	35,2
Hayır	230	64,8
İştahsızlık		
Evet	31	8,2
Hayır	325	91,8
Nefes darlığı		
Evet	180	50,6
Hayır	176	49,4
İstenmeyen Kilo Kaybı		
Evet	14	3,9
Hayır	342	96,1

Çizelge 3.5'de katılımcılarda mevcut olan KY semptomlarının günlük yaşamlarını olumsuz etkileme durumuna göre dağılımlarına yer verilmiştir. Çizelge

3.5 incelendiğinde; kadınların %50,6'sı nefes darlığı, %35,2'si gece idrara çıkma, %34,3'ü ödem, %30,6'sı halsizlik, %8,2'si iştahsızlık, %3,9'u istenmeyen kilo kaybı semptomlarının günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken onları rahatsız ettiğini ifade etmişlerdir.

Çizelge 3.6. Katılımcıların Cinsel Yaşamlarına Ait Bilgilerinin Dağılımı.

Cinsel Yaşamla İlgili Bilgiler	Kişi Sayısı (n=356)	Yüzde (%)
KY tanısı öncesi cinsel yaşamında sorun bulunma		
Evet	76	21,3
Hayır	280	78,7
KY'nin cinsel yaşamı etkileme durumu		
Olumsuz etkiledi	150	42,1
Etkilemedi	206	57,6
Cinselliğin şu anda yaşamlarında önemli bir rolü olduğuna inanma durumu		
İnanıyor	136	38,2
İnanmıyor	220	61,8
KY tedavisinde kullanılan ilaçların cinsel yaşamı etkilediğini düşünme		
Evet	94	26,4
Hayır	262	73,6
KY için kullanılan ilaç tedavisinde, cinsel yaşamı olumsuz etkilediği düşünüldüğü için doz atlama ya da tamamen bırakma gibi davranışlarda bulunma		
Evet	21	5,9
Hayır	335	94,1
Cinsel istek ve gücü artırdığı düşünülen bir ilaç, bitki ya da takviye gıda kullanılma		
Evet	1	0,3
Hayır	355	99,7
KY tanısı sonrası, cinsel ilişki sırasında ölmekten korkma		
Evet	104	29,2
Hayır	252	70,8
KY tanısı sonrası aile içi rol ve sorumluluk dağılımında değişiklik yaşama		
Evet	92	25,8
Hayır	264	74,2
KY nedeniyle aile içi rol ve sorumluluk dağılımındaki değişimin cinsel yaşamı etkileme durumu (n=92)		
Olumsuz etkiledi	25	27,2
Etkilemedi	54	58,7
KY tanısı sonrası eş ya da partnerde aşırı koruma davranışı gelişmesi		
Evet	169	47,5
Hayır	187	52,5
Aşırı koruma davranışının cinsel yaşamı etkileme durumu (n=169)		
Olumlu etkiledi	30	17,8
Olumsuz etkiledi	20	11,8
Etkilemedi	119	70,4

Çizelge 3.6. Devam. Katılımcıların Cinsel Yaşamlarına Ait Bilgilerinin Dağılımı.

Cinsel Yaşamla İlgili Bilgiler	Kişi Sayısı (n=356)	Yüzde (%)
KY için verilen dietin çiftin ilişkisini etkileme durumu		
Olumlu etkiledi	2	0,6
Olumsuz etkiledi	36	10,1
Etkilemedi	318	89,3
Kadının KY'ne alışma sürecinin cinsel yaşamı etkileme durumu		
Olumlu etkiledi	2	0,6
Olumsuz etkiledi	110	30,9
Etkilemedi	244	68,5
Kadının KY nedeniyle cinsel problemleri olmasına eşinin/partnerinin yaklaşım durumu		
Olumlu/Destekleyici /Anlayışlı	261	75,3
Olumsuz /Agresif	92	24,7
KY tanısı sonrası sosyal izolasyon gelişmesi durumu		
Evet	140	39,3
Hayır	216	60,7
Sosyal izolasyonun cinsel yaşamı etkileme durumu (n=140)		
Olumsuz etkiledi	58	41,4
Etkilemedi	82	58,6

Çizelge 3.6'da katılımcıların cinsel yaşamlarına ait bilgilerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların %78,7'si KY tanısı almadan önce cinsel yaşamlarında herhangi bir problem olmadığını bildirmiştir. Kadınların %57,6'sı KY'nin cinsel yaşamını etkilemediğini, %42,1 ise olumsuz etkilediğini bildirmiştir. Kadınların %61,8'i cinselliğin yaşamlarında önemli bir role sahip olmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların, %26,4'ü KY için kullandığı ilaçlardan bir ya da birkaçının cinsel yaşamını etkilediğini düşündüğünü, %5,9'u ise KY için kullandığı ilaçların, cinsel yaşamını olumsuz etkilediğini düşündüğü için doz atlama ya da tamamen bırakma gibi davranışlarda bulunduğunu ifade etmiştir. Kadınların neredeyse tamamı (%99,7) cinsel istek ve gücünü artırmak için bir ilaç, bitki ya da takviye gıda kullanmadığını bildirmiştir.

Kadınların %29,2'si cinsel ilişki sırasında ölmekten korktuğunu ifade etmiştir. Kadınların %25,8'i KY tanısı aldıktan sonra aile içi rol ve sorumluluklarının dağılımında bir değişiklik olduğunu belirtmiştir. Aile içi rol ve sorumluluklarının dağılımında değişiklik olan kadınların %58,7'si ise cinsel yaşamlarının etkilenmediğini belirtmiştir. Kadınların %47,5'u eşlerinin/partnerlerinin KY tanısı sonrası aşırı bir koruma davranışı geliştirdiklerini ifade etmişlerdir. Çizelgede

verilmemekle birlikte kadınların %67,5'i bu durumda kendini değerli hissettiğini, %17,8'i yarımsız, kendi başına bir şey yapamaz (işe yaramaz) hissettiğini, %14,8'i ise hiçbir şey hissetmediğini ifade etmiştir. Aşırı koruma davranışı kadınların %70,4'ünün cinsel yaşamında değişikliğe neden olmamıştır (Çizelge 3.6).

Katılımcıların %10'unu KY tanısı aldıktan sonra uyması gereken diyet değişikliklerinin eşiyle/partneriyle olan ilişkisini etkilediğini belirtmiştir. Katılımcıların %30,9'u KY'ne alışma sürecinin cinsel yaşamını etkilediğini bildirmiştir. Kadınların %75,3'ü KY nedeniyle cinsel problemlerinin olmasına eşlerinin anlayışlı / destekleyici davrandığını bildirmiştir. Katılımcıların %39,3'ü KY tanısının sosyal izolasyona (toplumdan kendini ayırma) neden olduğunu ifade etmiştir. KY 'nin sosyal izolasyona neden olduğunu ifade eden kadınların %41,4'ü ise sosyal izolasyonun cinsel hayatını olumsuz etkilediğini ifade etmiştir (Çizelge 3.6).

Çizelge 3.7. Katılımcıların Cinsellikle İlgili Bilgi Alma, Bilgi İsteme Durumu ve Bilgi Almak İstedikleri Konuların Dağılımları.

	Kişi Sayısı (n=356)	Yüzde (%)
KY olan kadınların sağlık personeli ile cinsel yaşamlarına dair konuşma durumu		
Evet	69	19,4
Hayır	287	80,6
KY olan kadınların sağlık personeli ile cinsellik konuşurken utanma durumu		
Evet	156	43,8
Hayır	200	56,2
Sağlık personelinin cinsellik ile ilgili konuşarak utandırma korkusu		
Evet	107	30,1
Hayır	249	69,9
Sağlık personeli tarafından cinsel yaşam konusunda bilgi alma durumu		
Evet	7	2,0
Hayır	349	98,0
Sağlık personeli tarafından cinsellikle ilgili bilgi almayı isteme durumu		
Evet	69	19,4
Hayır	287	80,6
Bilgi Almak İstenilen Konular;		
Genel cinsel yaşam (KY fizyopatolojisi, cinsel aktivitenin fizyolojik etkileri, KY'nin psikolojik etkileri)		
Var	33	47,8
Yok	36	52,2

Çizelge 3.7. Devam. Katılımcıların Cinsellikle İlgili Bilgi Alma, Bilgi İsteme Durumu ve Bilgi Almak İstedikleri Konuların Dağılımları.

	Kişi Sayısı (n=356)	Yüzde (%)
Cinsel İstek		
Var	15	21,7
Yok	54	78,3
Uyarılma		
Var	3	4,3
Yok	66	95,7
Orgazm		
Var	5	7,2
Yok	64	92,8
Cinsel İlişkide Ağrı		
Var	7	10,1
Yok	62	89,9
İlaçların Cinsel Yaşama Etkileri		
Var	12	17,4
Yok	57	82,6
Cinsel Aktivitenin KY Semptomlarını (dispne, taşikardi, yorgunluk) Tetikleme Durumu		
Var	13	18,8
Yok	56	81,2
Cinsellikle ilgili endişeleri konuşamamanın ve bilgilendirilmemenin korku ve kaygı yaratma durumu		
Evet	51	14,3
Hayır	305	85,7

Çizelge 3.7’de katılımcıların cinsellikle ilgili bilgi alma, bilgi isteme durumu ve bilgi almak istedikleri konuların dağılımlarına yer verilmiştir. Çizelge 3.7 incelendiğinde; kadınların %80,6’sının cinsel yaşamı ile ilgili sağlık personeli ile hiç konuşmadığı belirlenmiştir Katılımcıların %43,8’i cinsel yaşamıyla ilgili sorunlarını sağlık personeli ile konuşurken utandığını, %30,1’i ise cinsel yaşamı ile ilgili soru sorduğunda sağlık personellerini utandırmaktan çekindiğini bildirmiştir. Kadınların %98’inin cinsel yaşam konusunda sağlık personelinin bilgi almadığı, %80,6’sının ise bilgi almak istemediği tespit edilmiştir. Bilgilendirilmek isteyen kadınların %47,8’i genel olarak cinsel yaşam (KY fizyopatolojisi, cinsel aktivitenin fizyolojik sonuçları, KY’nin psikolojik etkileri), %21,7’si cinsel istek, %18,8’i cinsel aktivitenin KY semptomlarını tetikleyip tetiklemediği, cinsel aktivite sırasında ölüm olabilme riski ve bu hastalıkla cinsel ilişkiye girip giremeyeceği, %17,4’ü ilaçların cinsel yaşamı nasıl etkilediği, %10,1’i cinsel ilişki sırasında ağrı, %7,2’si orgazm, %4,3’ü uyarılma

konularında bilgi almak istemektedir. Kadınların %14,3'ü cinsel yaşam ile ilgili bilgilendirilmemenin, soru ve sorunlarını konuşamamanın kendisinde endişe ya da üzüntü yarattığını belirtmiştir.

3.2. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın ve Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ile İlgili Tanımlayıcı İstatistikler

Çizelge 3.8. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın ve Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puan Ortalamaları ve Standart Sapmaları.

	Ort±SS	Min-Maks
Cinsel Yaşam Kalitesi-Kadın Puanı	75,49±19,378	21-108
Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanı	13,64±10,956	2-35
<u>Alt Boyutlar</u>		
Cinsel İstek	3,41±1,962	2-10
Cinsel Uyarılma	8,78±8,959	0-30
Lubrikasyon	3,69±4,084	0-10
Orgazm	5,31±5,508	0-15
Memnuniyet	7,02±5,013	2-15
Ağrı	7,30±6,877	0-15
Kadın Cinsel Fonksiyon Sorunu	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Yok (>26,55)	54	15,2
Var (≤26,55)	302	84,8

Min=Minimum Maks=Maksimum
Ort=Ortalama SS=Standart Sapma

Çizelge 3.8'de CYKÖ-K ölçeği ve KCFİ puan ortalamaları ve standart sapmaları verilmiştir. Çizelge 3.8 incelendiğinde, araştırmaya katılan kadınların CYKÖ-K toplam puan ortalaması 75,49±19,378'dir. Kadınların KCFİ toplam puan ortalaması 13,64±10,956 olup insel istek alt boyutunun ortalaması 3,41±1,962, lubrikasyon alt boyutunun ortalaması 3,69±4,084, orgazm alt boyutunun ortalaması 5,31±5,508, memnuniyet alt boyutunun ortalaması 7,02±5,013, ağrı alt boyutunun ortalaması 7,30±6,877, cinsel uyarılma alt boyutunun ortalaması ise 8,78±8,959'dir.

Ölçekten 26,55 puan üzerinde alanlar CD'si yok, 26,55 ve altı puan alanlar ise CD'si var olarak değerlendirilmektedir. Bu kapsamda kadınların %84,8'inin CD'si olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 3.9. Katılımcıların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Puanı, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı.

	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği						
Sosyo-Demografik Özellikler	Toplam Puan (X±SS)	Toplam Puan (X±SS)	Cinsel İstek (X±SS)	Cinsel Uyarılma (X±SS)	Lubrikasyon (X±SS)	Orgazm (X±SS)	Memnuniyet (X±SS)	Ağrı (X±SS)
Yaş								
a) 22-50 yaş	75,87± 20,542	21,26± 9,269	4,63± 2,190	15,16± 8,148	6,46± 3,744	9,02± 4,797	10,24± 4,322	10,72± 5,498
b) 51-60 yaş	72,45± 20,317	15,52± 10,074	3,52± 1,873	9,94± 8,169	4,39± 4,058	6,02± 5,223	7,74± 4,715	9,00± 6,561
c) 61 yaş ve üstü	78,01± 17,326	6,69± 8,370	2,47± 1,278	3,34± 6,635	1,15± 2,585	2,12± 4,287	4,15± 4,070	3,40± 6,122
p (F)	0,065	0,000*** Fark;a-b-c	0,000*** Fark;a-b-c	0,000*** Fark;a-b-c	0,000*** Fark;a-b-c	0,000*** Fark;a-b-c	0,000*** Fark; a-b-c	0,000*** Fark;a-b-c
Evlilik Şekli								
Tanışarak	81,16± 18,427	15,70± 11,287	3,82± 2,267	10,73± 9,517	4,28± 4,08	6,26± 5,693	7,83± 5,115	8,18± 6,665
Görücü Usulü	73,84± 19,388	13,07± 10,821	3,28± 1,851	8,25± 8,721	3,54± 4,08	5,07± 5,433	6,76± 4,982	7,09± 6,929
p (t)	0,003**	0,057	0,051	0,028*	0,149	0,087	0,093	0,207
Çalışma Durumu								
Hayır	75,17± 19,384	13,24± 10,822	3,33± 1,915	8,40± 8,797	3,52± 4,042	5,09± 5,438	6,88± 5,001	7,19± 6,921
Evet	79,65± 19,179	18,71± 11,588	4,38± 2,299	13,62± 9,741	5,77± 4,121	8,19± 5,692	8,77± 4,926	8,69± 6,253
p (t)	0,256	0,014*	0,008**	0,004**	0,007**	0,006**	0,064	0,284
Eş Çalışma Durumu								
Evet	76,19± 19,119	19,15± 10,454	4,35± 2,208	13,35± 8,875	5,69± 4,051	7,95± 5,251	9,45± 4,664	9,67± 6,021
Emekli	75,17± 19,527	11,07± 10,231	2,97± 1,666	6,65± 8,183	2,76± 3,760	4,09± 5,197	5,88± 4,769	6,20± 6,982
p (t)	0,643	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

(t)=Bağımsız Gruplarda Örneklem T Testi

(F)=Tek Yönlü Varyans Analizi Gruplararası Fark=Tukey Testi p=Anlamlılık Düzeyi

Çizelge 3.9. Devam. Katılımcıların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Puanı, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı.

	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği						
Sosyo-Demografik Özellikler	Toplam Puan (X±SS)	Toplam Puan (X±SS)	Cinsel İstek (X±SS)	Cinsel Uyarılma (X±SS)	Lubrikasyon (X±SS)	Orgazm (X±SS)	Memnuniyet (X±SS)	Ağrı (X±SS)
Ailenin Düzenli Bir Gelire Sahip Olma Durumu								
Evet	76,19±19,21	13,63±10,937	3,37±1,937	8,84±8,990	3,69±4,088	5,33±5,510	6,98±5,017	7,31±6,862
Hayır	66,32±19,64	13,73±11,425	3,96±2,226	8,00±8,670	3,60±4,123	5,08±5,597	7,44±5,042	7,16±7,221
p (t)	0,014*	0,966	0,144	0,653	0,911	0,826	0,662	0,916
Algılanan Aile Ekonomik Durumu								
a) Kötü	71,59±18,586	11,61±11,261	3,20±1,843	7,30±9,029	3,00±3,950	4,21±5,277	6,34±5,157	5,95±7,054
b) Orta	76,20±19,173	13,51±10,873	3,40±1,967	8,55±8,810	3,72±4,115	5,22±5,459	6,90±4,961	7,34±6,906
c) İyi	76,34±20,963	16,39±10,665	3,64±2,067	11,42±9,208	4,26±4,053	6,92±5,717	8,28±4,978	8,55±6,408
p (F)	0,260	0,070	0,497	0,043* Fark;a-c	0,265	0,032* Fark;a-c	0,103	0,141
Öğrenim Durumu								
a) Okur yazar değil/Okur yazar	75,39±20,620	9,41±10,133	2,64±1,654	5,49±8,031	2,11±3,416	3,18±4,799	5,60±5,057	5,11±6,877
b) İlkokul	73,42±19,007	14,56±10,562	3,52±1,913	9,31±8,503	4,00±4,068	5,76±5,401	7,32±4,902	8,04±6,745
c) Ortaokul ve üstü	82,34±17,488	16,27±11,866	4,08±2,184	11,41±10,360	4,77±4,410	6,72±6,004	7,91±5,010	7,81±6,791
p (F)	0,005** Fark;b-c	0,000*** Fark;a-b,c	0,000*** Fark; a-b,c	0,000*** Fark; a-b,c	0,000*** Fark; a-b,c	0,000*** Fark;a-b,c	0,008** Fark; a-b,c	0,003** Fark; a-b,c
Eş Öğrenim Durumu								
a) Okur yazar değil/Okur yazar	70,19±19,908	6,11±8,411	2,81±1,618	3,19±7,174	1,07±2,526	1,41±3,285	3,89±4,145	2,56±5,508
b) İlkokul	74,47±19,38	13,15±10,533	3,13±1,810	8,14±8,258	3,47±3,942	5,08±5,336	7,02±5,068	7,38±6,883
c) Ortaokul ve üstü	77,97±19,07	15,80±11,298	3,91±2,123	10,77±9,648	4,51±4,289	6,42±5,729	7,64±4,890	8,12±6,780
p (F)	0,091	0,000*** Fark; a-b,c	0,000*** Fark;c-a,b	0,000*** Fark;a-b-c	0,000*** Fark; a-b,c	0,000*** Fark;a-b,c	0,002** Fark; a-b,c	0,001** Fark; a-b,c
Yaşanılan Yer								
Kent	76,11±19,567	14,54±10,933	3,50±2,002	9,53±9,014	3,95±4,070	5,76±5,517	7,40±4,989	7,82±6,807
Kır	72,39±18,236	9,08±9,966	2,93±1,680	5,00±7,692	2,36±3,925	3,05±4,911	5,07±4,705	4,68±6,684
p (t)	0,178	0,000***	0,024*	0,000***	0,006**	0,000***	0,001**	0,001**

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

(t)=Bağımsız Gruplarda T Testi

(F)=Tek Yönlü Varyans Analizi Gruplararası Fark=Tukey Testi p=Anlamlılık Düzeyi

Çizelge 3.9’da kadınların, CYKÖ-K puanlarının, KCFİ ve alt boyut puanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Çizelge 3.9 incelendiğinde, CYKÖ-K toplam puan ortalaması açısından yaş grupları arasında, önemli bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$); KCFİ ölçeği ve alt ölçek boyutlarının puan ortalamalarına göre önemli farklılık olup ($p<0,001$) yaş arttıkça kadın KCFİ ölçeği genel puanı ve alt boyut puan ortalamaları azalmaktadır.

Tanışarak evlenenler ile görücü usulü ile evlenenler arasında CYKÖ-K toplam puan ortalaması ($p<0,01$) ve cinsel uyarılma alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu anlamda; tanışarak evlenenlerin CYKÖ-K toplam puan ortalaması ve cinsel uyarılma alt boyutu puan ortalaması, görücü usulü ile evlenenlerin puan ortalamasından istatistiksel olarak önemli derecede daha yüksektir (Çizelge 3.9).

Kadınların çalışma durumlarına göre CYKÖ-K puan ortalamasına baktığımızda istatistiki olarak önemli bir fark bulunmazken ($p>0,05$) KCFİ toplam puanı ve cinsel istek, cinsel uyarılma, lubrikasyon, orgazm alt boyutlarının puan ortalamalarına göre istatistiki olarak önemli fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).bu anlamda; çalışmayan kadınların KCFİ ölçek toplam puanı, cinsel istek, cinsel uyarılma, lubrikasyon ve orgazm alt boyut puan ortalamaları, çalışan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak önemli derecede düşüktür (Çizelge 3.9).

Eşin aktif çalışma ve çalışmama/emekli olma durumları ile CYKÖ-K toplam puan ortalaması arasında istatistiki olarak önemli bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$) KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiki olarak önemlidir ($p<0,05$). Buna göre; eşi aktif olarak çalışan kadınların KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları, eşi çalışmayan/emekli olan kadınların puan ortalamalarından daha yüksektir (Çizelge 3.9).

Düzenli bir aile gelire sahip olanlar ile olmayanlar arasında CYKÖ-K toplam puan ortalamasına göre istatistiki olarak önemli bir farklılık varken ($p < 0,05$), KCFİ ölçek genel puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları açısından fark önemsizdir ($p > 0,05$). Buna göre; aileleri düzenli bir gelire sahip olan kadınların CYKÖ-K toplam puan ortalaması, olmayan kadınların puan ortalamasından daha yüksektir (Çizelge 3.9).

Kadınların ekonomik durumuna göre CYKÖ-K toplam puan ortalaması açısından istatistiki olarak önemli bir fark bulunmazken ($p > 0,05$), uyarılma ve orgazm alt boyut puan ortalamaları açısından fark istatistiki olarak önemlidir ($p < 0,05$). Buna göre, ekonomik durumunu kötü olarak algılayan kadınların cinsel uyarılma ve orgazm puan ortalamaları, ekonomik durumunu iyi olarak algılayan kadınların puan ortalamalarından daha düşüktür (Çizelge 3.9).

Kadınların öğrenim durumlarına göre CYKÖ-K toplam puan ortalaması, KCFİ genel puanı ve alt boyutlarının puan ortalamaları açısından fark istatistiksel olarak önemlidir ($p < 0,01$). İlkokul mezunu olan kadınların CYKÖ toplam puan ortalaması, ortaokul ve üstü mezunu olan kadınların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük; okur yazar olmayan ya da sadece okur yazar olan kadınların ise KCFİ toplam puanı ve alt boyutlarının puan ortalamaları ilkök, ortaokul ve üstü mezunu olan kadınların puan ortalamasından daha düşüktür (Çizelge 3.9).

Kadınların eşlerinin öğrenim durumlarına göre CYKÖ-K toplam puan ortalaması açısından istatistiki olarak önemli bir fark bulunmazken ($p > 0,05$) KCFİ toplam puanı ve alt boyutlarının puan ortalamaları açısından fark istatistiki olarak önemlidir ($p < 0,01$). Buna göre, eşi okur yazar olmayan ya da sadece okur yazar olan kadınların, KCFİ toplam puanı ve alt boyutlarından istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrı puan ortalamaları, eşi ilkök, ortaokul ve üstü mezunu olan kadınların puan ortalamalarından daha düşüktür (Çizelge 3.9).

Kentte yaşayan kadınlar ile kırdaki yaşayan kadınların CYKÖ-K toplam puan ortalamaları açısından istatistiki olarak önemli bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$), KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları açısından fark istatistiki olarak önemlidir ($p<0,05$). Buna göre; kentte yaşayan kadınların KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyutlarının puan ortalamaları, kırdaki yaşayan kadınların puan ortalamalarından daha yüksektir (Çizelge 3.9).

Çizelge 3.10. Katılımcıların, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Puanı, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Sağlıklı Yaşam Davranışlarına Göre Dağılımı.

	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği						
	Toplam Puan (X±SS)	Toplam Puan (X±SS)	Cinsel İstek (X±SS)	Cinsel Uyarılma (X±SS)	Lubrikasyon (X±SS)	Orgazm (X±SS)	Memnuniyet (X±SS)	Ağrı (X±SS)
Sigara Kullanma Durumu								
Evet	75,80± 20,945	14,82± 11,073	3,61± 1,777	10,02± 9,578	4,67± 4,437	5,92± 5,671	7,27± 4,773	7,43± 6,705
Hayır	75,45± 19,152	13,45± 10,943	3,37± 1,990	8,58± 8,856	3,53± 4,011	5,22± 5,485	6,98± 5,056	7,28± 6,915
p (t)	0,907	0,416	0,432	0,297	0,069	0,409	0,709	0,889
BKİ								
Zayıf/Normal Kilolu	77,29± 19,386	14,75± 11,639	4,00± 2,351	10,04± 9,965	3,50± 3,923	5,63± 5,702	7,62± 5,355	7,46± 7,042
Fazla Kilolu	74,81± 18,120	14,04± 10,930	3,27± 1,854	9,20± 8,968	4,16± 4,292	5,59± 5,509	6,89± 4,912	7,71± 6,872
1. Derece Obez	77,49± 19,019	13,25± 11,052	3,56± 2,024	8,22± 8,712	3,46± 4,055	5,29± 5,566	7,05± 5,116	6,68± 6,761
2. Derece Obez	74,36± 21,291	12,48± 10,708	3,05± 1,704	8,04± 8,796	3,44± 3,929	4,55± 5,270	6,44± 4,830	7,04± 6,939
3. Derece Obez	68,43± 22,057	13,60± 10,209	2,91± 1,535	8,09± 8,355	3,35± 3,973	5,13± 5,643	7,57± 4,907	8,35± 7,240
p (F)	0,292	0,838	0,055	0,698	0,664	0,816	0,768	0,752
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu								
Evet	77,15± 19,442	14,30± 12,058	3,67± 2,239	9,52± 10,038	4,01± 4,407	5,99± 6,145	7,21± 5,270	6,89± 6,948
Hayır	75,00± 19,367	13,44± 10,619	3,33± 1,868	8,55± 8,617	3,59± 3,986	5,11± 5,298	6,96± 4,942	7,42± 6,864
p (t)	0,380	0,563	0,210	0,430	0,414	0,208	0,695	0,539

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

BKİ=Beden Kitle İndeksi

(t)=Bağımsız Gruplarda T Testi

(F)=Tek Yönlü Varyans Analizi

Gruplar arası Fark=Tukey Testi

p=Anlamlılık Düzeyi

Çizelge 3.10’da kadınların, CYKÖ-K puanı, KCFİ ölçeği puanı ve ölçek alt boyut puanlarının sağlıklı yaşam davranışlarına göre dağılımı verilmiştir. Sigara kullananlar ile kullanmayanlar arasında CYKÖ-K toplam puan ortalaması, KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyutlarının puan ortalamalarına göre istatistiki olarak önemli

bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Beden kitle indeksi (BKİ) gruplarına göre CYKÖ-K toplam puan ortalaması, KCFİ genel puanı ve alt boyutlarının puan ortalamalarına göre fark istatistiki olarak önemsizdir ($p>0,05$) (Çizelge 3.10). Düzenli olarak egzersiz yapanlar ile yapmayanlar arasında CYKÖ-K puan ortalaması ve KCFİ genel puanı ve tüm alt boyutlarının puan ortalamaları açısından fark istatistiki olarak önemsizdir ($p>0,05$) (Çizelge 3.10).

Çizelge 3.11. Katılımcıların, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Puanı, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Eşlik Eden Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı.

	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği						
	Toplam Puan (X±SS)	Toplam Puan (X±SS)	Cinsel İstek (X±SS)	Cinsel Uyarılma (X±SS)	Lubrikasyon (X±SS)	Orgazm (X±SS)	Memnuniyet (X±SS)	Ağrı (X±SS)
Eşlik Eden Hastalık Varlığı								
Evet	74,33± 19,279	12,23± 10,498	3,14± 1,699	7,66± 8,485	3,15± 3,864	4,66± 5,338	6,55± 4,917	6,54± 6,811
Hayır	79,15± 19,342	18,07± 11,239	4,24± 2,449	12,30± 9,529	5,38± 4,312	7,36± 5,562	8,49± 5,052	9,69± 6,570
p (t)	0,044*	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,002**	0,000***
DM								
Var	74,76± 19,044	11,79± 10,465	3,08± 1,724	7,13± 8,286	2,93± 3,741	4,37± 5,352	6,52± 4,950	6,43± 6,886
Yok	73,83± 19,608	12,72± 10,556	3,21± 1,675	8,26± 8,700	3,40± 4,000	5,00± 5,325	6,58± 4,900	6,67± 6,748
p (t)	0,693	0,471	0,554	0,273	0,323	0,333	0,922	0,777
HT								
Var	75,33± 18,604	11,42± 10,435	3,05± 1,656	6,97± 8,342	2,88± 3,793	4,32± 5,382	6,22± 4,860	6,04± 6,792
Yok	70,50± 21,415	15,30± 10,260	3,48± 1,829	10,27± 8,593	4,16± 3,999	5,96± 5,005	7,79± 4,983	8,45± 6,600
p (t)	0,095	0,014*	0,091	0,009**	0,027*	0,040*	0,034*	0,018*
HL								
Var	74,5± 18,652	11,62± 10,221	3,01± 1,66	7,12± 8,239	3,05± 3,824	4,29± 5,159	6,24± 4,771	6,37± 6,698
Yok	74,19± 19,820	12,71± 10,722	3,25± 1,728	8,08± 8,677	3,23± 3,906	4,95± 5,475	6,79± 5,033	6,68± 6,917
p (t)	0,895	0,399	0,257	0,356	0,713	0,314	0,367	0,715
Hipotiroidi								
Var	73,66± 18,230	11,86± 10,567	3,29± 1,723	7,58± 8,859	3,29± 4,094	4,34± 5,300	6,32± 4,758	5,92± 6,563
Yok	74,52± 19,600	12,33± 10,502	3,10± 1,694	7,68± 8,398	3,11± 3,806	4,75± 5,358	6,61± 4,970	6,72± 6,883
p (t)	0,764	0,764	0,452	0,935	0,754	0,599	0,690	0,426

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

(t)=Bağımsız Örneklem T Testi

(F)=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Fark=Tukey Testi p=Anlamlılık Düzeyi

Çizelge 3.11. Devam. Katılımcıların, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Puanı, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Eşlik Eden Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı.

	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği						
	Toplam Puan (X±SS)	Toplam Puan (X±SS)	Cinsel İstek (X±SS)	Cinsel Uyarılma (X±SS)	Lubrikasyon (X±SS)	Orgazm (X±SS)	Memnuniyet (X±SS)	Ağrı (X±SS)
KOAH								
Var	69,33± 21,692	10,33± 10,703	2,67± 1,291	7,07± 9,262	2,47± 3,796	3,8± 5,185	5,67± 4,761	5,20± 6,668
Yok	74,48± 19,093	12,28± 10,510	3,18± 1,722	7,67± 8,482	3,15± 3,859	4,67± 5,347	6,59± 4,933	6,55± 6,809
p (t)	0,315	0,485	0,259	0,791	0,505	0,539	0,480	0,455
Astım								
Var	74,17± 19,774	11,83± 10,170	2,89± 1,526	7,59± 8,412	3,30± 3,955	4,62± 5,246	6,17± 4,825	6,28± 6,616
Yok	74,23± 19,065	12,42± 10,636	3,24± 1,754	7,72± 8,535	3,11± 3,843	4,70± 5,387	6,71± 4,956	6,67± 6,894
p (t)	0,983	0,683	0,137	0,915	0,731	0,912	0,430	0,684
ABH ABY_KBH KBY								
Var	74,26± 19,789	9,04± 9,020	2,50± 1,187	4,79± 6,596	2,24± 3,473	2,88± 4,347	5,35± 4,578	5,35± 6,857
Yok	74,34± 19,248	12,68± 10,633	3,23± 1,743	8,07± 8,657	3,28± 3,906	4,92± 5,426	6,72± 4,950	6,71± 6,801
p (t)	0,983	0,037*	0,003**	0,012*	0,114	0,017*	0,114	0,278
Menopoz								
Evet	74,90± 19,134	11,13± 10,141	3,00± 1,678	6,68± 8,053	2,73± 3,638	4,10± 5,099	5,97± 4,738	6,21± 6,874
Hayır	77,85± 20,422	23,78± 7,869	4,99± 2,201	17,31± 7,208	7,58± 3,438	10,27± 4,175	11,28± 3,661	11,76± 4,803
p (t)	0,253	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001 (t)=Bağımsız Gruplarda T Testi (F)=Tek Yönlü Varyans Analizi
Gruplararası Fark=Tukey Testi p=Anlamlılık Düzeyi

KY'ne eşlik eden başka bir kronik hastalık olanlar ile olmayanlar arasında CYKÖ-K ve KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiki olarak önemlidir (p<0,05). Buna göre; KY'ne ek kronik hastalığı olan kadınların CYKÖ-K toplam puanı, KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları, başka hastalığı olmayan kadınların puan ortalamalarından daha düşüktür (Çizelge 3.11).

KY ile birlikte DM hastalığı olanlar ve olmayanlar arasında CYKÖ-K toplam puan ortalaması, KCFİ ve tüm alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiki olarak önemli bir fark görülmemiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.11). KY' ne ek olarak HT'nu olanlar ile olmayanlar arasında CYKÖ-K puan ortalamasına göre istatistiki olarak önemli bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$) KCFİ puanı ve cinsel istek alt boyutu hariç, diğer tüm alt boyut puan ortalamaları açısından fark istatistiki olarak önemlidir ($p<0,05$). Buna göre; KY' ne ek olarak HT'nu olan kadınların KCFİ toplam puanı ve cinsel istek alt boyutu hariç diğer alt boyut puan ortalamalarının, HT'nu olmayan kadınların puan ortalamalarından daha düşük olduğunu belirlenmiştir (Çizelge 3.11). KY ile birlikte HL, Hipotroidi, KOAH ve Astım tanısı olanlar ile olmayanlar arasında, CYKÖ-K toplam puan ortalaması, KCFİ puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları açısından fark istatistiki olarak önemsizdir ($p>0,05$) (Çizelge 3.11). KY ile birlikte renal hastalıklardan birine sahip olanlar ile olmayanlar arasında CYKÖ-K toplam puan ortalamasına göre istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$), KCFİ toplam puanı, cinsel istek, cinsel uyarılma ve orgazm alt boyut puan ortalamalarına göre fark istatistiki olarak önemlidir ($p<0,05$). Buna göre; KY ile birlikte renal hastalıklardan birine sahip olanların cinsel fonksiyon toplam puanı, cinsel istek, cinsel uyarılma ve orgazm alt boyutları puan ortalamaları, hastalığı olmayan kadınların puan ortalamalarından daha düşüktür (Çizelge 3.11).

Menopoza giren kadınlar ile girmeyen kadınlar arasında CYKÖ-K toplam puan ortalamasına göre istatistiki olarak önemli bir fark bulunmazken ($p>0,05$), KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları açısından fark istatistiki olarak önemlidir ($p<0,05$). Menopoza giren kadınların KCFİ puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları, menopoza girmeyen kadınların puan ortalamalarından daha düşüktür (Çizelge 3.11).

Çizelge 3.12. Kadınların, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği -Kadın Puanı, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanı ve Alt boyut Puanlarının Kullanılan İlaç Tedavisine Göre Dağılımı.

	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği						
Düzenli Olarak Kullanılan İlaçlar	Toplam Puan (X±SS)	Toplam Puan (X±SS)	Cinsel İstek (X±SS)	Cinsel Uyarılma (X±SS)	Lubrikasyon (X±SS)	Orgazm (X±SS)	Memnuniyet (X±SS)	Ağrı (X±SS)
Beta blokerler								
Var	76,01±19,004	12,67±10,671	3,25±1,843	7,97±8,648	3,34±3,949	4,87±5,386	6,64±4,950	6,81±6,867
Yok	73,37±20,527	16,72±11,175	3,90±2,218	11,32±9,267	4,84±4,308	6,67±5,593	8,25±5,008	8,90±6,686
p (t)	0,300	0,005**	0,023*	0,004**	0,008**	0,012*	0,014*	0,020*
1. Kuşak								
Var	68,75±25,277	17,28±10,946	5,00±2,944	9,75±7,932	5,50±4,123	6,50±4,933	7,50±5,802	10,25±7,089
Yok	76,17±18,930	12,56±10,672	3,22±1,816	7,91±8,666	3,29±3,944	4,83±5,395	6,61±4,946	6,73±6,864
p (t)	0,439	0,381	0,055	0,674	0,268	0,539	0,721	0,310
2. Kuşak								
Metoprolol	75,97±19,412	13,37±10,808	3,22±1,850	8,59±8,756	3,54±3,982	5,26±5,459	6,98±5,050	7,27±6,841
Bisoprolol	72,25±19,300	10,69±10,173	3,57±1,854	6,21±8,194	2,71±3,971	3,68±5,034	5,50±4,710	5,50±6,725
Yok	78,71±16,885	10,61±10,159	3,17±1,814	6,21±8,212	2,77±3,771	3,83±5,125	5,75±4,517	5,46±6,931
p (F)	0,358	0,163	0,608	0,124	0,329	0,123	0,136	0,151
3. Kuşak								
Nebivolol	80,71±15,935	5,59±7,285	2,48±1,123	2,57±5,618	1,14±2,651	1,52±3,558	3,33±2,938	2,62±5,617
Karvedilol	76,56±17,958	12,84±10,461	3,30±1,793	7,93±8,914	3,44±3,984	5,11±5,666	7,19±4,707	6,33±7,027
Yok	75,59±19,376	13,25±10,758	3,31±1,888	8,43±8,703	3,51±3,994	5,13±5,405	6,85±5,026	7,21±6,847
p (F)	0,493	0,007** Fark; 2-1,3	0,136	0,012* Fark; 2-1,3	0,030* Fark; 2-1,3	0,013* Fark; 2-1,3	0,006** Fark; 2-1,3	0,012* Fark; 2-1,3
Diüretikler								
Var	73,52±19,535	11,64±10,611	3,05±1,733	7,22±8,595	3,01±3,890	4,31±5,324	6,28±4,953	6,25±6,893
Yok	78,72±18,601	16,66±10,652	3,96±2,135	11,08±8,834	4,73±4,142	6,81±5,375	8,13±4,874	8,90±6,537
p (t)	0,015*	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,001**	0,000***
Loop								
Var	71,49±20,023	11,81±10,702	3,05±1,815	7,47±8,785	3,11±3,918	4,45±5,388	6,29±4,868	6,26±6,832
Yok	76,27±18,487	11,48±10,509	3,08±1,639	7,00±8,403	2,88±3,848	4,16±5,242	6,32±5,095	6,21±6,986
p (t)	0,072	0,825	0,901	0,688	0,668	0,694	0,976	0,952
Tiazid								
Var	74,70±19,968	10,72±10,198	2,83±1,516	6,37±7,970	2,71±3,809	3,79±5,075	5,88±4,822	6,07±6,968
Yok	71,91±18,910	12,87±11,069	3,38±1,978	8,41±9,322	3,40±3,973	5,01±5,578	6,86±5,119	6,38±6,769
p (t)	0,297	0,138	0,059	0,090	0,194	0,092	0,149	0,745

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001 (t)=Bağımsız Gruplarda T Testi (F)=Tek Yönlü Varyans Analizi
Gruplararası Fark=Tukey Testi p=Anlamlılık Düzeyi

Çizelge 3.12. Devam. Kadınların, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği -Kadın Puanı, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanı ve Alt boyut Puanlarının Kullanılan İlaç Tedavisine Göre Dağılımı.

	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği						
Düzenli Olarak Kullanılan İlaçlar	Toplam Puan (X±SS)	Toplam Puan (X±SS)	Cinsel İstek (X±SS)	Cinsel Uyarılma (X±SS)	Lubrikasyon (X±SS)	Orgazm (X±SS)	Memnuniyet (X±SS)	Ağrı (X±SS)
Potasyum Tutucu Diüretikler								
Var	71,76± 20,499	11,83± 10,768	3,12± 1,782	7,27± 8,750	3,01± 3,891	4,30± 5,304	6,36± 5,019	6,51± 6,933
Yok	74,54± 19,005	11,72± 10,555	3,07± 1,770	7,30± 8,522	3,04± 3,883	4,42± 5,361	6,35± 4,952	6,18± 6,867
p (t)	0,319	0,945	0,832	0,981	0,961	0,870	0,987	0,732
Antikoagülanlar-Antiagreganlar								
Var	74,62± 19,642	12,95± 10,880	3,37± 1,944	8,17± 8,804	3,45± 4,040	4,94± 5,445	6,75± 5,011	6,91± 6,888
Yok	77,83± 18,317	15,10± 10,805	3,42± 1,946	10,07± 8,960	4,21± 4,110	6,11± 5,480	7,61± 4,932	8,18± 6,781
p (t)	0,172	0,104	0,834	0,078	0,126	0,078	0,155	0,126
Statinler								
Var	75,70± 19,070	12,70± 10,706	3,13± 1,727	8,02± 8,684	3,48± 4,115	4,85± 5,351	6,71± 4,889	6,88± 6,821
Yok	68,81± 19,038	11,50± 10,875	3,29± 2,004	7,05± 8,243	3,38± 4,080	4,33± 5,398	5,67± 4,882	6,00± 6,870
p (t)	0,131	0,638	0,719	0,637	0,918	0,687	0,373	0,591
Statinler								
Var	75,70± 19,070	10,86± 10,819	2,74± 1,790	6,68± 8,076	2,58± 3,702	4,32± 5,427	5,84± 4,856	5,95± 6,868
Yok	68,81± 19,038	13,69± 10,869	3,43± 1,949	8,80± 8,910	3,71± 4,076	5,31± 5,473	7,05± 4,998	7,34± 6,872
p (t)	0,131	0,271	0,132	0,313	0,236	0,442	0,307	0,392
ACEI								
Var	73,95± 19,627	11,72± 11,275	3,25± 1,761	7,49± 9,297	3,00± 4,015	4,63± 5,750	6,30± 5,221	5,62± 6,539
Yok	76,13± 19,179	14,37± 10,606	3,46± 2,028	9,22± 8,618	3,98± 4,067	5,52± 5,306	7,28± 4,854	8,02± 6,907
p (t)	0,319	0,031*	0,306	0,084	0,033*	0,151	0,082	0,002**
ARB								
Var	77,92± 18,987	11,78± 10,318	2,89± 1,643	7,31± 8,076	3,06± 3,817	4,34± 5,119	6,32± 4,889	6,67± 6,967
Yok	74,37± 19,419	14,28± 11,063	3,61± 2,024	9,26± 9,155	3,91± 4,153	5,65± 5,583	7,26± 5,028	7,50± 6,831
p (t)	0,112	0,047*	0,001**	0,047*	0,064	0,038*	0,106	0,296
Kombine Antihipertansifler								
Var	76,01± 18,686	10,43± 9,985	2,79± 1,526	6,29± 7,897	2,60± 3,687	3,73± 5,030	5,77± 4,795	5,73± 6,773
Yok	75,16± 19,707	15,19± 11,01	3,71± 2,066	9,96± 9,120	4,22± 4,155	6,07± 5,535	7,63± 4,993	8,07± 6,801
p (t)	0,695	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,001**	0,002**
Diğer Antihipertansifler								
Var	72,20± 21,581	7,25± 8,590	2,60± 1,298	4,13± 6,728	1,87± 3,335	2,60± 4,485	3,80± 3,489	3,33± 5,246
Yok	75,60± 19,246	13,79± 10,904	3,42± 1,959	8,87± 8,910	3,73± 4,081	5,36± 5,486	7,11± 5,012	7,42± 6,892
p (t)	0,505	0,012*	0,032*	0,018*	0,043*	0,035*	0,003**	0,010*

*p<,05 **p<,01 ***p<,001 (t)=Bağımsız Gruplarda T Testi (F)=Tek Yönlü Varyans Analizi

Gruplararası Fark=Tukey Testi p=Anlamlılık Düzeyi

Kombine Antihipertansifler=(ACEI+indapamid, ARB+hidroklorotiazid ve ya potasyum tutucu diüretikler, β bloker+tiyazid diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri + ACEI, kalsiyum kanal blokerleri +ACEI +indapamid)

Çizelge 3.12. Devam. Kadınların, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği -Kadın Puanı, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanı ve Alt boyut Puanlarının Kullanılan İlaç Tedavisine Göre Dağılımı.

	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği						
Düzenli Olarak Kullanılan İlaçlar	Toplam Puan (X±SS)	Toplam Puan (X±SS)	Cinsel İstek (X±SS)	Cinsel Uyarılma (X±SS)	Lubrikasyon (X±SS)	Orgazm (X±SS)	Memnuniyet (X±SS)	Ağrı (X±SS)
CCB								
Var	75,95± 19,479	11,45± 10,508	3,02± 1,868	6,88± 8,210	2,86± 3,788	4,11± 5,115	6,25± 4,839	6,43± 7,067
Yok	75,29± 19,312	14,23± 10,944	3,52± 1,954	9,29± 9,024	3,93± 4,130	5,64± 5,544	7,22± 5,037	7,53± 6,796
p (t)	0,781	0,036*	0,037*	0,026*	0,025*	0,017*	0,111	0,190
Oral Antidiabetikler								
Var	73,47± 18,645	10,18± 9,804	2,97± 1,681	6,00± 7,939	2,39± 3,425	3,59± 4,992	5,75± 4,676	5,38± 6,570
Yok	76,11± 19,540	14,61± 11,019	3,53± 2,004	9,54± 9,001	4,06± 4,179	5,79± 5,520	7,38± 5,043	7,86± 6,873
p (t)	0,269	0,001**	0,011*	0,001**	0,001**	0,001**	0,006**	0,003**
İnsülin								
Var	72,86± 16,433	11,60± 10,96	3,09± 1,682	6,93± 8,777	2,75± 3,736	4,14± 5,386	6,75± 5,235	6,20± 7,089
Yok	75,84± 19,737	13,82± 10,87	3,42± 1,972	8,94± 8,872	3,79± 4,101	5,42± 5,473	7,02± 4,971	7,42± 6,839
p (t)	0,341	0,207	0,291	0,160	0,113	0,145	0,738	0,275
Levotiroksin								
Var	74,16± 17,826	13,41± 10,735	3,59± 1,817	9,00± 9,375	3,54± 4,018	5,16± 5,490	6,86± 4,791	6,70± 6,595
Yok	75,61± 19,520	13,52± 10,921	3,36± 1,957	8,62± 8,826	3,66± 4,078	5,25± 5,477	6,98± 5,029	7,31± 6,913
p (t)	0,667	0,953	0,493	0,808	0,863	0,923	0,891	0,614

*p<0,05 **p<0,01 CCB=Kalsiyum Kanal Blokeri (t)=Bağımsız Örneklem T Testi

Diğer antihipertansifler= α bloker (Doksazosin) ve Aldosteron Antagonisti (Eplerenone) p=Anlamlılık Düzeyi

Düzenli olarak β bloker kullananlar ile kullanmayanlar arasında CYKÖ-K toplam puan ortalamasına göre istatistiki olarak önemli bir fark bulunmazken ($p>0,05$), KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamalarına göre istatistiki olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre; düzenli olarak β bloker kullanan kadınların KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamalarının, kullanmayan kadınların puan ortalamalarından daha düşüktür.

Birinci kuşak β bloker (propranolol ve timolol) ve İkinci kuşak β bloker kullananlar ile kullanmayanlar arasında CYKÖ-K toplam puan ortalamasına, KCFİ genel ölçek ve alt boyutlarının puan ortalamalarına göre önemli bir fark belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.12). Düzenli olarak üçüncü kuşak β bloker kullananlar ile kullanmayanlar arasında CYKÖ-K toplam puan ortalamasına göre

istatistiki olarak önemli bir fark bulunmazken ($p>0,05$), KCFİ puanı ve alt boyutlarının (cinsel istek hariç) puan ortalamalarına göre fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,05$). Bu anlamda; düzenli olarak üçüncü kuşak β blokerlerden nebivolol kullanan kadınların KCFİ genel puanı ve cinsel istek hariç tüm alt boyut puan ortalamaları, 3.kuşak β bloker kullanmayan ve karvedilol kullanan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak önemli derecede düşüktür (Çizelge 3.12). Diüretik kullananlar ile kullanmayanlar arasında hem CYKÖ-K toplam puan ortalamasına göre hem de KCFİ genel ve tüm alt boyut puan ortalamalarına göre fark istatistiki olarak önemlidir ($p<0,05$). Düzenli olarak diüretik kullanan kadınların CYKÖ-K puanı, KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları, kullanmayan kadınların puan ortalamalarından önemli derecede daha düşüktür (Çizelge 3.12). Loop, tiazid ve potasyum tutucu diüretik kullanan ve kullanmayan kadınlar arasında CYKÖ-K toplam puan ortalamasına göre de KCFİ toplam puanı ve alt boyutlarının puan ortalamalarına göre de istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.12).

Antikoagülan-antiagregan, antilipidemik ve digoksin kullananlar ile kullanmayanlar arasında CYKÖ-K toplam puan ortalaması, KCFİ toplam puanı ve alt boyutlarının puan ortalamaları açısından fark istatistiki olarak önemsizdir ($p>0,05$) (Çizelge 3.12).

ACEI için uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, ACEI kullananlar ile kullanmayanlar arasında CYKÖ-K toplam puan ortalamasına göre istatistiki olarak önemli bir fark bulunmazken ($p>0,05$) KCFİ genel puanı, lubrikasyon, ağrı alt boyutlarının puan ortalamaları açısından ise istatistiki olarak önemli bir fark belirlenmiştir ($p<0,05$). ACEI kullanan kadınların KCFİ toplam puanı, lubrikasyon ve ağrı alt boyutlarının puan ortalamaları, ACEI kullanmayan kadınların puan ortalamalarından istatistiki olarak daha düşüktür (Çizelge 3.12).

ARB için uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda ARB kullananlar ile kullanmayanlar arasında CYKÖ-K toplam puan ortalamasına göre istatistiki olarak önemli bir fark belirlenmemişken, ($p>0,05$) KCFİ toplam puanı, cinsel istek, cinsel uyarılma ve orgazm alt boyutlarının puan ortalamalarına göre fark istatistiki olarak

önemlidir ($p<0,05$). Bu anlamda; düzenli olarak ARB kullanan kadınların KCFİ toplam puanı, cinsel istek, cinsel uyarılma ve orgazm alt boyutlarının puan ortalamaları, ARBs kullanmayan kadınların puan ortalamalarından daha düşüktür (Çizelge 3.12).

Kombine antihipertansifleri kullananlar ile kullanmayanlar arasında CYKÖ-K toplam puan ortalamasına göre istatistiki olarak önemli bir fark bulunmazken ($p>0,05$) KCFİ genel ve tüm alt boyut puan ortalamalarına göre ise fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,05$). Bu anlamda; düzenli olarak kombine antihipertansifleri kullanan kadınların KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları, kullanmayan kadınların puan ortalamalarından daha düşüktür (Çizelge 3.12). Diğer antihipertansifler ilaç kullananlar ile kullanmayanlar arasında CYKÖ-K toplam puan ortalamasına göre istatistiki olarak önemli bir fark bulunmazken ($p>0,05$) KCFİ genel ve tüm alt boyut puan ortalamalarına göre fark istatistiki açıdan önemlidir ($p<0,05$). Diğer antihipertansif olarak adlandırılan alfa bloker doksazosin ya da aldosteron antagonisti olan eplerenone kullanan kadınların KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları, kullanmayan kadınların puan ortalamalarından daha düşüktür (Çizelge 3.12).

CCB kullananlar ile kullanmayanlar arasında CYKÖ-K toplam puan ortalamasına göre istatistiki olarak önemli bir farklılık belirlenmemişken ($p>0,05$) KCFİ toplam puanı, cinsel istek, cinsel uyarılma, lubrikasyon ve orgazm alt boyutlarının puan ortalamalarına göre ise istatistiki olarak önemli bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu anlamda; düzenli olarak CCB kullanan kadınların KCFİ toplam puanı, cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon ve orgazm alt boyutlarının puan ortalamaları, kullanmayan kadınların puan ortalamalarından daha düşüktür (Çizelge 3.12).

Oral antidiabetik kullananlar ile kullanmayanlar arasında CYKÖ-K toplam puan ortalamasına göre istatistiki olarak önemli bir fark bulunmazken ($p>0,05$) KCFİ genel ve tüm alt boyut puan ortalamalarına göre ise istatistiksel açıdan fark önemlidir ($p<0,05$). Oral antidiabetik kullanan kadınların KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyut

puan ortalamaları, kullanmayan kadınların puan ortalamalarından istatistiki olarak önemli derecede daha düşüktür (Çizelge 3.12). İnsülin ve levotiroksin kullananlar ile kullanmayanlar arasında CYKÖ-K toplam puan ortalaması, KCFİ toplam puanı ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiki açıdan önemli bir fark belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.12).

Çizelge 3.13. Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği -Kadın Puanı, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Cinsel Yaşam ile İlgili Bilgilerine Göre Dağılımı.

	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği						
Cinsel Yaşam ile İlgili Bilgiler	Toplam Puan (X±SS)	Toplam Puan (X±SS)	Cinsel İstek (X±SS)	Cinsel Uyarılma (X±SS)	Lubrikasyon (X±SS)	Orgazm (X±SS)	Memnuniyet (X±SS)	Ağrı (X±SS)
KY tanısı öncesi cinsel sorun varlığı durumu								
Evet	67,70± 18,812	10,47± 8,934	2,95± 1,505	6,16± 7,128	2,61± 3,426	3,66± 4,524	5,78± 4,629	5,74± 6,319
Hayır	77,61± 19,016	14,5± 11,304	3,53± 2,053	9,49± 9,278	3,98± 4,203	5,76± 5,670	7,35± 5,067	7,73± 6,971
p (t)	0,000***	0,001**	0,006**	0,001**	0,004**	0,001**	0,011*	0,019*
KY'nin cinsel yaşamı etkileme durumu								
Olumsuz	70,60± 19,858	12,98± 9,855	3,07± 1,734	8,23± 8,094	3,53± 3,791	4,87± 4,942	6,77± 4,669	7,37± 6,598
Etkilemedi	79,11± 18,289	14,17± 11,700	3,65± 2,087	9,22± 9,541	3,82± 4,293	5,67± 5,878	7,21± 5,261	7,28± 7,088
p (t)	0,000***	0,300	0,005**	0,294	0,490	0,165	0,410	0,902
Cinselliğin, şu anda yaşamlarında önemli bir role sahip olduğuna inanma durumu								
Evet	78,16± 19,515	15,49± 11,653	3,84± 2,034	10,41± 9,797	4,24± 4,340	6,40± 6,012	7,85± 5,195	7,74± 6,882
Hayır	73,85± 19,151	12,49± 10,363	3,14± 1,871	7,77± 8,261	3,35± 3,889	4,64± 5,071	6,50± 4,838	7,03± 6,876
p (t)	0,041*	0,014*	0,001**	0,009**	0,049*	0,005**	0,014*	0,349
KY için kullanılan ilaçların cinsel yaşamı etkilediğini düşünme durumu								
Evet	70,03± 21,741	14,46± 9,826	3,16± 1,822	9,35± 7,996	3,64± 3,639	5,85± 5,145	7,73± 4,727	8,07± 6,463
Hayır	77,45± 18,103	13,34± 11,337	3,50± 2,005	8,57± 9,286	3,71± 4,239	5,12± 5,630	6,76± 5,095	7,02± 7,011
p (t)	0,004**	0,367	0,154	0,439	0,882	0,252	0,095	0,188
KY için kullanılan ilaç tedavisinde cinsel yaşamı olumsuz etkilediği düşünüldüğü için doz atlama ya da tamamen bırakma davranışı bulunma durumu								
Evet	67,95± 23,314	14,93± 9,539	3,29± 2,004	10,29± 8,521	3,90± 3,646	5,33± 4,442	7,86± 4,304	8,57± 6,668
Hayır	75,97± 19,046	13,56± 11,046	3,41± 1,962	8,68± 8,989	3,67± 4,115	5,31± 5,574	6,96± 5,055	7,22± 6,892
p (t)	0,066	0,577	0,770	0,427	0,803	0,985	0,371	0,383

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

(t)=Bağımsız Örneklem T Testi

p=Anlamlılık Düzeyi

Çizelge 3.13. Devam. Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği -Kadın Puanı, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Cinsel Yaşam ile İlgili Bilgilerine Göre Dağılımı.

	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği						
Cinsel Yaşam ile İlgili Bilgiler	Toplam Puan (X±SS)	Toplam Puan (X±SS)	Cinsel İstek (X±SS)	Cinsel Uyarılma (X±SS)	Lubrikasyon (X±SS)	Orgazm (X±SS)	Memnuniyet (X±SS)	Ağrı (X±SS)
KY tanısı konulduktan sonra cinsel ilişki sırasında ölmekten korkma durumu								
Evet	66,31± 19,613	12,83± 10,137	3,16± 1,763	8,34± 8,379	3,46± 3,813	4,88± 5,096	6,67± 4,739	6,91± 6,668
Hayır	79,29± 17,995	13,97± 11,279	3,51± 2,033	8,96± 9,197	3,78± 4,195	5,49± 5,670	7,16± 5,124	7,46± 6,969
p (t)	0,000***	0,349	0,111	0,551	0,485	0,324	0,392	0,496
KY tanısı aldıktan sonra aile içi rol ve sorumlulukların dağılımında değişiklik durumu								
Evet	72,42± 20,944	13,60± 10,862	3,30± 1,999	9,00± 9,231	3,74± 4,038	4,98± 5,269	6,99± 4,875	7,52± 6,931
Hayır	76,56± 18,725	13,65± 11,009	3,44± 1,951	8,70± 8,878	3,67± 4,108	5,43± 5,594	7,03± 5,069	7,22± 6,870
p (t)	0,096	0,970	0,560	0,783	0,890	0,497	0,951	0,721
KY tanısı konulduktan aşırı koruma davranışı gelişme durumu								
Evet	76,87± 19,665	15,07± 10,811	3,66± 2,064	9,86± 8,971	4,06± 4,062	5,80± 5,383	7,83± 4,941	8,09± 6,714
Hayır	74,25± 19,081	12,34± 10,953	3,18± 1,839	7,80± 8,857	3,35± 4,087	4,87± 5,596	6,28± 4,975	6,58± 6,962
p (t)	0,203	0,019*	0,020*	0,030	0,103	0,111	0,003**	0,038*
KY hastalığına alışma sürecinin cinsel yaşamı etkileme durumu								
Olumsuz	65,95± 19,928	11,81± 9,703	3,11± 1,715	7,27± 7,890	3,16± 3,765	4,38± 4,933	6,15± 4,657	6,51± 6,541
Etkilemedi	79,68± 17,526	14,35± 11,382	3,53± 2,054	9,36± 9,319	3,89± 4,207	5,67± 5,692	7,35± 5,112	7,61± 7,016
p (t)	0,000**	0,033*	0,062	0,030*	0,107	0,031*	0,031*	0,153
Eşin / partnerin KY'ne alışma sürecinde hastanın cinsel problemleri olmasına yaklaşım durumu								
Olumsuz/Agr esif	66,37± 19,579	11,86± 9,698	3,02± 1,716	7,46± 8,081	3,10± 3,683	4,42± 4,891	6,16± 4,77	6,61± 6,546
Olumlu/Deste kleyici/Anlay ıslı	78,62± 18,305	14,18± 11,265	3,52± 2,011	9,19± 9,198	3,87± 4,195	5,59± 5,663	7,28± 5,048	7,51± 6,979
p (t)	0,000**	0,060	0,023*	0,090	0,098	0,062	0,059	0,264
KY 'nin sosyal izolasyona (toplumdan kendini ayırma) neden olma durumu								
Evet	66,35± 19,642	13,23± 10,527	3,29± 1,909	8,61± 8,584	3,69± 3,937	5,20± 5,375	6,45± 4,652	7,27± 6,777
Hayır	81,42± 16,758	13,90± 11,241	3,49± 1,995	8,88± 9,211	3,69± 4,186	5,39± 5,604	7,38± 5,211	7,32± 6,957
p (t)	0,000**	0,568	0,347	0,782	0,993	0,752	0,079	0,949

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

(t)=Bağımsız Örneklem T Testi

p=Anlamlılık Düzeyi

Çizelge 3.13 kadınların CYKÖ-K puanı, KCFİ puanı ve alt boyut puanlarının cinsel yaşamlarına ait bilgilerine göre dağılımına yer verilmiştir. Çizelge 3.13 incelendiğinde, KY tanısı konmadan önce cinsel sorunları olanlar ile olmayanlar arasında CYKÖ-K toplam puan ortalaması, KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları açısından fark istatistiki olarak önemlidir (p<0,05). Buna göre; KY tanısı

konmadan önce cinsel sorunları olan kadınların CYKÖ-K toplam puanı, KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları, tanı öncesi cinsel sorunları olmayan kadınların puan ortalamalarından istatistiksel olarak önemli derecede daha düşüktür. Buna göre KY'nin cinsel yaşam kalitesini ve CD'ü süreçle birlikte daha da kötüleştirdiği sonucuna varılabilir.

KY'den dolayı cinsel yaşamının olumsuz etkilendiğini ve etkilenmediğini ifade edenler arasında CYKÖ-K toplam puan ortalaması ve cinsel istek alt boyut puan ortalaması açısından fark istatistiki olarak önemlidir ($p<0,01$). Buna göre; KY'den dolayı cinsel yaşamı olumsuz etkilenen kadınların CYKÖ-K toplam puanı ve cinsel istek alt boyut puan ortalamaları, cinsel yaşamı etkilenmeyen kadınların puan ortalamalarından daha düşüktür (Çizelge 3.13).

Cinselliğin, şu anda yaşamlarında önemli bir role sahip olduğunu düşünen ve düşünmeyen kadınlar arasında hem CYKÖ-K toplam puan ortalamasına göre hem de KCFİ genel ve ağrı hariç diğer alt boyut puan ortalamaları açısından fark istatistiki olarak önemlidir ($p<0,05$). Bu anlamda; cinselliğin, şu anda yaşamlarında önemli bir role sahip olduğunu düşünen kadınların, CYKÖ-K toplam puanı, KCFİ toplam puanı ve ağrı hariç tüm alt boyut puan ortalamaları, düşünmeyen kadınların puan ortalamalarından daha yüksektir (Çizelge 3.13).

KY için kullanılan ilaçlardan biri ya da birkaçının cinsel yaşamını etkilediğini düşünenler ile düşünmeyenler arasında CYKÖ-K toplam puan ortalaması açısından fark istatistiki olarak önemliyken ($p<0,05$), KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları açısından fark istatistiki olarak önemsizdir ($p>0,05$). Bu anlamda; KY için kullanılan ilaçlardan biri ya da birkaçının cinsel yaşamını etkilediğini düşünen kadınların CYKÖ-K toplam puan ortalaması, düşünmeyen kadınların puan ortalamasından daha düşüktür (Çizelge 3.13). KY için kullanılan ilaçların, CYKÖ-K'ni etkilediğini düşündüğü için doz atlama ya da tamamen bırakma gibi davranışlarda bulunanlar ile bulunmayanlar arasında CYKÖ-K toplam puan ortalaması, KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları açısından fark, istatistiki olarak önemsizdir ($p>0,05$) (Çizelge 3.13).

KY tanısı konulduktan sonra, cinsel ilişki sırasında ölmekten korkanlar ile korkmayanlar arasında CYKÖ-K toplam puan ortalaması, KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları açısından fark istatistiki olarak önemlidir ($p>0,05$). Bu anlamda; KY tanısı konulduktan sonra, cinsel ilişki sırasında ölmekten korkan kadınların CYKÖ-K toplam puanı ortalaması, korkmayan kadınların puan ortalamasından istatistiksel olarak önemli derecede daha düşüktür (Çizelge 3.13). KY tanısı aldıktan sonra aile içi rol ve sorumlulukların dağılımında değişiklik olduğunu ifade eden ve etmeyenler arasında CYKÖ-K toplam puan ortalaması, KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları açısından fark istatistiki olarak anlamsızdır ($p>0,05$) (Çizelge 3.13).

KY tanısı aldıktan sonra eşi ya da partnerinde aşırı koruma davranışı geliştiğini ifade edenlerle etmeyenler arasında CYKÖ-K toplam puan ortalamasına göre fark istatistiki olarak anlamsızken ($p>0,05$), KCFİ toplam puanı, istek, uyarılma, memnuniyet ve ağrı alt boyut puan ortalamaları açısından fark istatistiki olarak önemlidir ($p<0,05$). Buna göre; KY tanısı konulduktan sonra eşi ya da partnerinde aşırı koruma davranışı geliştiğini ifade eden kadınların, KCFİ toplam puanı, cinsel istek, uyarılma, memnuniyet ve ağrı alt boyut puan ortalamalarının, eşi ya da partnerinde aşırı koruma davranışı gelişmediğini ifade eden kadınların puan ortalamalarından daha yüksektir (Çizelge 3.13).

KY hastalığına alışma sürecinde cinsel yaşamının olumsuz etkilendiğini belirtenler ile etkilendiğini belirtenler arasında CYKÖ-K toplam puan ortalaması, KCFİ toplam puanı, uyarılma, orgazm ve memnuniyet alt boyut puan ortalamaları açısından fark istatistiki olarak önemlidir ($p<0,05$)., Buna göre; KY hastalığına alışma sürecinde cinsel yaşamının olumsuz etkilendiğini belirten kadınların CYKÖ-K toplam puanı, KCFİ toplam puanı ve uyarılma, orgazm ve memnuniyet alt boyut puan ortalamaları, etkilendiğini ifade eden kadınların puan ortalamalarından daha düşüktür (Çizelge 3.13).

Eşi ya da partnerinin KY' den dolayı cinsel problemlerinin olmasına destekleyici/anlayışlı davrandığını ifade edenlerle ile olumsuz/agresif davrandığını

bildirenler arasında CYKÖ-K toplam puan ortalaması ve cinsel istek alt boyut puan ortalaması açısından fark istatistiki olarak önemlidir ($p<0,05$) Buna göre; eşi ya da partnerinin KY'den dolayı cinsel problemleri olmasına olumsuz/agresif davrandığını ifade eden kadınların CYKÖ-K toplam puanı ve cinsel istek alt boyut puan ortalamaları, destekleyici/anlayışlı davrandığını ifade eden kadınların puan ortalamasından daha düşüktür (Çizelge 3.13).

KY'nin sosyal izolasyona neden olduğunu ifade eden kadınlar ile olmadığını ifade eden kadınların CYKÖ-K toplam puan ortalaması açısından fark istatistiki olarak önemliyken ($p<0,05$), KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları açısından fark istatistiki olarak anlamsızdır ($p>0,05$). Buna göre; KY'nin sosyal izolasyona neden olduğunu ifade eden kadınların, CYKÖ-K toplam puan ortalaması, sosyal izolasyona neden olmadığını ifade eden kadınlardan daha düşüktür (Çizelge 3.13).

Çizelge 3.14. Katılımcıların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Puanı, Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Cinsellikle İlgili Bilgilendirilme Durumu ve Bilgilendirilmek İstenilen Konulara Göre Dağılımları.

	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği						
	Toplam Puan (X±SS)	Toplam Puan (X±SS)	Cinsel İstek (X±SS)	Cinsel Uyarılma (X±SS)	Lubrikasyon (X±SS)	Orgazm (X±SS)	Memnuniyet (X±SS)	Ağrı (X±SS)
Cinsel yaşamla ilgili sağlık personeli ile konuşabilme durumu								
Evet	77,23± 20,125	15,70± 11,637	4,30± 2,316	10,58± 9,769	4,33± 4,241	6,16± 5,792	7,39± 5,007	8,06± 6,832
Hayır	74,98± 19,168	13,07± 10,704	3,18± 1,801	8,28± 8,660	3,51± 4,027	5,08± 5,406	6,90± 5,005	7,09± 6,884
p (t)	0,386	0,073	0,000**	0,076	0,133	0,142	0,463	0,295
Cinsel yaşamla ilgili problemleri sağlık personeli ile konuşurken utanma durumu								
Evet	72,15± 19,377	13,74± 10,664	3,31± 1,866	8,79± 8,447	3,89± 4,095	5,37± 5,367	7,01± 4,963	7,47± 6,823
Hayır	78,10± 19,022	13,56± 11,204	3,48± 2,035	8,77± 9,359	3,53± 4,079	5,27± 5,629	7,02± 5,063	7,17± 6,934
p (t)	0,004**	0,881	0,429	0,975	0,409	0,863	0,989	0,686
Sağlık personelinin cinsellikle ilgili sorular sorarak utandırma korkusu								
Evet	68,30± 20,177	12,86± 10,351	3,31± 1,910	8,06± 8,175	3,45± 3,871	4,99± 5,192	6,72± 4,933	6,85± 6,701
Hayır	78,59± 18,209	13,97± 11,209	3,45± 1,985	9,09± 9,274	3,79± 4,176	5,45± 5,643	7,14± 5,051	7,49± 6,956
p (t)	0,000***	0,382	0,534	0,320	0,469	0,468	0,464	0,419

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

(t)=Bağımsız Örneklem T Testi

p=Anlamlılık Düzeyi

Çizelge 3.14. Devam. Katılımcıların Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Puanı, Cinsel Fonksiyon İndeksi Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Cinsellikle İlgili Bilgilendirilme Durumu ve Bilgilendirilmek İstenilen Konulara Göre Dağılımları.

	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği	Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği						
	Toplam Puan (X±SS)	Toplam Puan (X±SS)	Cinsel İstek (X±SS)	Cinsel Uyarılma (X±SS)	Lubrikasyon (X±SS)	Orgazm (X±SS)	Memnuniyet (X±SS)	Ağrı (X±SS)
Sağlık personeli tarafından cinsellikle ilgili bilgilendirilmek isteme durumu								
Evet	71,75± 20,489	16,51± 10,012	3,94± 2,057	11,12± 8,605	4,58± 3,990	6,2± 4,984	8,59± 4,509	8,80± 6,293
Hayır	76,39± 19,029	12,95± 11,076	3,28± 1,919	8,22± 8,965	3,47± 4,085	5,1± 5,614	6,64± 5,061	6,94± 6,973
p (t)	0,074	0,011*	0,011*	0,016*	0,043*	0,136	0,003**	0,033*
Cinsel yaşam ile ilgili bilgilendirilmemenin edndiçe, korku, kaygı durumunu artırma durumu								
Evet	66,59± 20,545	13,76± 9,791	3,47± 1,837	8,65± 8,002	3,53± 3,701	5,02± 5,030	7,31± 4,461	7,73± 6,652
Hayır	76,98± 18,803	13,62± 11,153	3,40± 1,984	8,80± 9,121	3,71± 4,150	5,36± 5,590	6,97± 5,104	7,23± 6,922
p (t)	0,000***	0,925	0,804	0,910	0,765	0,680	0,648	0,634

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

(t)=Bağımsız Örneklem T Testi

p=Anlamlılık Düzeyi

Çizelge 3.14’de kadınların CYKÖ-K puanı, KCFİ puanı ve alt boyut puanlarının ilgili bilgi alma, bilgi isteme durumu ve bilgi almak istedikleri konuların dağılımları göre dağılımları yer verilmiştir.

Cinsel yaşamla ilgili sağlık personeliyle konuştuğunu ve konuşmadığını ifade edenler arasında CYKÖ-K toplam puan ortalaması ve cinsel istek alt boyut toplam puan ortalaması açısından istatistiki olarak önemli bir fark vardır (p<0,05). Buna göre; cinsel yaşamı ile ilgili sağlık personeliyle konuşan kadınların cinsel istek puan ortalaması, konuşmayan kadınların puan ortalamasından daha yüksektir (Çizelge 3.14).

Cinsel yaşamı ile ilgili sorunlarını sağlık personeliyle konuşurken utandığını ve utanmadığını belirtenler arasında CYKÖ-K toplam puan ortalamasına açısından istatistiki olarak önemli bir farklılık varken (p<0,01), KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları açısından fark istatistiki olarak anlamsızdır (p>0,05). Buna göre; cinsel yaşamı ile ilgili sorunları sağlık personeliyle konuşurken utandığını belirten kadınların CYKÖ-K toplam puanı ortalaması, utanmadığını belirten

kadınların puan ortalamasından istatistiki olarak önemli derecede daha düşüktür (Çizelge 3.14).

Sağlık personeline cinsel yaşamı ile ilgili sorular sorduğunda, onları utandıracağını düşünenler ile düşünmeyenler arasında CYKÖ-K toplam puan ortalaması arasında fark istatistiksel olarak önemliyken ($p<0,01$), KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiki olarak önemli bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Buna göre; sağlık personeline cinsel yaşamı ile ilgili sorular sorduğunda, onları utandıracağını düşünen kadınların CYKÖ-K toplam puanı ortalaması, düşünmeyen kadınların puan ortalamasından istatistiki olarak önemli derecede daha düşüktür (Çizelge 3.14).

Sağlık personeli tarafından cinsellikle ilgili bilgilendirilmek isteyenler ile istemeyenler arasında CYKÖ-K toplam puan ortalaması açısından fark istatistiki olarak anlamsızken ($p>0,05$), KCFİ toplam puanı ve orgazm hariç tüm alt boyut puan ortalamaları açısından fark istatistiki olarak önemlidir ($p<0,05$). Buna göre; sağlık personeli tarafından cinsellikle ilgili bilgilendirilmek isteyen kadınların KCFİ toplam puanı ve orgazm hariç tüm alt boyut puan ortalamaları, bilgilendirilmek istemeyen kadınların puan ortalamalarından daha yüksektir (Çizelge 3.14).

Cinsellik ile ilgili bilgilendirilmemenin, soru ve sorunları konuşamamanın endişe ya da üzüntü yaratacağını düşünenler ile düşünmeyenler arasında CYKÖ-K toplam puan ortalaması açısından fark istatistiki olarak önemliyken ($p<0,01$), KCFİ toplam puanı ve tüm alt boyut puan ortalamalarına açısından fark istatistiki olarak anlamsızdır ($p>0,05$). Buna göre; cinsel yaşam ile ilgili bilgilendirilmenin, soru ve sorunları konuşmanın endişe ya da üzüntü yaratacağını düşünen kadınların CYKÖ-K toplam puan ortalaması, düşünmeyen kadınların puan ortalamasından önemli derecede daha düşüktür (Çizelge 3.14).

3.3. Korelasyon Analizi

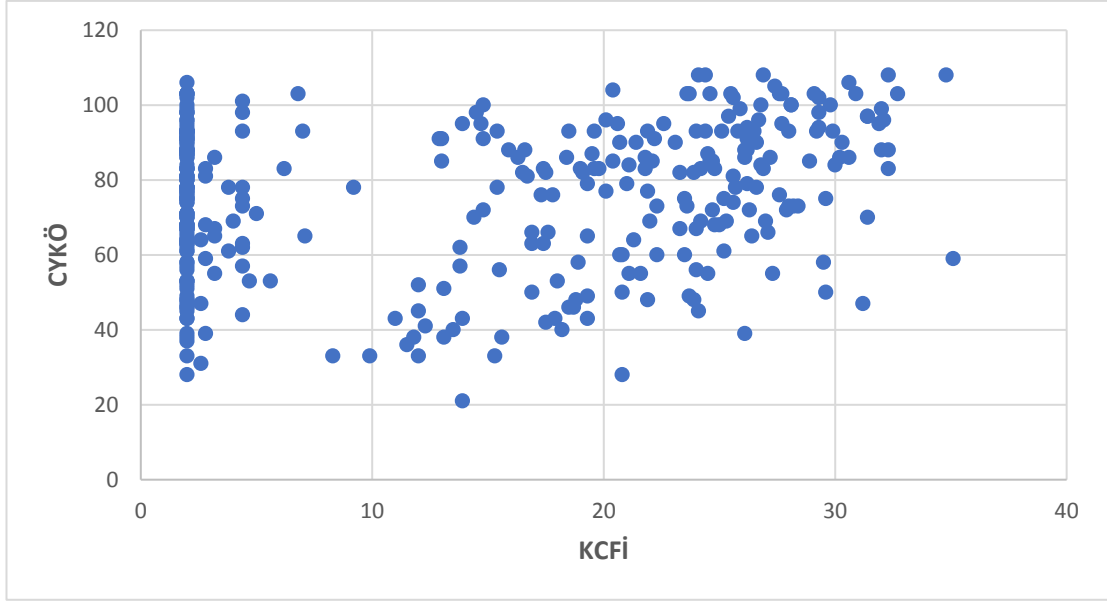
Çizelge 3.15. Cinsel Yaşam Kalitesi Toplam Puanı ile Cinsel Fonksiyon Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.

		Cinsel Yaşam Kalitesi Toplam Puanı
Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Toplam Puanı	r	0,194
	p	0,000***
Cinsel İstek	r	0,177
	p	0,001**
Cinsel Uyarılma	r	0,177
	p	0,001**
Lubrikasyon	r	0,164
	p	0,002**
Orgazm	r	0,227
	p	0,000***
Memnuniyet	r	0,195
	p	0,000***
Ağrı	r	0,126
	p	0,017*

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

r=Pearson Korelasyon Katsayısı p=Anlamlılık Düzeyi

Çizelge 3.15’de CYKÖ-K toplam puanı ile KCFİ toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmiştir. CYKÖ-K toplam puanı ile KCFİ genel puanı arasında düşük düzeyde pozitif yönlü ($r= 0,194$; $p< 0,001$) doğrusal ilişki olduğu görülmüş olup, CYKÖ-K toplam puanının, KCFİ alt boyutları ile arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise CYKÖ-K toplam puanı ile cinsel istek ($r=0,177$; $p<0,01$), cinsel uyarılma ($r=0,177$; $p<0,01$), lubrikasyon ($r=0,164$; $p<0,01$), orgazm ($r=0,227$; $p<0,001$), memnuniyet ($r=0,195$; $p<0,001$) ve ağrı ($r=0,126$; $p<0,05$) puanları arasında da düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal ilişkiler olduğu görülmüştür.



Şekil 3.1. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Korelasyon Grafiği.

3.4. KCFİ Lojistik Regresyon Analizi

Çizelge 3.16. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlerin Tanımı.

Bağımlı Değişken	
Kadın Cinsel Fonksiyon Sorunu	Yok (0) (>26,55)
	Var (1) (≤26,55)
Bağımsız Değişkenler	
Yaş Grubu	
YG1	1:22-50 yaş 0: 61 yaş ve üstü
YG2	1:51-60 yaş 0: 61 yaş ve üstü
Ailenin Ekonomik Durumu	
AED1	1: Orta 0: Kötü
AED2	1: İyi 0: Kötü
Kendi Öğrenim Durumu	
KÖD1	1: İlkokul 0: Okur yazar değil/Okur yazar
KÖD2	1: Ortaokul ve üstü 0: Okur yazar değil/Okur yazar
Eşin Öğrenim Durumu	
EÖD1	1: İlkokul 0: Okur yazar değil/Okur yazar
EÖD2	1: Ortaokul ve üstü 0: Okur yazar değil/Okur yazar
Çalışma Durumu	
ÇD1	1: Evet 0: Hayır
Eş Çalışma Durumu	
EÇD1	1: Evet 0: Hayır
Düzenli Egzersiz	
DE1	1: Evet 0: Hayır

Çizelge 3.16. Devam. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlerin Tanımı.

Bağımsız Değişkenler	
Menopoza Girme Durumu	
MG1	1: Evet 0: Hayır
Sigara Kullanma Durumu	
SK1	1: Evet 0: Hayır
Ailenin Düzenli Geliri	
DG1	1: Evet 0: Hayır
Evlilik Şekli	
EŞ1	1: Görücü usulü ile 0: Tanışarak
Yaşanılan Yer	
YY1	1: Kır 0: Kent

Çizelge 3.17. KCFİ'yi Etkileyen Bağımsız Değişkenler ve Modeldeki Katsayılarının Anlamlılığı.

Bağımsız Değişkenler	B	S.E	Wald	df	Sig.	Exp (B)	B için 95% G.A.	
							En düşük	En yüksek
YG			7,871	2	0,020			
YG1	-1,094	0,813	1,808	1	0,179	0,335	0,068	1,650
YG2	-1,763	0,666	7,003	1	0,008**	0,171	0,046	,633
EŞ1	0,149	0,404	0,137	1	0,712	1,161	0,526	2,561
ÇD1	-0,545	0,554	0,968	1	0,325	0,580	0,196	1,717
EÇD1	-0,423	0,399	1,126	1	0,289	0,655	0,300	1,431
DG1	1,480	0,714	4,292	1	0,038*	4,393	1,083	17,817
AED			0,450	2	0,798			
AED1	-0,378	0,567	0,443	1	0,506	0,686	0,226	2,083
AED2	-0,375	0,690	0,295	1	0,587	0,687	0,178	2,659
KÖD			1,314	2	0,518			
KÖD1	-0,078	0,589	0,018	1	0,894	0,925	0,291	2,933
KÖD2	-0,616	0,711	0,750	1	0,386	0,540	0,134	2,175
EÖD			0,731	2	0,694			
EÖD1	-0,711	1,176	0,365	1	0,546	0,491	0,049	4,925
EÖD2	-0,943	1,220	0,597	1	0,440	0,390	0,036	4,260
SK1	-0,195	0,459	0,181	1	0,671	0,822	0,334	2,024
YY1	0,216	0,617	0,123	1	0,726	1,241	0,370	4,158
DE1	-0,161	0,400	0,162	1	0,687	0,852	0,389	1,863
MG1	1,946	0,519	14,038	1	0,000***	7,000	2,529	19,371
Sabit	1,683	1,420	1,404	1	0,236	5,382		
Model Özeti $\chi^2=75,937$ $p=0,000***$ Hosmer and Lemeshow Test; $\chi^2=4,883$ $p=0,770$								

Bağımlı değişken= KCFİ

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

B= Regresyon katsayısı

Exp (B)= Tahmini risk oranı

S.E= Standard hata

df=Serbestlik derecesi

Sig.= Anlamlılık

G.A.= Güven aralığı

Çizelge 3.17’de KCFI’ni etkileyen bağımsız değişkenler verilmiştir. Çizelge 3.17 incelendiğinde; yaş grubu, ailenin ekonomik durumu, kendi öğrenim durumu, eşin öğrenim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, düzenli egzersiz, menopoza girme durumu, sigara kullanma durumu, ailenin düzenli gelir durumu, evlilik şekli ve yaşanılan yer bağımsız değişkenleri ile oluşturulan modelin istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=75,937$; $p<0,001$). Hosmer and Lemeshow uyum iyiliği testi sonucu incelendiğinde ise modelin yeterli uyum iyiliğine sahip olduğu görülmektedir ($p>0,05$).

Modeldeki bağımsız değişkenlerin katsayı anlamlılıkları incelendiğinde ise sadece yaş grubu, düzenli gelir ve menopoza girme katsayıları anlamlıdır ($p<0,05$). Buna göre; menopoza giren kadınların menopoza girmeyen kadınlara göre cinsel fonksiyon sorunu olma olasılığı (riski) yedi (Exp (B)) kat, ailelerinin düzenli geliri olan kadınların olmayan kadınlara göre cinsel fonksiyon sorunu olma olasılığı (riski) 4,393 (Exp (B)) kat daha fazladır. 55-60 yaş aralığında olan kadınların 61 yaş ve üstünde olan kadınlara göre cinsel fonksiyon sorunu olma olasılığı (riski) ise 0,171 (Exp (B)) kat daha azdır (Çizelge 3.17).

3.5. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Çizelge 3.18. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlerin Tanımı.

Bağımlı Değişken	
Cinsel Yaşam Kalitesi	
Bağımsız Değişkenler	
Yaş	
Ailenin Ekonomik Durumu	
Kendi Öğrenim Durumu	
Eşin Öğrenim Durumu	
Çalışma Durumu	
ÇD1	1: Evet 0: Hayır
Eş Çalışma Durumu	
EÇD1	1: Hayır 0: Evet
Düzenli Egzersiz	
DE1	1: Hayır 0: Evet

Çizelge 3.18. Devam. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlerin Tanımı.

Bağımsız Değişkenler	
Menopoza Girme Durumu	
MG1	1: Hayır 0: Evet
Sigara Kullanma Durumu	
SK1	1: Hayır 0: Evet
Ailenin Düzenli Geliri	
DG1	1: Hayır 0: Evet
Evlilik Şekli	
EŞ1	1: Görücü usulü ile 0: Tanışarak
Yaşanılan Yer	
YY1	1: Kır 0: Kent

Çizelge 3.19. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Etkileyen Bağımsız Değişkenler ve Modeldeki Katsayılarının Anlamlılığı.

Bağımsız Değişkenler	B	Std. Hata	Std. Beta	t	p	B için 95% G.A.	
						Alt	Üst
Sabit	58,61 2	17,59 7		3,331	0,001	24,000	93,224
Yaş	0,414	0,136	0,245	3,057	0,002*	0,148	0,681
Ailenin Ekonomik Durumu	0,307	1,955	0,009	0,157	0,875	-3,539	4,154
Kendi Öğrenim Durumu	0,157	1,165	0,010	0,135	0,893	-2,133	2,448
Eşin Öğrenim Durumu	1,568	1,091	0,100	1,437	0,152	-0,578	3,713
Çalışma Durumu (1: Evet 0: Hayır)	3,312	4,107	0,045	0,807	0,420	-4,766	11,391
Eş Çalışma Durumu (1: Hayır 0: Evet)	-2,205	2,682	-0,053	- 0,822	0,412	-7,481	3,071
Düzenli Egzersiz (1: Hayır 0: Evet)	-1,513	2,463	-0,033	- 0,614	0,539	-6,358	3,332
Menopoza Girme Durumu (1: Hayır 0: Evet)	7,455	3,444	0,153	2,165	0,031*	0,682	14,229
Sigara Kullanma Durumu (1: Hayır 0: Evet)	0,112	3,075	0,002	0,037	0,971	-5,936	6,161
Ailenin Düzenli Geliri (1: Hayır 0: Evet)	-4,978	4,231	-0,065	- 1,177	0,240	-13,300	3,344
Evlilik Şekli (1: Görücü usulü ile 0: Tanışarak)	-5,664	2,541	-0,123	- 2,229	0,026*	-10,662	-0,665
Yaşanılan Yer (1: Kır 0: Kent)	-2,545	2,887	-0,049	- 0,881	0,379	-8,224	3,134
Model Özeti: R=0,271; R ² = 0,074; Adj. R ² = 0,041; F= 2,252; p=0,009**							

Bağımlı Değişken=Cinsel Yaşam Kalitesi

Std. Hata=Standart Hata Adj. R²: Düzeltilmiş R²

*p<0,05 **p<0,01

t, F: Test İstatistiği

GA=Güven Aralığı

p=Anlamlılık düzeyi

Çizelge 3.18’de KCFİ’i etkileyen bağımsız değişkenler verilmiştir. Çizelge 3.19’da görüldüğü gibi; cinsel yaşam kalitesini yaş, ailenin ekonomik durumu, kendi öğrenim durumu, eşin öğrenim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, düzenli egzersiz, menopoza girme durumu, sigara kullanma durumu, ailenin düzenli gelir durumu, evlilik şekli ve yaşanılan yer değişkenlerinin etkileyip etkilemediğini incelemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon modeli kurulmuştur. Model, Enter Yöntemi ile test edilmiştir. Modelde çoklu bağıntı sorunu ($VIF > 5$) ve otokorelasyon sorunu bulunmamaktadır (Durbin Watson=1,787).

Yaş, ailenin ekonomik durumu, kendi öğrenim durumu, eşin öğrenim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, düzenli egzersiz, menopoza girme durumu, sigara kullanma durumu, ailenin düzenli gelir durumu, evlilik şekli ve yaşanılan yer değişkenlerinin bağımsız, cinsel yaşam kalitesinin ise bağımlı değişken olarak kurulduğu çoklu regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=2,252$, $p < 0,01$). Cinsel yaşam kalitesinde meydana gelen değişimin %4,1’i modele dâhil ettiğimiz bağımsız değişkenler tarafından açıklanmaktadır ($Adj.R^2=0,041$) (Çizelge 3.19).

Bağımsız değişkenlerin modeldeki katsayıları incelendiğinde ise yaş, menopoza girme durumu ve evlilik şekli değişkenlerinin cinsel yaşam kalitesi üzerindeki etkisi istatistiki olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Bu anlamda, menopoza girmeyen kişilerin cinsel yaşam kalitesi, menopoza giren kişilerden 7,455 (B) kat daha fazla, görücü usulü ile evlenen kişilerin cinsel yaşam kalitesi, tanışarak evlenen kişilerden 5,664 (B) kat daha azdır, yaşın bir birim artması ise cinsel yaşam kalitesini 0,414 (B) kat artırmaktadır (Çizelge 3.19).

3.6. Ek Analizler

Çizelge 3.20. Kalp Yetmezliği Öncesi Cinsel Problemi Olan ve Olmayan Katılımcıların Cinsel Yaşamının Kalp Yetmezliğinden Etkilenme Durumu.

KY Öncesi	Cinsel Yaşamın KY'den Etkilenme Durumu	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Cinsel Problemi Olan (n=76)	Olumsuz	51	67,1
	Etkilemedi	24	31,6
Cinsel Problemi Olmayan (n=280)	Olumsuz	99	35,4
	Etkilemedi	181	64,6

Çizelge 3.20 incelendiğinde; KY tanısı konmadan önce cinsel problemi olan kadınların, %67,1'inin cinsel yaşamı olumsuz etkilenmiş iken, KY tanısı konmadan önce cinsel problemi olmayanların ise %35,4'ünün cinsel yaşamı olumsuz etkilenmiştir.

4. TARTIŞMA

Çalışmamızdan elde edilen bulgular; sosyodemografik özellikler, fiziksel sağlık durumunu etkileyen özellikler, cinsel yaşam ile ilgili bilgiler, cinsellikle ilgili bilgi alma durumu, cinsel disfonksiyona ilişkin özellikler, cinsel disfonksiyonu etkileyen faktörler, cinsel yaşam kalitesi ve cinsel disfonksiyon başlıkları altında tartışılmıştır.

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmamızda kadınların yaş ortalaması $57,45 \pm 11,592$ olarak bulunmuştur. Batı ülkelerinde KY yaş ortalaması 70 olup (Maggioni ve ark., 2013) ülkemizde bu oran 62 olarak belirlenmiştir (Çavuşoğlu ve ark., 2014). Hoekstra ve ark.'nın (2012b) çalışmasında KY yaş ortalaması 69 ± 12 , Schwarz ve ark.'nın (2008) çalışmasında 58 ± 18 , Fischer ve Bekelman'ın araştırmasında (2017) yaş ortalaması $61,7 \pm 13,6$, Steinke ve ark.'nın (2009) çalışmasında $62 \pm 10,74$, Westlake ve ark.'nın (1999) KY hastaları ve partnerleri ile yaptığı çalışmada $55,92 \pm 9,16$ ve Driel ve ark.'nın (2014) çalışmasında ise yaş ortalaması 65 olarak bulunmuştur. Araştırma sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Yaşlanma ile birlikte vasküler dirençte artma, ateroskleroz gelişimi gibi değişimler kalbin kasılma ve gevşeme yeteneğinde birtakım bozulmalara sebep olarak KY 'ne neden olur (Ashrafian, 2007; Friedrich ve Bohm, 2007; Mann ve Bristow, 2005; Mosterd ve Hoes, 2007 ve Pengo, 2004).

Çalışmamıza katılan kadınların tümü evli ya da bir partnere sahiptir. KY hastaları ve partnerlerinin cinsel yaşamı ve cinsellikle ilgili bilgi gereksinimlerinin araştırıldığı 52 hastadan oluşan bir çalışmada 47'sinin partneri olduğu (Driel ve ark., 2014) belirtilmiştir. Westlake ve ark.'nın (1999) ileri evre KY hastaları ve partnerleri ile yaptığı bir çalışmada 63 çift araştırmaya dâhil edilmiştir, Steinke ve ark. (2009) 97 hasta ile çalışmış, tüm hastaların eşi ya da partneri bulunduğunu bildirmiştir, Hoekstra'nın (2012a) çalışmasında ise katılımcıların %68'i bir partnere sahiptir. Çalışmamız literatür ile benzer özellikler göstermektedir. KY hastalarının eş veya

partnerlerinin olması kronik hastalıkla mücadele ederken psikososyal destek anlamında hastalık sürecinde onlara yardım etmekte ve yaşam kalitesini artırmaktadır (Dalteg ve ark., 2011).

Araştırmamızda katılımcıların %92,7'si çalışmamakta, eşlerinin ise %68,3'ü emekli olup, şu an aktif olarak çalışmamaktadır. Bir çalışmada katılımcıların çoğunun çalışmadığı ve emekli olduğu, emekli olanların %25'inin ise KY'den dolayı emekli olduğu bildirilmiştir (Steinke ve ark., 2009). Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi gören hastalarda yapılan bir çalışmada, olguların %62,5'u emeklidir (Baykal, 2020), yine HT'u olan bireylerde yapılan bir cinsel disfonksiyon çalışmasında katılımcıların %69,6'sının, eş ya da partnerlerinin ise %31,4'ünün çalışmadığı saptanmıştır (Ünal, 2019). Çalışmamız hastaların çalışma durumu açısından literatürle benzerlik göstermekte, ancak eş çalışma durumu açısından Ünal'ın (2019) çalışmasından farklılık göstermektedir. Bunun nedeninin araştırmamızın kadınlar üzerinde yapılmış olması nedeniyle eşlerinin yaş olarak onlardan daha büyük olmasından ayrıca çalışmaların örneklem sayılarının farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %93'ü, ailelerinin düzenli bir gelire sahip olduğunu, her ay evlerine düzenli bir para girdiğini belirtmiştir. Kadınların %69,4'ü ailelerinin ekonomik durumunu orta olarak ifade etmiştir. Fischer ve Bekelman'ın (2017) yaptıkları çalışmada katılımcıların %95'i bir gelirleri olduğunu bildirmiş, %56,8'i ise gelir durumlarını orta olarak belirtmiştir, Westlake ve ark. (1999) yaptıkları çalışmada katılımcıların %72,6'sının gelir durumlarını orta olarak ifade ettiklerini bildirmiştir, Steinke ve ark. (2009)'da yaptıkları çalışmada hastaların %80'inin bir gelirleri olduğunu %45'inin ise gelir durumlarını orta halli olarak tasvir ettiklerini bildirmiştir. Araştırmamıza katılan bireylerin yaş ortalamasının yüksek olması nedeniyle çoğunun, kendilerinin ya da eşlerinin emekli olması kaynaklı düzenli olarak bir aile gelirleri bulunmaktadır. Sonuçlarımız katılımcıların aylık düzenli bir gelire sahip olmaları açısından benzerlik gösterse de gelir durumunu algılama açısından bazı farklılıklar görülmektedir. Bunun nedeninin çalışmaların yapıldığı ülkelerin ekonomik şartları ve düzeyleri ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılanların %58,1'i eşlerinin ise %53,9'u ilkokul mezunudur. Steinke ve ark.'nın (2009) çalışmasına göre katılımcıların %17'si, Fischer ve Bekelman'ın (2017) çalışmasına göre ise %19'u yüksekokul öğreniminden daha az öğrenim gördüklerini belirtmiştir. Baykal'ın (2020) CRT hastaları üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların %50'sinin, Ünal'ın (2019) HT hastaları üzerinde yaptığı çalışmada ise hastaların %33,3'ünün ortaokul mezunu, eşlerinin ise %21,6 sının ilkokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamız bazı araştırma sonuçları ile benzer özellikler gösterirken bazıları ile farklı özellikler taşımaktadır, bunun nedeninin farklı ülkelerdeki eğitim sistemi değişiklikleri ve çalışmamızın örneklemini sadece kadınların oluşturmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. TÜİK 2019 verilerine göre; okuma yazma bilmeyen kadınların erkeklerden beş kat fazla olduğu, 2020 verilerine göre ise okuma yazma bilmeyen kadınların %6,9 olduğu bildirilmiştir.

4.2. Fiziksel Sağlık Durumunu Etkileyen Özellikler

Çalışmamızda hastaların %86,2'sinin sigara kullanmadığı %98,9'unun ise alkol kullanmadığı tespit edilmiştir. Hoekstra ve ark.'nın (2012b) çalışmasında cinsel aktivite ile ilgili problemleri olanların %14'ünde sigara kullanımı belirlenmiştir, Schwarz ve ark.'nın (2008) yaptığı çalışmada ise araştırmaya katılan kadınların %61'inde sigara kullanımı tespit edilmiştir. Steinke ve ark.'nın (2009) yaptığı çalışmada katılımcıların %21'inde sigara kullanımı saptanmış olup %33'ünde ise alkol kullanımı vardır, Baykal'ın (2020) çalışmasında sigara kullanımı %4,2 iken alkol kullanımı ise %10,4'dür, HT hastalarında yapılan bir çalışmada ise sigara kullanımı %18,6 ve alkol kullanımı %4,9'dur (Ünal, 2019). Araştırma sonuçlarımız literatürün bir kısmı ile benzer bir kısmı ile farklı özellikler göstermektedir, bu durumun ülkelerin sosyokültürel ve dini yapılarından, sigara bırakmaya yönelik politikalarından ve kişilerin sigara ve alkol tüketiminin zararlarına ilişkin bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Düşük doz alkolün faydalı etkilerinin yanı sıra uzun süre yüksek doz alkol kullanımının HT 'a ve kalbin kontraktıl yapısında bozulmalara neden olduğu bildirilmiştir (Çelik ve ark, 2002). Sigaranın ise içerdiği maddeler ile vasküler endotel yapıya zarar vererek

koroner damarlarda tıkanmaya ve uzun vadede KY'ne neden olduğu bilinmektedir (Ashrafian, 2007 ve Mann ve Bristow, 2005).

Çalışma sonuçlarımıza göre kadınların %33,4'ü fazla kilolu, %30,1'i ise birinci derece obezdir. Hoekstra ve ark. (2012b) yaptıkları çalışmada cinsel problemleri olan katılımcıların çoğunun fazla kilolu olduğunu tespit etmiştir, Steinke ve ark. (2009) ise araştırmaya katılan hastaların %58'inin birinci derece obez olduğunu bildirmiştir. Addis ve ark. (2005) kalp hastalığı olan postmenopozal kadınlar ile çalışmış ve kadınların %38'inin fazla kilolu, %34'ünün ise birinci derece obez olduğunu belirtmiştir. Ünal'ın (2019) çalışmasında ise katılımcıların %34,3'ünün fazla kilolu olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçlarımız literatürü destekler niteliktedir. Obezite ve fazla kilolu olma; KAH, KY ve kardiyak sistem üzerindeki etkilerinden dolayı birçok kardiyak komplikasyona yatkınlık oluşturur. Bu riskler arasında ani kardiyak ölüm riski de yer alır (Helvacı ve ark., 2014).

Çalışmaya katılan kadınların %23'ü düzenli olarak egzersiz yaptığını ifade etmiştir. Steinke ve ark.'nın (2009) yaptığı çalışmada, katılımcıların %88'i egzersiz yaptığını ifade etmiştir. Baykal'ın (2020) CRT hastaları ile olan çalışmasında egzersiz yapan katılımcı yüzdesi %27,1 olarak bulunmuştur, Kolay ve ark.'nın (2013) çalışmasında HT'ü olan bireylerin %20'sinin düzenli egzersiz yaptığı, Kayıhan ve Ersöz'ün (2009) çalışmasında ise bu oranın %12, 5 olduğu belirtilmiştir. Egzersizin kardiyovasküler hastalıklardan korunmada etkisi oldukça önemlidir. Bu anlamda bakıldığında; düzenli egzersiz ile aerobik kapasite artar, lipid profili düzelir, kan basıncı ve insülin ihtiyacı düşer, kilo kontrolü sağlanır ve salınan çeşitli hormonlar ile kişide kendini iyi hissetme hali gelişir (Debusk ve ark., 2000). Çalışma sonuçlarımız literatürü destekler niteliktedir, Steinke ve ark.'nın (2009) çalışmasından farklı olmasının nedeni ülkelerin sağlıklı yaşam politikalarının gelişmişliği, kişilerin eğitim, bilgi ve farkındalık düzeyinin farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda katılımcıların %75,8'inin ek bir kronik hastalığı bulunmaktadır, %79,3'unun HT'ü, %53,3'ünün DM'si, %44,1'inin HL'si, %32'sinin astım/KOAH'ı vardır. Steinke ve ark.'nın (2009) çalışmasında katılımcıların %76'sında HT,

%44'ünde DM ve %26'sında astım/KOAH vardır, Steinke ve Mosack'ın (2018) diğer bir çalışmasında ise katılımcıların %68,3'nün HT'u, %45,6'sının DM'si ve %7,8'inin ise akciğer hastalıkları olduğu belirtilmiştir. Bir başka çalışmada ise katılımcıların %84'ünde HT, %53'ünde DM, %51'inde ise KOAH vardır (Hoekstra ve ark, 2012b), Hoekstra ve ark.'nın (2012a) yaptığı bir başka çalışmada ise katılımcıların % 24'ünde KOAH varken, %22'sinde DM vardır. Schwarz ve ark.'nın (2008) çalışmasında ise kadınların %83'ünde HT, %50'sinde DM ve %38'inde HL olduğu ifade edilmiştir, Baykal'ın (2020) çalışmasında hastaların %77,1'inde ek bir hastalık bulunurken, Sunman (2012)'de katılımcıların %75'inin HT'u, %22'sinin DM'si ve %40'ının HL'si olduğunu belirtmiştir. Araştırma sonuçlarımız literatürü desteklemektedir. KY'nin en önemli risk faktörü koroner kalp hastalığıdır (Mcmurray ve ark., 2012), ikinci önemli neden ise HT'dur, bunun yanında DM ve obezite de KY'ne neden olabilir (Mcmurray ve ark., 2012 ve Baena-Diez ve ark., 2010). Toplumların yaşlanması ile KAH ve HT görülme oranları artmıştır bu yüzden KY'den korunmada altta yatan hastalıkların tedavisi ve KY risk faktörlerinin kontrol altına alınması önemlidir (Heo ve ark., 2012).

Çalışma sonuçlarımıza göre kadınların %80'i menopoza girmiş olduğunu ifade etmiştir. Maseroli ve ark.'nın (2016a) kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada katılımcıların %69'u, Maseroli ve ark.'nın (2016b) başka bir çalışmasında ise kadınların %36,6'sı menopozda olduğunu bildirmiştir, Ünal'ın (2019) çalışmasında ise kadın hastaların %79,6'sının menopoza girdiklerini belirttikleri bulunmuştur. Çalışma sonuçlarımız literatürden farklılıklar göstermektedir, bunun nedeninin diğer çalışmalarda seçilen örneklemelerin yaş ortalamasının farklı olmasından ve örneklem sayılarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Menopoz döneminde östrojen salınımı azaldığı için vazodilatasyonda ve endotel tabakasının korunmasında görev alan NO salınımı da azalmaktadır, bu nedenle menopoz dönemindeki kadınlarda kalp damar hastalıkları sıklıkla ortaya çıkabilmektedir (Tsai ve ark., 2011).

Araştırma sonuçlarımıza göre katılımcıların %98,6'sı düzenli olarak ilaç kullandığını ifade etmiştir. Bunların %79,2'si β bloker; bunun %72,8'ini ikinci kuşak metoprolol oluşturmaktadır, % 62,7'si diüretik; bunun %58,4'ünü loop grubu diüretik, %57,7'sini tiazid grubu diüretik, %33,5'ünü ise potasyum tutucu diüretik kullananlar

oluşturmaktadır, %73,8'si antikoagülan/antiagregan, %33,6'sı antilipidemik; bunun %84,2'sini statinler oluşturmaktadır, %33,4'ü ACEI, %30,8'i ARB, %35,3'ü kombine antihiperansif, %25,9'u CCB'i, %10,9'u antidepresan, %24,8'i oral antidiabetik, %12,6'sı insülin kullandığını ifade etmiştir. Driel ve ark.'nın (2014) yaptığı çalışmaya göre katılımcıların %30'u β bloker, %59,3'ü diüretik, %32,9'u ACEI kullandığını bildirmiştir, Hoekstra ve ark.'nın (2012a) yaptığı çalışmaya göre katılımcıların %74'ü β bloker, %94'ü diüretik, %81'i ACEI/ARB, %46'sı ise antilipidemik kullandığını ifade etmiştir, Hoekstra ve ark.'nın (2012b) CD'u olan ve olmayan KY hastaları ile yaptıkları çalışmada sırasıyla β bloker kullanan katılımcı yüzdesi %88 - %83, diüretik kullanan katılımcı yüzdesi %97-%94 ve β bloker kullanan katılımcı yüzdesi ise %71-%66 olarak bulunmuştur. Rundblad ve ark.'nın (2017) çalışmasında KY olan kadınların %88,6'sında β bloker kullanımı, %63,3'ünde diüretik kullanımı, %50,6'sında statin kullanımı, %43'ünde ARB kullanımı, %21,5'unda ise antidepresan kullanımı olduğu bildirilmiştir, Steinke ve ark.'nın (2009) çalışmasında katılımcıların %86'sında β bloker kullanımı, %77'sinde diüretik kullanımı, %79'unda ACEI, %10'unda ARB, %16'sında CCB, %22'sinde antidepresan kullanımı olduğu bulunmuştur. Çalışmamız KY tedavi protokolüne göre kullanılması gereken ilaçlar ve ek hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçları içermesi yönünden literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışma sonuçlarımıza göre kadınların %50,6'sı dispne, %35,2'si gece idrara çıkma, %34,3'ü ödem, %30,6'sı ise halsizlik şikâyetleri bildirmiştir. Hoekstra ve ark.'nın (2012a) çalışmasında katılımcıların %20'sinde dispne ve yine %20'sinde halsizlik olduğu belirtilmiştir, Fischer ve Bekelman'ın (2017) çalışmasında kadınların %95,5'u halsizlik ve %87,9'u dispne bildirmiştir, Steinke ve Mosack.'ın (2018) yaptığı çalışmada kalp hastalığı olan katılımcıların %71,6'sında dispne olduğu ifade edilmiştir. Araştırma sonuçlarımız literatürden farklılık göstermektedir, bunun, çalışmaların örneklemelerini (NYHA sınıflandırmasına göre) farklı evrelerden KY hastalarının oluşturması, çalışmaların araştırmaya dâhil edilme kriterlerinin farklı olması, dispnenin KY'nin ilk evrelerinde, ödemin ise KY'nin ilerleyen evrelerinde daha çok görülmesi gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. KY semptomları kişilerin cinsel yaşam kalitelerini etkilemektedir, Hoekstra ve ark.'nın

(2012a) yaptığı bir çalışmada hastalar cinsel problemlerinin kaynağının KY semptomları olduğunu ifade etmişlerdir, bu çalışmada dispne hastaların cinsel problemlerinin kaynağı olarak en fazla bildirdikleri KY semptomu olarak bulunmuştur. Bununla birlikte, KY belirtilerinden biri olan gece idrara çıkma; özellikle kalp yetmezliğinin ilk evrelerinde görülür. Gece sırt üstü düz yatıldığında yer çekimi etkisi ile kanın kalbe geri dönmesi ile ortaya çıkan noktüri, (Ashrafian, 2007) bireyin cinsel yaşam kalitesini etkileyebilir. Bu yüzden gece idrara çıkma araştırmamızda özellikle incelenmek istenen bir semptom olmuştur. Araştırma sonuçlarımıza göre; KY olan kadınlarda gece idrara çıkma, dispneden sonra onları en çok rahatsız eden KY semptomudur. KY'nin ilk evrelerinde (denge mekanizmaları ile kompensasyon sağlandığından) bir semptom olan gece idrara çıkma, hastalığın ilerleyen evrelerinde (dekompensasyon evresinde idrar çıkımı azalır) diüretiklerle desteklenmek zorundadır. Diüretikler, KY hastalarında kalbin yükünü azaltmak için kullanılan en önemli tedavidir. Bu çalışmada; diüretiklerin, kadınlarda hem CD'a neden olduğu hem de cinsel yaşam kalitesini düşürdüğü bulunmuştur. Bu sonuca göre KY olan kadınlarda diüretik tedavisi çok iyi yönetilmelidir. KY için verilen diüretik tedavisi sabah saatlerinde uygulanmalı, kişinin gece sık idrara çıkarak uykusunun bölünmesi engellenmelidir.

4.3. Cinsel Yaşamla İlgili Bilgiler

Araştırma sonuçlarımıza göre çalışmaya katılan 10 kadından yaklaşık ikisi kalp yetmezliği tanısı konmadan önce cinsel problemlerinin var olduğunu ifade etmiş, bu kadınların çoğunluğu ise (%67,1) sorunlarının KY süreciyle birlikte daha da arttığını bildirmiştir, KY tanısı öncesi cinsel problemleri olmadığını ifade eden kadınların %35,4'ü ise KY süreci ile birlikte, cinsel problemler yaşadıklarını bildirmişlerdir, kadınların yarıdan fazlası ise KY'nin cinsel yaşamlarını etkilemediğini bildirmiştir. Schwarz ve ark.'ının (2008) yaptığı çalışmada kadınların %50'sinin KY'den önce cinsel problemlerinin var olduğunu ifade ettiklerini bildirirken, %29'u son altı ayda cinsel fonksiyonlarında sabit bir düşüş olduğunu, %67'si ise cinsel aktivitelerinde hiçbir değişiklik olmadığını bildirmiştir, Hoekstra ve ark.'nın (2012b) çalışmasında

ise cinsel problemleri olduğunu ifade eden hastaların %50'sinin KY'nin cinsel aktivitede bulunurken onları olumsuz etkilediğini ifade ettikleri, %48'inin taburculuktan bir ay sonra cinsel problemlerinin başladığını ve %70'i bu problemlerin 18 aya kadar devam ettiğini ifade etmişlerdir, taburculuktan bir ay sonra herhangi bir cinsel problemi olmadığını ifade eden hastaların ise %27'si 18 ay sonraki kontrol takiplerinde cinsel problemleri olduğunu ifade etmişlerdir. Steinke ve ark.'nın (2009) çalışmasında ise katılımcıların %26'sı KY'den önce cinsel problemlerinin olduğunu bildirmiştir. Ayrıca bu çalışmada %44'ünün KY'den sonra daha az cinsel aktivitede bulunduklarını ifade ettikleri ve %17'sinin ise cinsel yaşamlarının KY'den etkilenmediğini ifade ettikleri bildirilmiştir, Addis ve ark.'nın (2005) yaptıkları çalışmada kadınların %32,8'inin kalp hastalıkları sonrası cinsel problemleri olduğunu ifade ettikleri, Fischer ve Bekelman'ın (2017) yaptıkları çalışmada ise kadınların %37,9'unun KY nedeniyle cinsel problemler yaşadığı bildirilmiştir. Araştırma sonuçlarımız literatür ile benzer ve farklı sonuçlar içermektedir. Bunun, yapılan araştırma tasarımlarının farklı oluşu, araştırmaların örnekleminin homojen olmaması, araştırmamızın kontrol grubu olmaması ve sadece kadın hastalar üzerinde yapılmış olması gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırma bulguları bize cinsellikle ilgili problemlerin KY yönetimi sırasında birden fazla kez değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Araştırma sonuçlarımıza göre on kadından yaklaşık dördü KY sonrası (şu anda) cinselliğin önemli olduğunu düşünmektedir. Ayrıca bu çalışmada kadınların %29,2'si ise cinsel ilişki sırasında KY semptomlarının kötüleşmesinden ve bu nedenle ölmekten korktuklarını ifade etmiştir. Schwarz ve ark.'nın (2008) yaptığı çalışmada; kadınların %38'i cinselliğin şu anda onlar için önemli olduğunu bildirmiştir, kadınların %25'i ise cinsel aktivitenin kardiyak durumları için tehlikeli olabileceğini düşündüklerini iletmişlerdir. Mosack ve Steinke'nin (2009) yaptığı bir nitel çalışmada hastalar, eşlerinin/partnerlerinin cinsel aktivite sırasında onların kardiyak durumlarının kötüleşmesi ile ilgili önemli derecede kaygıları olduğunu bildirmiştir. Hoekstra ve ark.'nın (2012b) çalışmasında katılımcıların %26'sının cinsel ilişki sırasında kardiyak durumlarından dolayı kötüleşme korkusu yaşadıkları için, %13'ünün ise eşlerinin/partnerlerinin onların kötüleşmesinden korktukları için cinsel problemler

yaşadıklarını ifade etmişlerdir, yine bu çalışmada hastalar KY öncesine göre cinselliğin öneminin ve cinsel memnuniyetin oldukça azaldığını bildirmiştir. Bu durum kronik bir hastalıkla yaşarken, yaşamdan beklentilerin ve yaşam önceliklerinin değişmesine verilen refleks bir tepki olarak görülebilmektedir (Verschuren ve ark., 2010). Ayrıca araştırmamız sırasında hastaların büyük bir kısmının dini ve kültürel inançları dolayısı ile ölmekten korkmadıklarını ifade etmelerine rağmen, eğitim almak istedikleri konular arasında ilk sıralarda cinsel aktivitenin KY semptomlarını kötüleştirebilme ve cinsel ilişki sırasında ölme riski olması, bireylerin cinsel konuları ifade ederken zorlandıklarını ve cinsellikle ilgili tabularının olduğunu göstermektedir. Araştırma sonuçlarımız literatürü desteklemektedir.

Araştırma sonuçlarımıza göre; çalışmaya katılan on kadından yaklaşık üçü KY tedavisi için kullandıkları ilaçların cinsel yaşamlarını etkilediğini düşünmektedir, %5,9'u ise etkilediğini düşündükleri için ilaçlarında doz atlama ya da tamamen bırakma davranışı gösterdiklerini bildirirken, sadece bir kadın cinsel isteğini/gücünü artırsın diye takviye kullandığını belirtmiştir. Schwarz ve ark.'nın (2008) çalışmasında kadınların sadece bir tanesi, cinsel problemlerini kendi kendine tedavi edebilmek için reçetesiz ilaç kullandığını bildirmiştir. Hoekstra ve ark.'nın (2012a) çalışmasında ise hastaların eklenen her ilaç için öncesine göre %13 daha az cinsel aktivitede bulunduklarını bildirdikleri saptanmıştır. Araştırma sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Hastaların KY tedavisinin cinsel problemlere neden olacağı konusundaki yanlış inanç ve tutumları, tedaviye uyumsuzluğa ya da cinsel isteği/gücü artıran takviye ürünlerin yanlış kullanımına neden olmaktadır (Kiowski ve ark., 2006), bu nedenle KY hastaları ile cinsellikle ilgili korku ve endişeleri tartışılmalı, probleme yönelik danışmanlık sağlanmalıdır.

Araştırma sonuçlarımıza göre kadınların yaklaşık dörtte biri KY sonrası aile içi rol ve görev dağılımında bir değişiklik olduğunu ve yarısından fazlası bunun cinsel yaşamlarını etkilemediğini bildirmiştir. Kadınların %89,3'ü KY sonrası kendilerine verilen diyet değişikliklerinin eşleri ile olan ilişkilerini etkilemediğini ifade etmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda eş ya da partnerler ev içinde her gün yeni bir görevle karşılaştıklarını ve eşlerinden bu görevleri devir aldıklarını bildirmiş, dayanışma

içinde birlikte günlük ev işlerini yaptıklarını ve eşlerine verilen diyetle, birlikte uyduklarını ifade etmişlerdir (Luttik ve ark., 2007; Mahrer-Imhof ve ark., 2007 ve Svedlund ve Danielson, 2004). Bir başka çalışmada ise hastalar eşlerinin destekleyici olmadıklarını, günlük ev işlerinde sorumluluk almadıklarını bu yüzden kendilerinin bir çözüm yolu bulmaya çalıştıklarını ifade ettikleri bildirilmiştir (Eriksson ve ark., 2009). Stewart ve ark.'nın (2000) yaptığı çalışmada ise hasta ve eş/partnerlerinin KY tanısı sonrası normalleşmeye ve duruma alışmaya çalıştıklarını, diyet ve yaşam şekli değişikliklerinin eşleri için önemli bir stres faktörü olduğunu bu anlamda eşlerinin anlayışlı ve uyumlu olmadığını, iletişim problemleri yaşadıklarını ifade ettiklerini belirtmiştir. Araştırma sonuçlarımızın literatürden benzer ve farklı yönleri bulunmaktadır, bunun nedeninin diğer çalışma tasarımlarının nitel olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların yaklaşık yarısı KY sonrası eşinin/partnerinin kendine karşı aşırı koruma davranışı geliştirdiğini belirtirken, çoğunluğu (%67,5) bu davranışın onların kendilerini daha değerli ve önemli hissetmesine neden olduğunu, büyük bir kısmı da (%70,4) aşırı koruma davranışının cinsel yaşamlarını olumsuz etkilemediğini bildirmiştir. Dinesen ve ark.'nın (2008) sekiz hasta ve altı partner ile yaptığı nitel çalışmada, hastalar bazı durumlarda partnerlerinin aşırı dominant ve kontrolcü olduğunu bildirmiştir. Lukkarinen ve Kyngas'ın (2003) yaptığı çalışmada ise; eşlerinin/partnerlerin ev işlerinin hastalar üzerinde fiziksel bir stres yaratmasından çekindiklerini, onları korumaya çalıştıklarını ve hatta cinsel aktivitelerinde de bu yüzden düşüş yaşadıklarını belirttikleri bildirilmiştir. Bazı çalışmalarda, hastaların eş/partnerlerinin iyi niyetli düşüncelerinin farkında olduklarını ancak bu durumun onlara işe yaramaz, hastalıklı bir birey gibi hissettirdiğini, bazen eşlerinin bir anne gibi davrandıklarını bu yüzden kendilerinin de belli bir süre sonra birşeyler yapmaktan geri çekildiklerini ve otonomilerini kaybettiklerini hissettiklerini bildirmiştir (Goldsmith ve ark., 2006; James ve ark., 2001; Steinke ve ark., 2005; Stewart ve ark., 2000; Svedlund ve Danielson, 2004 ve Wang ve ark., 2007). Araştırma sonuçlarımız literatürden farklılıklar göstermektedir bunun nedeninin diğer çalışmaların nitel tasarıma sahip olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma sonuçlarımıza göre çalışmaya katılan on kadından yaklaşık üçü (%30,9) KY' ne alışma sürecinin cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini ifade ederken, dördte biri (%25,8) KY'den dolayı yaşadıkları cinsel problemlere eşlerinin/partnerlerinin anlayışsız/agresif yaklaştığını ifade etmiştir. Bazı çalışmalarda hastalar, hastalığa alışma süreçlerinin cinsellikten zevk alma durumunu engellemediğini, hatta onları daha da yakınlaştırdığını sadece cinsel aktivite sırasında daha dikkatli olduklarını, cinsel aktivite sıklığını ve tarzını değiştirdiklerini ifade etmişlerdir (Mahrer-Imhof ve ark., 2007; Rohrbaugh ve ark., 2002; Steinke ve ark., 2005; Svedlund ve Danielson, 2004 ve Wang ve ark., 2007). Schwarz ve ark.'nın (2008) yaptığı çalışmaya göre kadınların %21'i KY kaynaklı cinsel problemlerinin olmasına eşlerinin anlayışsız davrandığını belirtmiştir. Luttik ve ark.'nın (2007) çalışmasında ise bazı çiftler KY tanısı konulduktan belli bir süre sonra hastalığa alıştıklarını, bazıları ise adaptasyon sıkıntısı yaşadıklarını ve cinsel aktivitede düşüş problemleri olduğunu ifade etmişlerdir. Moser ve Dracup'un (2004) yaptığı bir çalışmada ise hastalar, eşlerinin/partnerlerinin kendilerinden daha fazla endişeli olduğu için hastalığa adaptasyonda ve cinsel yaşamda bazı problemler yaşadıklarını bildirmiştir. Araştırma sonuçlarımız literatürle benzerlikler ve farklılıklar göstermektedir, farklı olan çalışmalarda hasta ve partnerleri ile yazılı ifade (günlükler ve alan notları gibi) şeklinde nitel tarzda bilgi alınmıştır, farklılığın bundan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

4.4. Cinsellikle İlgili Bilgi Alma Durumu

Araştırma sonuçlarımıza göre araştırmaya katılan 10 kadından yaklaşık sekizi (%80,6) cinsellikle ilgili sağlık personeli ile hiç konuşmadığını bildirmiştir. Konuşmadığını belirten kadınların ise yaklaşık yarısı (%43,8) cinsel yaşamla ilgili konuştuğunda utandığını, 10 kadından üçü ise (%30,1) konuştuğu sağlık bakım profesyoneli ile utandırmaktan korktuğunu belirtmiştir. Katılımcıların neredeyse tamamı (%98) cinsellikle ilgili hiç bilgilendirilmediğini, %19,4'ü ise bilgilendirilmek istediğini ifade etmiştir. Bilgilendirilmek istenilen konular arasında ilk sırada %47,8 ile genel cinsel yaşam başlığı altında; KY fizyopatolojisi, cinsel aktivitenin fizyolojik

sonuçları, KY'nin psikolojik etkileri gelmektedir. İkinci sırada %21,7 ile KY'nin cinsel isteği nasıl etkilediği ve bu konuda neler yapılabileceği, üçüncü sırada %18,8 ile cinsel aktivitenin KY semptomlarını kötüleştirebilme olasılığı ve cinsel ilişki sırasında ölüm riski, dördüncü sırada %17,4 ile KY ve ek hastalıklar için kullanılan ilaçların cinsellik üzerine etkileri, daha sonrasında ise %10,1 ile cinsel ilişki sırasında ağrı, %7,2 ile orgazm ve %4,3 ile uyarılma gelmektedir. Schwarz ve ark.'nın (2008) çalışmasında kadınların %75'i cinsellikle ilgili hiç bilgilendirilmediklerini ifade ederken, %38'i bilgilendirilmek istediklerini bildirmiştir. Bryne ve ark.'nın (2013) çalışmasına göre kardiyak hastaların %50'si cinsel yaşamla ilgili bilgilendirilmek istediklerini ifade etmiştir, bu hastaların %34'ü cinsellikle ilgili konuşurken utandığını ifade ederken, %11'i ise konuştuğu sağlık personelinin utandırmaktan korktuğunu bildirmiştir. Westlake ve ark.'nın (1999) çalışmasına göre KY olan hastalar mutlaka eşleri ile birlikte, cinsel aktivitenin kalp üzerine fizyolojik etkisi ve kullanılan ilaçların cinsel yaşamı nasıl etkilediği ile ilgili bilgilendirilmelidir, yine bu araştırma sonucuna göre hastaların ve eşlerinin/partnerlerinin cinsel problemlerinin seviyesi ile bilgi ihtiyaçları arasında bir ilişki bulunamamıştır, sonuç olarak tüm KY hastaları cinsel problemlerinin seviyesine bakılmaksızın eşleri ile birlikte cinsellik konusunda bilgilendirilmelidir. Driel ve ark.'nın (2014) çalışmasına göre hastaların çoğunun bilgi almak istediği alan eş ile olan ilişki (endişeler, duygular, anksiyete, aşırı koruma davranışı, cinsel ilişki) partnerlerinin en çok bilgi almak istediği alan ise cinsel aktivitenin KY semptomlarını nasıl etkilediği olmuştur, bununla birlikte bu çalışmada hem hastalar hem de partnerleri için ilaç tedavisi ve psikolojik faktörlerin cinsel yaşam üzerine etkisi, daha az bilgi alınmak istenen alanlar olarak bulunmuştur. Araştırma sonuçlarımız literatürle benzerlikler ve farklılıklar göstermektedir, bu farklılıkların nedenlerinin çalışmaların yapıldığı ülkelerdeki kardiyak rehabilitasyon ve cinsel danışmanlık protokollerinin farklı olmasından, bireylerin bilgi düzeyi, eğitimi, sosyokültürel yapıları ve dini inançları ile ilgili bazı farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

4.5. Cinsel Disfonksiyona İlişkin Özellikler

Araştırmamızda, kadınların KCFİ puan ortalaması $13,64 \pm 10,956$ olarak bulunmuş olup, %84,8’inde CD varlığı belirlenmiştir. Schwarz ve ark.’nın (2008) KY hastaları ile yaptığı bir çalışmada kadınların %87’sinde CD varlığı bulunmuştur. Baykal’ın (2020) CRT uygulanan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada kadınların %64,7’sinde, Ünal’ın (2019) HT hastaları üzerinde yaptığı çalışmada kadınların %69,4’ünde, Bayram’ın (2020) hemodiyaliz hastaları üzerinde yaptığı çalışmada hastaların tamamında ve Garibova’nın (2015) postmenopozal kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada %64,6’sında CD varlığı bildirilmiştir. Çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların KCFİ’den aldıkları en yüksek puan ortalaması $8,78 \pm 8,9$ olup bunu uyarılma alt grubundan, en düşük puan ortalaması ise $3,41 \pm 1,9$ olup bunu cinsel istek alt grubundan almıştır. Schwarz ve ark.’nın (2008) yaptığı çalışmada kadınların %87’sinde cinsel istek ya da uyarılmada azalma olduğu, %80’inde lubrikasyonda azalma olduğu ve bu kadınların %50’sinin cinsel ilişki sırasında vajinal ıslanmada daha fazla azalma yaşadıklarını bu nedenle ilişki sırasında ağrı olduğunu ifade ettikleri ve bundan dolayı %76’sının başarısız cinsel ilişki bildirdikleri bulunmuştur. Bu araştırmaya göre lubrikasyonda azalma şikayetleri kadınların yarısından fazlasında, KY başlangıcından önce görülmeye başlamıştır. Literatürde cinsel istek alt grubu KY’den en çok etkilenen alan olarak görülmektedir (Jaarsma ve ark., 2014, Levine ve ark., 2012 ve Westlake ve ark., 1999). Araştırmamız literatürle benzerlik göstermektedir.

4.6. Cinsel Disfonksiyonu Etkileyen Faktörler

Çalışmamızda yaşın, CD varlığını etkilediği bulunmuştur, araştırmamıza göre 55-60 yaş aralığındaki kadınların 61 yaş üstü kadınlara göre CD sorunu olma riski 0,171 kat daha azdır. Schwarz ve ark.’nın (2008) 40-76 yaş arası kadınlarda yaptığı çalışmada hastaların çoğu, kardiyak durumlarının ve cinsel fonksiyonlarının

kötüleşmesinin nedeninin ilerleyen yaşları olduğunu bildirmiştir, Hoekstra ve ark.'nın (2012a) 65 yaş üstü KY hastalarında yaptığı çalışmada katılımcıların %56'sı cinsel fonksiyonda problem bildirmiştir. Lindau ve ark.'nın (2007) 57-85 yaş aralığındaki sağlıklı yaşlılarla yaptıkları bir çalışmada, araştırmaya katılanların %20-30 kadarının cinsel problemleri olduğunu ifade ettikleri bu katılımcıların en sık belirttikleri cinsel problemlerin %43'ünü cinsel istek azalması, %39'unu ise lubrikasyonda zorluk oluşturmaktadır. Yaşla ilgili yapılan çalışmaların çoğu, KY'den bağımsız olarak yaşlanma süreci ile birlikte gelişen vasküler hasar, kas gücü yetersizliği ve hormonal bazı değişimlerin cinsel disfonksiyona neden olabileceğini belirtmiştir (Hoekstra ve ark., 2012a; Jaarsma, 2002 ve Steinke ve ark., 2015). Araştırmamıza göre kalp yetmezliği olan, yaşlı kadın hastalarda cinsel disfonksiyon görülme oranı oldukça yüksektir, yaşla birlikte gelişen azalmış istek, eşlik eden kronik hastalıklar, partner/eşin olmayışı, var olan eşin/partnerin kronik hastalıkları ve/veya cinsel disfonksiyonu olmasının da bu oranın artışına katkıda bulunabileceği düşünülmektedir (Jaarsma, 2017; Jelavic ve ark., 2018 ve Steinke, 2010). Araştırmamız literatürü desteklemektedir.

Araştırmamızda kendisi ve eşi şu an aktif olarak çalışmayan ya da emekli olanlarda CD varlığının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Ünal'ın (2019) HT hastaları ile yaptığı çalışmada benzer olarak eşi çalışmayanlarda (%43,1) CD varlığının daha fazla olduğu bulunmuştur, Yıldız ve Pınar'ın (2004) çalışmasında emekli (%15,7) ve ev hanımı (%10,3) olan katılımcılarda CD varlığının anlamlı derecede yüksek olduğunu bulmuştur. Steinke ve ark.'nın (2009) KY hastaları ile yaptığı bir çalışmada ise cinsel olarak aktif olan ve olmayan hastalar arasında çalışma durumu açısından bir fark bulunamamıştır. Araştırmamız literatürle benzerlik göstermektedir, bu çalışmanın Steinke ve ark.'nın (2009) çalışmasından farklı olmasının sebebinin; Steinke ve ark.'nın (2009) çalışmasında bir ölçek kullanılmamış olması ve katılımcıların cinsel fonksiyonlarının değil, cinsel aktivitelerinin değerlendirilmiş olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda ailenin düzenli bir geliri olmasının CD varlığını etkilemediği, ailesinin ekonomik durumunun kötü olduğunu ifade eden kadınların ise sadece

uyarılma ve orgazm olmada azalma yaşadıkları bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda gelir durumu ile CD arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Çamcı ve Can, 2014; Fischer ve Bekelman, 2017; Steinke ve ark., 2009; Steinke ve Mosack, 2018; Singh ve ark., 2009 ve Ünal, 2019;). Baykal'ın (2020) CRT uygulanan KY hastaları ile yaptığı bir çalışmada ise gelir durumunun sadece uyarılma alt boyutunu etkilediği saptanmıştır. Araştırma sonuçlarımıza göre algılanan kötü ekonomik durum, kadında uyarılma ve orgazmda azalmaya neden olmaktadır. Bunun sebebi; kadında cinsel aktiviteyi psikososyal faktörlerin de etkiliyor olmasıdır (Dunn ve ark., 1999; Esposito ve ark., 2004; Maseroli ve ark., 2016b ve Witting ve ark., 2008). Araştırma sonuçlarımız literatürü desteklemektedir.

Araştırma sonuçlarımıza göre kadınların ve eşlerinin/partnerlerinin öğrenim durumunun CD varlığını anlamlı derecede etkilediği, öğrenim durumu arttıkça CD varlığının azaldığı belirlenmiştir. Addis ve ark.'nın (2005) kalp hastalıkları olan postmenopozal kadınlarda yaptığı bir çalışmada daha iyi eğitimi olan kişilerin daha düşük cinsel problem skoruna sahip olduğu belirtilmiştir bir başka çalışmada ise arteriyel HT tanısı almış kadınlarda eğitim düzeyi düştükçe CD varlığının arttığı bildirilmiştir (Nascimento ve ark., 2013). Tashbulatova ve Arıdoğan'ın (2007) çalışmasında ise eğitim düzeyi arttıkça cinsel istek, memnuniyet ve orgazmda artma olduğu saptanmıştır. Steinke ve ark.'nın (2015) yaptığı çalışmada ise eğitim seviyesindeki her bir derece yükselme için katılımcıların %50 daha fazla cinsel aktivite ifade ettiklerini bildirmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda ise eğitim durumunun CD varlığını etkilemediği bulunmuştur (Lindau ve ark., 2007; Maseroli, 2016a; Oniz ve ark., 2007 ve Ünal, 2019). Araştırma sonuçlarımız literatürle benzerlikler ve farklılıklar göstermektedir. Bunun araştırmanın yapıldığı yer, örneklem büyüklüğü, örneklem homojen olmaması, dahil edilme kriterleri gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma sonuçlarımıza göre sigara, alkol kullanımı, BKİ ve egzersiz ile CD varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda sigara içme ve BKİ ile CD varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı bildirilirken (Fischer ve Bekelman, 2017; Hoekstra ve ark., 2012b ve Steinke ve ark., 2015),

Maseroli ve ark.'nın (2016a) kadın cinsel fonksiyonu ile ilgili yaptıkları bir çalışmada BKİ'si yüksek olan kadınlarda CD görülme oranının daha fazla olduğu bulunmuş, aynı çalışmada sigara ile CD arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Düzenli egzersiz yapma ve CD varlığı arasında anlamlı ilişkinin bulunmadığı çalışmalar (Steinke ve ark., 2009 ve Ünal, 2019) olmasına rağmen, Flynn ve ark.'nın (2009) KY hastalarında egzersizin etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, egzersizin cinsel aktiviteyi ve yaşam kalitesini olumlu yönde geliştirebileceği bildirilmiştir. Araştırma sonuçlarımız literatür ile benzerlik ve farklılıklar göstermektedir. Bunun, çalışmaların örneklemi oluşturulan bireylerden sigara/alkol kullanan ve egzersiz yapan katılımcı sayısının farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırma sonuçlarımıza göre KY ile birlikte ek kronik hastalığı olanlarda CD görülme oranı daha fazladır, eşlik eden hastalıklardan sadece HT ve renal hastalıklar ile CD arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur, HT'ü olan kadın hastaların olmayanlara göre özellikle uyarılma olmak üzere cinsel istek hariç tüm alanlarda anlamlı bir azalma yaşadığı, KY'ne ek olarak renal hastalığı olanların ise özellikle istek olmak üzere, uyarılma ve orgazm alanlarında anlamlı bir düşüş yaşadıkları bulunmuştur. Mor ve ark.,'nın (2014) yılında hemodiyaliz alan kadın hastalarla yaptığı bir çalışmada, kadınların %89'unda CD varlığı saptanmış olup bunların %43'ü özellikle cinsel istekte azalma bildirmiştir. Steinke ve Mosack'ın (2018) çalışmasına göre KAH'ı ve akciğer hastalığı olan bireylerin daha az cinsel aktivite bildirdikleri bulunmuştur, Steinke ve ark.'ı (2009) yaptıkları bir başka çalışmada ise HT'un cinsel aktiviteyle anlamlı bir ilişkisinin olmadığını, DM'si olan bireylerin ise daha az cinsel aktivite bildirdiklerini tesbit etmiştir. Duncan ve Bateman'ın (1993) yaptığı bir çalışmaya göre kadınlar HT 'un CD'na neden olduğunu ifade etmişler, vajinal lubrikasyonda ve orgazmda azalma ve cinsel ilişki sırasında ağrı artışı bildirmişlerdir. Araştırmamız literatürle benzerlikler ve farklılıklar göstermektedir bunun araştırmada kullanılan ölçekler, örneklemin yaş ortalaması, örneklemin genişliği ve KY hastalarının çoğunda HT bulunmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. HT en sık görülen KY sebebidir ve bunu KAH izler, endotel tabakasına zarar veren bu hastalıklar kadınlarda lubrikasyonda azalmaya, uyarılma problemlerine ve dolayısı ile ağırlı cinsel ilişkiye neden olabilir (Jaarsma ve ark., 2014 ve Steinke, 2010).

Araştırma sonuçlarımıza göre menopoza varlığı CD'ü artırır. Yapılan regresyon analizine göre KY olan kadınlarda menopoza varlığı CD riskini yedi kat artırmaktadır. Addis ve ark.'nın (2005) yaptığı çalışmada kalp hastalığı olan postmenopozal kadınların yaşlılar da cinsel aktivitelerinin devam ettiği ve kadınların %75'inin cinsel fonksiyon problemleri bildirdiği belirtilmiştir. Maseroli ve ark.,'nın (2016b) yaptığı çalışmada ise kadınlarda CD'un menopoza ve menopoza kaynaklı problemlerle doğrudan ilişkili olduğunu bulmuştur. Ünal'ın (2019) HT hastaları ile yaptığı çalışmada menopoza varlığının CD'ü etkilediği bulunmuştur. Özerdoğan ve ark.'nın çalışmasında ise 45-65 yaş arası kadınlarla çalışılmış ve menopoza ile CD arasında ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Araştırmamız literatürü desteklemektedir. Menopozla birlikte östradiol seviyesinin azalması, azalmış vajinal lubrikasyona ve ağırlı cinsel ilişkiye neden olmaktadır. Azalmış cinsel istek ve östradiol seviyesi arasındaki ilişki ise tartışmalıdır (Faubion ve Jordan, 2015). Postmenopozal kadınlardaki azalmış cinsel istek daha çok psikolojik kökenli bulunmuştur (Wierman ve ark., 2014). Bu yüzden menopozun CD'a neden olması daha çok azalmış lubrikasyonla bağlantılıdır denilebilir.

Araştırma sonuçlarımıza bakıldığında kullanılan ilaç sınıfına göre CD varlığında değişimler olduğu belirlenmiştir. Buna göre β bloker kullanan kadınlarda özellikle istek ve uyarılma olmak üzere tüm alt gruplarda azalma saptanmıştır. İkinci kuşak β blokerlerden metoprololün CD'ü etkilemediği, 3. Kuşak β blokerlerden nebivolol ve karvedilol karşılaştırıldığında ise; nebivolol kullanan kadınlarda karvedilol kullananlara göre anlamlı derecede daha fazla CD görüldüğü bulunmuştur. Diüretik kullanımının CD varlığını artırdığı bulunurken, diüretik alt gruplarından hiç birinin (looplar, tiazidler, potasyum tutucu diüretikler) CD ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı bulunmuştur. Çalışmamız göstermiştir ki ACEI kullanan kadınlarda daha fazla CD görülmektedir. Bununla birlikte bu kadınlarda özellikle lubrikasyonda azalma ve cinsel ilişki sırasında ağrı görüldüğü bulunmuştur. ARB kullanan kadınlarda ise daha fazla CD görülürken özellikle cinsel istekte olmak üzere uyarılma ve orgazmda da azalma tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarımıza göre CCB kullanan hastalarda CD varlığının anlamlı derecede yüksek olduğunu söyleyebiliriz bununla birlikte CCB/ARB/ACEI'lerinin tiazid grubu diüretiklerle kombine edildiği antihipertansifleri

kullanan kadınlarda CD varlığı ile ilgili ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aynı zamanda diğer antihipertansifler başlığı altında araştırdığımız α blokerlerden doksazosini içeren, renin inhibitörlerinden alisikreni içeren ve aldosteron antagonisti olan eplerenonu içeren ilaçları kullanan kadınlarda anlamlı derecede yüksek oranda CD varlığı saptanmıştır. Eşlik eden hastalıklardan DM tedavisinde kullanılan oral antidiyabetiklerin ise CD varlığını artırdığını çalışma sonuçlarımıza göre söyleyebiliriz. Araştırma bulgularımıza göre KY hastalarının sıklıkla kullandığı antilipidemiklerin, statinlerin, antikoagülan/antiagreganların, pozitif inotropik digoksinin, eşlik eden kronik hastalıklardan DM tedavisi için kullanılan insülinin, hipotiroidi için kullanılan levotiroksinin ve antidepresanların CD varlığı ile anlamlı bir ilişkisi bulunamamıştır. Frazen ve ark.'nın (2001) yaptığı bir çalışmada metoprolol kullanan hastaların cinsel yaşamlarının etkilenmediği bulunmuştur, Jaarsma ve ark.'nın (2014) çalışmasında ise KY tedavisinde, CD üzerine (α blokajı ile vazodilatasyona neden olduğu için) olumlu etkileri olduğu düşünülen metoprolol ve carvedilolün tercih edilmesi gerektiği bildirilmiştir. Steinke ve Mosack'ın (2018) yaptığı çalışmada potasyum tutucu diüretiklerin ve antilipidemik ajanların azalmış cinsel aktiviteye neden olduğu bildirilmiştir, Faubion ve Jordan'ın (2015) yaptığı bir çalışmada antilipidemiklerin, β blokerlerin, digoksinin, potasyum tutucu diüretiklerin (spironolakton) cinsel istekte azalmaya neden olduğu bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada digoksinin orgazm bozuklukları yapabildiği ve antidepresanların ise istek, uyarılma ve orgazm bozukluklarına neden olabildiği belirtilmiştir (Faubion ve Jordan, 2015). Steinke ve ark. (2015) yaptıkları bir başka çalışmada ise birinci ve üçüncü kuşak β blokerlerin, CCB'nin, diüretiklerin ve loop grubu diüretiklerin cinsel aktiviteyi olumsuz etkilediğini, cinsel aktivite değişimlerinin en önemli öngördürücülerinin (prediktörlerinin) ise ilaç sayısı, eğitim durumu ve gelir düzeyi olduğunu bildirmiştir. Maseroli ve ark. (2016a) ise kadınlarda oral antidiyabetikleri, antilipidemikleri, antihipertansifleri ve antidepresanları CD varlığı ile ilişkili bulmamış, insülin kullanımının ise CD varlığını artırdığını saptamıştır. Hoekstra ve ark.'nın (2012a) yaptığı çalışmada β bloker kullanan hastalarda daha fazla cinsel problem olduğu bulunmuş; ACE/ARB, diüretik ve antilipidemik kullanımı ile cinsel problem varlığı arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Rundblad ve ark.'nın (2017) çalışmasında kadınlarda CD varlığı sadece depresyonla ilişkili bulunmuş, β

blokerler, digoksin, diüretikler, ARB, statinler ve antidepresanlar ve CD arasında önemli bir ilişki bulunamamıştır, yine Hoekstra ve ark.,'nın (2012b) diğer bir çalışmasında β blokerler ve ilaç sayısı CD varlığı ile ilişkili bulunmamıştır. Araştırmamız literatürle benzerlikler ve farklılıklar göstermektedir, bu duruma farklı evrelerdeki KY hastalarının örnekleme yer alması, katılımcıların HT'lerinin kontrol altında olup olmaması ve çalışmalardaki örneklem genişliğinin farklı olmasının neden olabileceği düşünülmektedir. KY tedavisinde kullanılan ilaçların cinsel fonksiyon üzerine istenmeyen yan etkileri olabilmektedir bu ilaçlardan başlıcaları β blokerler ve diüretiklerdir. KY tedavisinde sıklıkla kullanılan β blokerlerin cinsel istek kaybına neden oldukları bildirilmiştir (Nicolai ve ark., 2013), bu etkilerinin, sempatik sinir sistemini inhibe etmelerinden ve testosteron seviyesinde azalmaya neden olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir (Barksdale ve Gardner, 1999). Diüretik ilaçlar β blokerlerden sonra CD'dan sorumlu ikinci ilaç olarak görülmektedir, ancak etki mekanizmaları tam olarak açıklanamamıştır (Chang ve ark., 1991). Diüretiklerden hidroklorotiazid ve klortalidon kullananlarda libido kaybı görülürken (Chang ve ark., 1991 ve Lindholm ve ark., 2003), tiazidlerin kadınlarda vajinal lubrikasyonda azalmaya neden olduğu bulunmuştur (Duncan ve Bateman, 1993). Diüretiklerin başka bir grubundan spironolakton bir potasyum tutucu diüretiktir ve etkisini aldosteronu antagonize ederek gösterir. Bu yüzden CD'a ve menstrual dengesizliklere neden olur (Epstein ve Calhoun, 2011). Sonuç olarak KY tedavisi eğer hastada cinsel problemlere neden oluyorsa aynı sınıftan başka bir ilaçla değiştirilmeli ya da başka bir alternatif tedavi yöntemi bulunmalıdır (Levine ve ark., 2012).

4.7. Cinsel Yaşam Kalitesi ve Cinsel Disfonksiyon

Araştırmamızda KY olan kadın hastaların CYKÖ-K puan ortalaması $75,49 \pm 19,37$ olarak bulunmuştur. Çalışmamıza katılan kadınların sosyodemografik özelliklerini incelediğimizde yaptığımız regresyon analizine göre yaştan bir birim artması cinsel yaşam kalitesini 0,414 kat artırmakta iken, görücü usulü ile evlenen kadınların cinsel yaşam kalitesi tanışarak evlenenlere göre 5,664 kat daha düşüktür. Ailesinin düzenli bir geliri olmadığını ifade edenlerin, eğitim durumu iyi

olmayanların, cinsel yaşam kalitesi daha düşük bulunmuşken, KY dışında başka bir kronik hastalığı olmayan kadınların cinsel yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre; menopoza girmeyen kadınların cinsel yaşam kalitesi menopoza girenlerden 7,455 kat daha yüksek bulunmuştur. Çalışma sonuçlarımıza göre, KY öncesinde de cinsel sorunları olduğunu söyleyenlerin, bu hastalığın onların cinsel yaşamını olumsuz etkilediğini bildirenlerin, cinselliğin şuan için önemli olmadığını düşünenlerin, kullandıkları ilaçların cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini ifade edenlerin, cinsel ilişki sırasında kardiyak durumlarının kötüleşmesinden korkanların, KY' ne adaptasyon sürecinde cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiğini söyleyenlerin, eşi/partnerinin bu süreçte kendisine anlayışsız davrandığını ifade edenlerin, KY nedeniyle kendilerini toplumdan izole ettiklerini bildirenlerin, sağlık personeli ile cinsellik hakkında konuşurken utananların ve konuştuğu sağlık personelini utandırmaktan korkanların ve cinsellikle ilgili bilgilendirilmediğinde endişe/kaygı düzeylerinin yükseldiğini ifade edenlerin cinsel yaşam kalitesi düşük bulunmuştur. Araştırma sonuçlarımıza göre cinsel yaşam kalitesi ile cinsel fonksiyon arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki saptanmıştır ($r=0,194$; $p<0,001$). Cinsel yaşam kalitesi ile cinsel fonksiyon alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde ise cinsel yaşam kalitesi ile tüm alt boyutlar arasında da düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu çalışmada yapılan regresyon analizlerine göre yaşla birlikte cinsel fonksiyonların azalmasına rağmen, cinsel yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur. Bu sonuca göre yaşlı kadın KY hastalarında CD olmasına rağmen cinsel yaşam kaliteleri yüksektir. Hurd'un (2006) çalışmasına göre de; kadınların, cinsel ilişkinin öneminin yaşla birlikte azaldığını, yakınlık, arkadaşlık ve sevginin daha değerli olmaya başladığını ifade ettikleri bildirilmiştir. Kadın cinselliği psikolojik faktörlerden de etkilenmektedir. Yapılan birçok çalışma bu bulguyu desteklemektedir (Addis ve ark., 2005; Driel ve ark., 2014; Hoekstra ve ark., 2012b; Lindau ve ark., 2007; Jaarsma ve ark., 2014; Jaarsma, 2017; McCabe ve ark., 2015; Rundblad ve ark., 2017; Schwarz ve ark., 2008; Steinke, 2010; Steinke ve ark., 2015; Tsai ve ark., 2011 ve Westlake ve ark., 1999). Maseroli ve ark.'nın (2016b) yaptığı çalışmaya göre somatize anksiyete ve depresif semptomlar cinsel problemlerle direkt bağlantılıdır, yine bu çalışmada kadınlarda cinsel problemlerin sebebinin eşin/partnerin ED'u, erken-geç boşalma

problemi gibi sorunlardan ziyade, eşinin/partnerinin kendine olan cinsel isteğinin azalmış olması algısı olduğunu vurgulamıştır. Başka bir çalışmada da kadınlarda cinselliğin birebir eşle/ partnerle olan ilişkisel faktörlere bağlı olduğu bildirilmektedir (Dundon ve Rellini, 2010). Faubion ve Jordan'ı (2015) yaptıkları çalışmada cinsel cevabın oluşmasında duygusal yakınlığın en önemli tetikleyici faktör olduğunu vurgulamış, kadının eşi/partneri tarafından duygusal açıdan uyarılmasının onda spontan ve içsel bir cinsel istek oluşturacağına dikkat çekmiştir. Ayrıca bireylerde ilişkisel nedenlerle gelişen anksiyete, sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile oluşan bir durumdur (Hoehn-Saric ve Mcleod, 1988 ve Spielberger, 1966). Bu aktivasyon sonucu klitoral vasküler direnç artar ve bu direnç artışı klitoral fonksiyon bozukluklarına neden olur. Bu durum da, kişinin uyarılma sırasında aşırı dikkatli ve kaygılı olmasına neden olarak kadın cinselliğini olumsuz yönde etkiler (Balercia ve ark., 2007 ve Bradford ve Meston, 2006). Araştırma sonuçlarımız literatürü desteklemektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamız T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Hastanesi'nde 356 kadın üzerinde gerçekleştirilmiştir.

5.1. Sonuç

Araştırmamız sonucu aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Kadınların %84,8'inde CD saptanmıştır.
- Kadınlarda en fazla etkilenen alan cinsel istek, en az etkilenen alan uyarılmadır.
- Yaşın CD varlığını artırdığı bulunmuştur.
- 55-60 yaş aralığındaki kadınların 61 yaş üstü kadınlara göre CD riski 0,171 kat daha azdır.
- Yaşla birlikte cinsel yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur.
- Yaşın bir birim artışı cinsel yaşam kalitesinde 0,414 kat artışa neden olmaktadır.
- KY olan yaşlı kadınların cinsel fonksiyon bozukluğu olmasına rağmen, cinsel yaşam kaliteleri yüksektir.
- Görücü usulü evlenen kadınların tanışarak evlenenlere göre daha yüksek oranda uyarılma bozukluğu vardır.
- Görücü usulü ile evlenen kadınların cinsel yaşam kalitesi tanışarak evlenenlerden 5,664 kat daha düşüktür.

- Kendisi ve eşi çalışmayanların CD oranı çalışanlara göre daha fazladır.
- Ailesinin düzenli bir geliri olduğunu ifade eden kadınların cinsel yaşam kalitesi daha yüksektir.
- Ailesinin ekonomik durumunun kötü olduğunu ifade eden kadınların uyarılma ve orgazm bozuklukları vardır.
- Kendi ve eşinin öğrenim durumu iyi olmayan kadınlarda CD görülme sıklığı, daha fazladır. Ayrıca bu kadınların cinsel yaşam kaliteleri de düşük bulunmuştur.
- Kırsalda yaşayan kadınlarda CD daha fazla görülmektedir.
- KY dışında ek kronik hastalığı olanların, hem cinsel yaşam kalitesi daha düşük, hem de CD varlığı daha fazla bulunmuştur.
- KY ile birlikte, HT’u olan kadınların cinsel istek hariç tüm alanlardaki puan ortalamaları HT’u olmayan kadınlara göre daha düşüktür.
- KY’ne ek olarak renal hastalıklardan birine sahip olan kadınlarda ise özellikle cinsel istek olmak üzere uyarılma ve orgazm puanlarında önemli bir düşüş saptanmıştır.
- Menopozun CD varlığını ve cinsel yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur. Araştırmamıza göre; menopoz varlığı KY olan kadınlarda CD varlığını yedi kat artırırken, cinsel yaşam kalitesini 7,455 kat düşürmektedir.
- Kadınların %98,6’sının düzenli olarak ilaç kullandığı bulunmuştur. Bunlardan β blokerlerin, diüretiklerin, tüm antihipertansif sınıflarının ve oral antidiyabetiklerin CD’ a neden olduğu saptanmıştır.
- Bu çalışmada; üçüncü kuşak β blokerlerden carvedilol kullanan kadınlarda, nebivolol kullananlara göre daha az CD görüldüğü saptanmıştır.

- Diüretiklerin cinsel fonksiyon bozukluklarına neden olmaları ile birlikte cinsel yaşam kalitesini de düşürdüğü bulunmuştur.
- KY tanısı öncesinde cinsel problemlerinin başladığını ifade edenlerin CD oranı daha fazladır. Aynı zamanda bu kadınların cinsel yaşam kaliteleri de daha düşüktür.
- KY'nin cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini söyleyen kadınlarda, cinsel istekte azalma olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu kadınların cinsel yaşam kaliteleri de daha düşüktür.
- Cinselliğin önemli olmadığını ifade eden kadınların, CD görülme sıklığı daha fazladır. Bununla birlikte bu kadınların cinsel yaşam kaliteleri de daha düşüktür.
- Kullandıkları ilaçların cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini düşünenlerin, cinsel ilişki sırasında ölmekten korktuğunu ifade edenlerin, KY'nin onlarda sosyal bir geri çekilmeye neden olduğunu ve bu izolasyon durumunun da onların cinsel yaşamını olumsuz etkilediğini bildirenlerin, sağlık personeli ile cinsellikle ilgili konuşurken utananların ve konuştukları kişiyi utandıracağından korkanların, cinsel yaşamla ilgili bilgilendirilmediklerinde endişe/kaygı seviyelerinin yükseldiğini bildirenlerin cinsel yaşam kalitesi düşük bulunmuştur.
- KY tanısı sonrası eşinde/partnerinde aşırı koruma davranışı gelişen kadınlarda CD oranı önemli derecede düşük bulunmuştur. Bu kadınların başta memnuniyet olmak üzere, cinsel istek, ağrı ve uyarılma puan ortalamalarının aşırı koruma davranışı gösterilmeyen kadınlara göre, önemli derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- KY'ne adaptasyon sürecinde cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiğini söyleyen kadınların, CD görülme sıklığı daha fazladır. Cinsel problemleri olduğunu ifade eden bu kadınların; özellikle uyarılma, orgazm ve

memnuniyet puan ortalamaları önemli derecede daha düşük bulunmuştur. Ayrıca bu kadınların cinsel yaşam kaliteleri de daha düşüktür.

- KY'ne adaptasyon sürecinde cinsel problemlerinin olmasına eşlerinin agresif/anlayışsız yaklaştığını söyleyen kadınların cinsel istek puan ortalaması anlamlı derecede daha düşüktür. Aynı zamanda bu kadınların cinsel yaşam kaliteleri de daha düşük bulunmuştur.
- Cinsel yaşam ile ilgili sağlık personeli ile endişelerini paylaştıklarını söyleyen kadınların cinsel istek puanı daha fazla bulunmuştur.
- Cinsellikle ilgili bilgilendirilmek istediğini ifade eden kadınların ise orgazm hariç tüm alt gruptaki puanları bilgilendirilmek istemeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur.
- Cinsel yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon arasında düşük düzeyde pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.

5.2. Öneriler

- KY'i hastaları süreç içerisinde, CD açısından değerlendirilmelidir.
- KY'i olan kadınlarda CD risk faktörlerinin takibi yapılmalı, cinsel fonksiyonda meydana gelen değişimler kayıt altına alınmalıdır.
- Kadın cinselliği tek yönlü düşünülmemelidir, eğer hasta cinsellikle ilgili bir endişe bildiriyor fakat problemleri CD kriterleri ile uyuşmuyorsa, bireye yine de mutlaka müdahale edilmelidir. Bu gibi durumlarda kişi, KY'ne adaptasyon sürecinde gelişen, eşle/partnerle olan ilişkisel birtakım sorunların normale döndürülmesi girişimlerinden fayda görebilir. Bu anlamda hemşireler KY olan kadınlarla çalışırken kapsamlı bir cinsel öykü almalı, kadının cinsel problemlerini açık uçlu sorular sorarak ortaya çıkarmalıdır. Belirlediği

sorunlar ilişkisel faktörlerle ilgili ise hasta uygun bir cinsel terapi için yönlendirilmelidir.

- Tüm KY hastalarına ve eşlerine/partnerlerine (algıladıkları) cinsel problemlerinin seviyesi ne olursa olsun mutlaka cinsel sağlık eğitimi verilmelidir. KY hemşireleri kardiyak rehabilitasyon programında belirlenen kurallara göre, kontrol ziyaretlerinde ya da taburculuk sırasında (tercihen egzersiz önerileri verildikten hemen sonra) cinsel sağlık eğitimlerine başlamalıdır. Araştırma sonuçlarımıza göre; cinsel sağlık eğitimleri kapsamında, KY fizyopatolojisi, cinsel aktivitenin fizyolojik sonuçları ve KY'nin psikolojik etkileri ilk olarak anlatılması gereken konulardır. İkinci sırada KY'nin cinsel isteği nasıl etkilediği ve cinsel istek azlığında neler yapılabileceği anlatılmalıdır. Üçüncü olarak cinsel aktivitenin KY semptomlarını kötüleştirme olasılığı ve cinsel ilişki sırasında ölüm riski, hastaların bilgilendirilmesi gereken konuları oluşturmaktadır. Son olarak KY ve eşlik eden hastalıklar için kullanılan ilaçların cinsellik üzerine etkileri, ağırlı cinsel ilişki sebepleri ve neler yapılabileceği anlatılması gereken alanları oluşturmaktadır. Bu eğitimlerle KY olan kadınlarda CD oranının düşürülmesi ve kadınların cinsel yaşam kalitelerinin yükseltilmesi hedeflenmelidir. Bu çalışmanın, hemşirelere, KY olan kadınlarda CD ve cinsel yaşam kalitesi ile ilgili, sorun saptamada ve çözüm üretmede yardımcı olacağı düşünülmektedir.

ÖZET

Kalp Yetmezliği (KY) Olan Kadınlarda Cinsel Disfonksiyonun (CD) ve Cinsel Yaşam Kalitesinin (CYK) Değerlendirilmesi

Bu araştırma, KY olan kadınlarda cinsel disfonksiyon ve cinsel yaşam kalitesini değerlendirmek ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi Kalp Damar Hastanesi Kardiyoloji polikliniğine başvuran ve kardiyoloji kliniğinde yatarak tedavi gören 356 kadın hasta oluşturmuştur. Veriler, tanıtıcı bilgiler formu, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (KCFİ), Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) aracılığıyla toplanmıştır. Çalışma bulgularımıza göre; KY sonrası gelişen semptomlardan günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken rahatsız olduğunu belirten kadınların; %50,6'sı dispne, %35,2'si noktüri, %34,3'ü ödem, %30,6'sı halsizlik bildirmiştir. Kadınların %42,1'i KY'nin cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini ifade ederken, %21,3'ü cinsel problemlerinin KY öncesi başladığını bildirmiştir. Cinsel problemlerinin KY öncesi başladığını ifade eden kadınların %67,1'i var olan problemlerinin daha da kötüleştiğini, KY öncesi cinsel problemi olmadığını ifade edenlerin %35,4'ü KY'nin cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini bildirmiştir. Kadınların %29,2'si cinsel ilişki sırasında KY semptomlarının kötüleşmesi nedeniyle ölmekten korktuğunu bildirmiştir. Kadınların %80,6'sı kendilerinin cinsellikle ilgili hiç konuşmadıklarını belirtirken, %98'i bir sağlık personeli tarafından cinsellikle ilgili bilgilendirilmediklerini ifade etmiştir. Kadınların %19,8'i cinsellikle ilgili bilgilendirilmek istediğini bildirmiştir. Kadınların %84,8'inde CD saptanmıştır. Kadınlarda en fazla etkilenen alan cinsel istek, en az etkilenen alan uyarılma. Yaşın CD'ü artırdığı bulunmuştur, 55-60 yaş arası kadınların 61 yaş üstü kadınlara göre CD olma riski 0,171 kat daha azdır. Kadınların kendisi ve eşi çalışmayanlarda, eşi ve kendisinin öğrenim durumu iyi olmayanlarda CD daha fazla görülmektedir. Ailesinin ekonomik durumunu kötü olarak ifade edenlerin uyarılma ve orgazmda sorun yaşadıkları bulunmuştur. Eşlik eden kronik hastalığı olanlarda CD varlığı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Hipertansiyon ve renal hastalığı olanlarda CD varlığı daha fazla iken, hipertansiyonu olan kadınların uyarılma başta olmak üzere istek hariç tüm alanlarda azalma yaşadığı, böbrek hastalığı olanlarda ise istek başata olmak üzere uyarılma ve orgazmda anlamlı derecede düşüş yaşadıkları bulunmuştur. Menopoz varlığının CD'ü yedi kat artırdığı bulunmuştur. Beta blokerlerin ve diüretiklerin CD varlığını artırdığı bulunurken, üçüncü kuşak beta blokerlerden nebivolol kullanan kadınlarda karvedilol kullananlara göre daha fazla CD görüldüğü saptanmıştır. Tüm antihipertansif sınıflarını ve oral antidiyabetikleri kullanan kadınlarda CD daha fazla görülmektedir. Kadınların CYKÖ-K puan ortalaması 75,49±19,37'dir. Yaşın bir birim artması kadınlarda CYK'ni 0,414 kat artırmaktadır buna göre yaş cinsel fonksiyonları azaltırken, CYK'sini artırmaktadır. Görücü usulü ile evlenme ise CYK'sini 5,664 kat düşürmektedir. Ailesinin düzenli geliri olmadığını bildirenlerin, eğitim durumu iyi olmayanların, CYK'si düşük, eşlik eden kronik bir hastalığı olmayanların CYK'si yüksek bulunmuştur. Menopoza girmeyenlerin CYK'si 7,455 kat daha fazladır. KY öncesi cinsel sorunu olduğunu söyleyenlerin, KY'nin cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini bildirenlerin, cinselliğin şuan önemli olmadığını düşünenlerin, ilaçların cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini bildirenlerin, cinsel ilişki sırasında ölmekten korkanların, KY'ne adaptasyon sürecinde cinselliklerinin olumsuz etkilendiğini ve eşlerinin bu dönemde onlara anlayışlı yaklaşmadığını ifade edenlerin, bu süreçte kendilerini toplumdan izole ettiklerini ve bunun da cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini söyleyenlerin, sağlık personeli ile cinsellikle ilgili konuşurken utananların ve onları utandıracağından çekinenlerin, cinsellikle ilgili bilgi

verilmediğinde kaygı seviyelerinin yükseldiğini bildirenlerin CYK'si düşük bulunmuştur. Kadınlarda CD ile cinsel yaşam kalitesi arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal ilişki saptanmıştır. Bu sonuca göre yaşlı kadın KY hastalarında CD olmasına rağmen CYK'leri yüksektir.

Sonuç olarak, KY olan kadınlarda CD oranı yüksek olup, birçok faktör CD varlığını ve CYK' sini etkilemektedir. Bu yüzden hemşireler tarafından KY olan kadınlar süreç içerisinde CD açısından değerlendirilmeli, risk faktörlerinin takibi yapılmalı ve değişimler kaydedilmelidir. Kadının cinsel problemi CD kriterlerine uymasa da mutlaka müdahale edilmeli, eş/partnerle olan ilişkisel faktörler ele alınmalıdır. Tüm KY olan kadın hastalara eşleri ile birlikte cinsel problemlerinin seviyesine bakılmaksızın cinsel sağlık eğitimi verilmeli ve gerekirse hastalar eşleri/partnerleri ile birlikte bir cinsel sağlık terapistine /uzmanına yönlendirilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Cinsel Disfonksiyon, Cinsel Yaşam Kalitesi, Kadınlar, Kalp Yetmezliği.

SUMMARY

Evaluation of Sexual Dysfunction (SD) and Sexual Quality of Life (SQL) in Women with Heart Failure (HF)

This study was conducted to evaluate sexual dysfunction and sexual quality of life in women with HF and to determine the factors affecting it.

The sample of the study consisted of 356 female patients who applied to the Cardiology outpatient clinic of the T.R. Ministry of Health Ankara City Hospital Cardiovascular Hospital and were hospitalized in the cardiology clinic. Data were collected through the introductory information form, Female Sexual Function Index (FSFI), and Sexual Quality of Life Scale-Female (SQLS-F). According to our study findings, among the women who stated that they were uncomfortable while performing their daily living activities due to the symptoms developing after HF; 50.6% reported dyspnea, 35.2% nocturia, 34.3% edema, and 30.6% fatigue. While 42.1% of women stated that HF negatively affected their sexual life, 21.3% reported that their sexual problems started before HF. 67.1% of women who stated that their sexual problems started before HF reported that their existing problems got worse, and 35.4% of those who stated that they had no sexual problems before HF reported that HF negatively affected their sexual life. 29.2% of women reported that they feared death due to worsening of HF symptoms during sexual intercourse. While 80.6% of the women stated that they never talked about sexuality, 98% of them stated that they were not informed about sexuality by health personnel. 19.8% of women reported that they wanted to be informed about sexuality. SD was detected in 84.8% of women. The most affected area in women is sexual desire; the least affected area is arousal. Age has been found to increase SD, women aged 55-60 years are 0.171 times less likely to develop SD than women over the age of 61. SD is more common among women and their spouses who are unemployed, and those whose education level is not good. It was found that those who expressed their family's economic situation as bad had problems in arousal and orgasm. The presence of SD was found to be significantly higher in patients with concomitant chronic diseases. While the presence of SD was higher in patients with hypertension and renal disease, it was found that women with hypertension experienced a decrease in all areas especially arousal with the exception of sexual desire, while those with kidney disease experienced a significant decrease in arousal and orgasm, especially in desire. The presence of menopause has been found to increase SD seven times. While beta-blockers and diuretics were found to increase the presence of SD, it was found that women using nebivolol, one of the third generation beta-blockers, had experienced more SD than those using carvedilol. SD is more common in women using all antihypertensive classes and oral antidiabetics. The mean SQLS-F score of the women was 75.49 ± 19.37 . An increase in age by one unit increases SQL 0.414 times in women, according to this, while age decreases sexual functions, it increases SQL. Arranged marriage, on the other hand, reduces the SQL by 5,664 times. Those who reported that their families did not have a regular income and those who did not have a good education level had a low SQL, while those who did not have a concomitant chronic disease had a higher SQL. Those who do not go through menopause have a 7,455 times higher SQL. SQL was found to be lower of those who indicate they had a sexual problem before HF, who reported that HF negatively affected their sexual life, who think that sexuality is not important now, who reported that drugs adversely affected their sexual life, who have a fear of dying during sexual intercourse, who stated that their sexuality was adversely affected during the adaptation process to HF and that their spouses did not approach them with understanding during this period, who say that they isolate themselves from society in this

process and that this negatively affects their sexual lives, who are ashamed to talk about sexuality with health personnel and who are afraid of embarrassing them, who reported that their anxiety levels increased when no information about sexuality was provided. There was a low level of significant positive linear relationship between SD and sexual quality of life in women. According to this result, elderly female HF patients have high SQL although they have SD.

In conclusion, SD rate is high in women with HF, and many factors affect SD presence and SQL. Therefore, women with HF should be evaluated by nurses in terms of SD, risk factors should be followed and changes should be recorded. Even if the sexual problem of the woman does not meet the SD criteria, it should be intervened and the relational factors with the spouse/partner should be addressed. Sexual health education should be given to all female patients with HF regardless of the level of their sexual problems, together with their spouses, and if necessary, the patients should be referred to a sexual health therapist/specialist with their spouses/partners.

Keywords: Heart Failure, Sexual Dysfunction, Sexual Quality of Life, Women.

KAYNAKLAR

- ADDIS I, IRELAND J, VITTINGHOFF E, LIN F, STUENKEL C, HULLEY S (2005). Sexual activity and function in postmenopausal women with heart disease. *Obstet Gynecol*, **106**: 121-127.
- AKBULUT MF, ÜÇPINAR MB, GÜRBÜZ ZG (2015). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının sınıflaması ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics*, **8**: 10-15.
- AKIN S, (2013). Kardiyovasküler Sistem.Ed.: Durna Z., İç Hastalıkları Hemşireliği; 1. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. **4**: 147-230.
- ALBERTI L, TORLASCO C, LAURETTA L, LOFFI M, MARANTA F, SALONIA A, MARGONATO A, MONTORSI F, FRAGASSO G (2013). Erectile dysfunction in heart failure patients: a critical reappraisal. *Androl*, **1**: 177-191.
- ALKAN HÖ (2014). Kalp Yetersizliğinde Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Türk Kardiol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, **7**: 32-40.
- ANDREW P (2003). Diastolic heart failure demystified. *Chest*, **124**: 744.
- ANKER SD, CHUA TP, PONIKONWSKI P, HARRINGTON D, SWAN JW, KOX WJ (2007). Hormonal changes and catabolic/anabolic imbalance in chronic heart failure and their importance for cardiac cachexia. *Circulation*, **96**: 526-534.
- ANNON, JS (1976). The behavioural treatment of sexual problems. Volume 1: Brief Therapy. Harper and Row, New York.
- APOSTOLO A, VIGNATI C, BURSONI D, CATTADORI G, CONTINI M, VEGLIA F, MAGRI D, PALERMO P, NICOLAI M, VAN B, SOMSEN G, DE GROOTH G, TULEVSKI I, LORSHEYD A (2009). Erectile dysfunction in the cardiology practice- A patient's perspective. *Am Heart J*, **2**: 178-185.
- ARAUJO AB (2004). Changes in sexual function in middle aged and older men: Longitudinal data from the Massachusetts male aging study. *J Am Geriatr Soc*, **52**: 1502.
- ARAUJO CG, CASTRO CL, FRANCA CF, RAMOS PS (2015). 4-second exercise test: reference values for ages 18-81 years. *Arq Bras Cardiol*, **104**: 366-374.
- ARAUJO CG, VIANNA LC (2009). How often does spirometry testing include cardiac arrhythmias? *Primary Care Respirj*, **18**: 185-188.
- ASHRAFIAN H (2007). Metabolic mechanisms in heart failure. *Circulation*, **116**: 434.

- ATHERTON JJ, SINDONE A, DE PASQUALE CG, DRISCOLL A, MACDONALD PS, HOPPER I, KISTLER PM, BRIFFA T, WONG J, ABHAYARATNA W, THOMAS L, AUDEHM R, NEWTON P, O'LOUGHLIN J, BRANAGAN M, CONNELL C (2018). National Heart Foundation of Australia and Cardiac Society of Australia and New Zealand: Guidelines for the prevention, detection and management of heart failure in Australia 2018. *Lung Circ*, **27**: 1123-1208.
- BALERCIA G, BOSCARO M, LOMBARDO F (2007). Sexual symptoms in endocrine diseases: psychosomatic perspectives. *Psychoter Psychosom*, **76**: 134-140.
- BARDY GH (2005). Amiodarone or an implantable cardioverter defibrillator for congestive heart failure. *N Engl J Med*, **352**: 225.
- BARKSDALE JD, GARDNER SF (1999). The impact of first line antihypertensive drugs on erectile dysfunction. *Pharmacotherapy*, **19**: 573-581.
- BASSON R (2004). Recent advances in women's sexual function and dysfunction. *Menopause*, **11**: 714.
- BAYKAL A (2020). Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi Gören Hastalarda Cinsel Disfonksiyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- BAYRAM R (2020). Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Tedavisi Alan Hastalarda Cinsel Disfonksiyonun Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Balıkesir Üniversitesi.
- BECKMAN N, WAERN M, GUSTAFSON D, SKOOG I (2008). Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations. 1971-2001. *BMJ*, **337**: 279.
- BENBOW SM, BEESSTON D (2012). Sexuality, aging and dementia. *Int Psychogeriatr*, **24**: 1026-1033.
- BETTENCOURT P, FERREIRA A, DIAS P, PIMENTA J, FRIESES F, MARTINS L, CERQUEIRA-GOMES M (2000). Predictors of prognosis in patients with stable mild to moderate heart failure. *J Card Fail*, **4**: 306-313.
- BHASIN S (2007). Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders. *Lancet*, **369**: 597.
- BOHLEN JG, HELD JP, SANDERSON MO, PATTERSON RP (1984). Heart rate, rate pressure product and VO₂ were measured in. *Arch Intern Med*, **144**:1745-1748.
- BOOTHBY CA, BUKKY RD, DOREEN MR, CAMPBELL TS, TANG KL (2018). The effect of cardiac rehabilitation attendance on sexual activity outcomes in cardiovascular disease patients: a systematic review. *Can J Cardiol*, **34**: 1590-1599.

- BOZTOSUN B, OLCAY A, DEĞERTEKİN M (2007). Cinsel aktivite ve kardiyovasküler risk. *Anadolu Cardiol Derg*, **7**: 423-426.
- BRADFORD A, MESTON CM (2006). The impact of anxiety on sexual arousal in women. *Behav Rest Her*, **44**: 1067-1077.
- BRAUNWALD E (1969). The determinants of myocardial oxygen consumption. *Physiologist*, **12**: 65.
- BRAUNWALD E (2013). Heart failure. *JAAC*, **1(1)**: 1-20.
- BRENDER D, VANHOUTTE PM, SHEPHERD JT (1969). Potentiation of adrenergic venomotor responses in dogs by cardiac glycosides. *Circ Res*, **25**: 597.
- BRYNE M, DOHERTY S, MURPHY AW, MCGEE HM, JAARSMA T (2013). Communicating about sexual concerns within cardiac health services: do service providers and service users agree? *Patient Educ couns*, **93**: 398-403.
- BURNETT AL (2006). Erectile dysfunction. *J Urol*, **175**: 25.
- BUSTER JE (2013). Managing female sexual dysfunction. *Fertil Steril*, **100**: 905-915.
- CHANG SW, FINE R, SIEGEL D (1991). The impact of diuretic therapy on reported sexual function. *Arch Intern Med*, **151**: 2402-2408.
- CHAPMAN HA (2004). Disorders of lung matrix remodeling. *J Clin Invest*, **113**: 148.
- CHIRAS D (2011). Human Biology. MA: Jones and Barlett, Burlington.
- CLELAND JG (2005). The effect of cardiac resynchronization on morbidity and mortality in heart failure. *N Engl J Med*, **352**: 1539.
- CORTELAZZI D, MARCONI A, GUAZZI M, CRISTINA M, ZECCHINI B, VERONELLI A (2013). Sexual dysfunction in pre-menopausal diabetic women: clinical, metabolic, psychological, cardiovascular and neurophysiologic correlates. *Acta Diabetol*, **50**: 911-917.
- COSTA C, VIRAG R (2009). The endothelial -erectile dysfunction connection and essential update. *J sex Med*, **6**: 2390-2404.
- CREMERS B, KJELLSTROM B, SUDKAMP M, BOHM M (2002). Hemodynamic monitoring during sexual intercourse and physical exercise in a patient with chronic heart failure and pulmonary hypertension. *Am J Med*, **112**: 428-430.
- CROWLEY LV (2012). An Introduction To Human Disease. MA: Jones and Barlett, Burlington.

- ÇAMCI G, CAN G (2014). Akut myokard enfarktüsü sonrası kadınlarda cinsel yaşam. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg*, **11**: 38-44.
- ÇAVUŞOĞLU Y, KOZAN O, TEMİZHAN A, KÜÇÜKOĞLU S (2014). Clinical characteristics of the Turkish population with heart failure and treatment modalities used in Daily practise: Reality HF data. *Anatolian J Cardiol*, **14**: 20.
- ÇELİK S, GÖRGÜLÜ Ş, TEZEL T (2002). Alkol Tüketimi ve Koroner Kalp Hastalığı. *Türk Kardiol Dern Arş*, **30**: 634-639.
- DAHABREH IJ, PAULUS JK (2011). Association of episodic physical and sexual activity with triggering of acute cardiac events: a systematic review and metanalysis. *JAMA*, **305**: 1225-1233.
- DALTEG T, BENZEİN E, FRIDLUND B, MALM D (2011). Cardiac disease and its consequences on the partner relationship: a systematic review. *Eur j cardiovasc nurs*, **10**: 140- 149.
- DASSANAYAKA S, JONES SP (2015). Recent devolepments in heart failure. *Circ Res*, **117**: 58-63.
- DAVIS RC (2004). ABC of heart failure. History and epidemiology. *BMJ*, **320**: 39-42.
- DAWSON ML, SHAH NM, RINKO RC, VESELIS C, WHITMORE KE (2017). The evaluation and management of female sexual dysfunction. *J Fam Pract*, **66**: 722-728.
- DEBUSK R, DRORY Y, GOLDSTEIN I, JACKSON G, KAUL S, KIMMEL SE (2000). Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: recommendations of the Princeton Concensus Panel. *Am J Cardiol*, **86**: 62-68.
- DEĞERTEKİN M, EROL Ç, ERGENE O, TOKGÖZOĞLU L, AKSOY M, EROL MK, EREN M, ŞAHİN M, EROĞLU E, MUTLU B, KOZAN Ö (2012). Türkiye ‘deki Kalp Yetmezliği Prevalansı ve Öngördürücüleri: HAPPY Çalışması. *Türk Kardiyol Dern Arş*, **40**: 298-308.
- DICKSTEIN K, COHEN-SOLAL A, FLIPPATOS G (2008). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society Of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur J Heart Fail*, **10**: 933-989.
- DINESEN B, NOHR C, ANDERSEN SK, SEJERSEN H, TOFT E (2008). Under surveillance, yet look after: telehomecare as viewed by patients and their spouse/partners of sudden cardiac arrest survivors after ICD implantation. *J Cardiovasc Nurs*, **19**: 21-31.
- DOĞRU B, KARADAKOVAN A (2016). Kalp yetersizliği olan yaşlı hastalarda psikososyal uyum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *J Cardiovasc Nurs*, **13**: 88-104.

- DORN GW, MOLKENTIN JD (2004). Manipulating cardiac contractility in heart failure: data from mice and men. *Circulation*, **109**: 150.
- DRIEL AG, DE HOSSON MJ, GAMEL C (2014). Sexuality of patients with chronic heart failure and their spouses and the need for information regarding sexuality. *Eur J Cardiovasc Nurs*, **13**: 227-234.
- DRORY Y, KRAVETZ S, WEINGARTEN M (2000). Comparison of sexual activity of women and men after a first acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*, **11**: 1283-1287.
- DUNCAN L, BATEMAN DN (1993). Sexual function in women. Do antihypertensive drugs have an impact? *Drug Saf*, **8**: 225-234.
- DUNDON CM, RELLINI AH (2010). More than sexual function: predictors of sexual satisfaction in a sample of women age 40-70. *J Sex Med*, **7**: 896-904.
- DUNN KM, CROFT PR, HACKETT GI (1999). Association of sexual problems with social, psychological and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health*, **53**: 144-148.
- DYER K, NAIR R (2013). Why don't health care professional talk about sex? *Sex Med*, **11**: 2658-2670.
- EGE E, AKIN B, YARALIARSLAN S, BİLGİLİ N (2010). Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve risk faktörleri. *TUBAV Bilim Dergisi*, **3**: 137-144.
- ELLING B, ELLING K, ROTHENBERG M (2004). *Anatomy and Physiology*. MA: Jones and Barlett, Sudbury.
- ELNASHAR AM, İBRAHİM ME, EL-DESOKY MM, ALİ OM, HASSAN MESM (2007). Female sexual dysfunction in lower Egypt. *BJOG*, **114**: 201-206.
- EPSTEIN M, CALHOUN DA (2011). Aldosterone blockers and potassium sparing diuretics. *J Clin Hypertens*, **13**: 644-648.
- ERIKSSON M, ASPLUND K, SVEDLUND M (2009). Patients and their partners experiences of returning home after hospital discharge following acute myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs*, **8**: 267-273.
- ESPOSITO K, GINGLIANO F, DI PALO C, GINGLIANO G, MARFELLA R, D'ANDREA F (2004). Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men. A randomized controlled trial. *JAMA*, **291**: 2978-2984.
- FAUBION SS, JORDAN ER (2015). Sexual dysfunction in women: a practical approach. *Am Fam Physician*, **4**: 281-288.

- FISCHER S, BEKELMAN D (2017). Gender differences in sexual interest or activity among adults with symptomatic heart failure. *J Palliat Med*, **8**: 890-894.
- FLORAS JS (2003). Sympathetic activation in human heart failure: diverse mechanisms, therapeutic opportunities. *Acta physiol scand*, **177**: 391.
- FLYNN KE, PINA IL, WHELLAN DJ, LIN L, BLUMENTHAL JA, ELLIS SJ (2009). Effects of exercise training on health status in patients with chronic heart failure: HF-ACTION randomized controlled trial. *JAMA*, **301**: 1451-1459.
- FOLKOW B, SYANBERG A (1993). Physiology of cardiovascular aging. *Physiol Rev*, **73**: 725.
- FOX CA, FOX B (1969). Blood pressure and respiratory patterns during human coitus. *J Reprod Fertil*, **19**: 405-415.
- FRIEDRICH EB, BOHM M (2007). Management of end stage heart failure. *Heart*, **93**: 626.
- GARİBOVA N, (2015). Türk Populasyonunda Postmenopozal Kadınlarda Kadın Cinsel Disfonksiyonunun Prevalansının Belirlenmesi ve Kadın Cinsel Disfonksiyonu ile Depresyon İlişkisinin Araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- GIAGULLI WA, MOGHETTI P, KAUFMAN JM, GUASTAMACCHIA E, IACOVIELLO M, TRIGGIANI V (2013). Managing erectile dysfunction in heart failure. *Drug Targets*, **13**:125-134.
- GOLDSMITH DJ, LINDHOLM KA, BUTTE JJ (2006). Dilemmas of talking about lifestyle changes among couples coping with a cardiac event. *Soc Sci Med*, **63**: 2079-2090.
- GOMAA AA, AZIZ NM, THABET RH, FOULY HA, ALTELLAWLY SH, GOMAA GA (2018). A pilot study of a topical intervention for treatment of female sexual dysfunction. *J Clin Psychopharmacol*, **38**: 60-67.
- GÖLBAŞI Z, TUĞUT N (2010). Cinsel yaşam kalitesi ölçeği-kadın Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Medical Journal*, **32**: 172-180.
- GROSSMAN WD (1991). Diagnostic dysfunction in congestive heart failure. *N Engl J Med*, **325**: 1557.
- GUYTON AC, JONES JE, COLEMAN TG (1973). Circulatory physiology: cardiac output and its regulation. Wb Saunders Co, Philadelphia.
- GÜLSÜN M (2009). Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik. *Psikiyatrik Eğitim ve Güncelleme Dergisi*, **1**: 67-69.

- HARRISON TR, REEVES TJ (1968). Principles And Problems Of İschemic Heart Disease. Year Book Publishers, Chicago.
- HASSANIN IM, HELMY YA, FATHALLA MM, SHAHIN AY (2010). Prevalence and charecteristics of female sexual dysfunction in a sample of women from Upper Egypt. *Int J Gynecol Obstet*, **108**: 219-223.
- HELLERSTEIN HK, FRIEDMAN EH (1970). Sexual activity and the postcoronary patient. *Arch Intern Med*, **125**: 987-999.
- HELVACI A, TİPİ F, BELEN E (2014). Obesiteye bağlı kardiyovasküler hastalıklar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, **30**: 5-14.
- HEO S, MOSER DK, CHUNG ML (2012). Social status, health related quality of life and event free survival in patients with heart failure. *Eur J cardovasc Nurs*, **11**: 141-149.
- HIGGINS A, BARKER P, BEDLEY CM (2006). Sexuality: the challenge to espoused holistic care. *Int J Nurs Pract*, **12(6)**: 345-351.
- HODGES LD, KIRBY M, SOLANKI J, O'DONNELL J, BRODIE DA (2007). The temporal relationship between erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Int J Clin Pract*, **12**: 2019-2025.
- HOEHN-SARIC R, MCLEOD DR (1988). The peripheral sympathetic nervous system. Its role in normal and pathologic anxiety. *Psychiatr Clin North Am*, **11**: 375-386.
- HOEKSTRA T, JAARSMA T, SANDERMAN R, VAN VELDHUISEN DJ, LESMAN-LEEGRE I (2012b). Perceived sexual difficulties and associated factors in patients with heart failure. *Am Heart J*, **163**: 246-251.
- HOEKSTRA T, LESMAN – LEEGTE I, COUPERUS MF, SANDERMAN R, JAARSMA T (2012c). What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure? *Heart lung*, **41**: 492-499.
- HOEKSTRA T, LESMAN-LEGTEE I, LUTTIK ML, SANDERMAN R, VELDHUISEN VAN DJ, JAARSMA T (2012a). Sexual problems in elderly male and female patients with heart failure. *Heart*, **98**: 1647-1652.
- HÖBEK AKARSU R, KIZILKAYA BEJİ N (2016). Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-IV kapsamında yapılan değişiklikler. *Androloji Bülteni*, **18**: 134-137.
- HURD CL (2006). Older women and sexuality: experiences in marital relationships across the life course. *Can J Aging*, **25**: 129-140.
- HURST W (1966). The Heart. Mcgraw-Hill Book Company, New York.

- JAARSMA T (2002). Sexual problems in heart failure patients. *Eur J CardiovascNurs*, **1**: 61-67.
- JAARSMA T (2017). Sexual function of patients with heart failure: facts and numbers. *ESC Heart Failure*, **4**: 3-7.
- JAARSMA T, DRACUP K, WALDEN J, STEVENSON L (1996). Sexual function in patients with advanced heart failure. *Heart Lung*, **25**: 262-270.
- JAARSMA T, FRIDLUND B, MARTENSON J (2014). Sexual dysfunction in heart failure patients. *Curr Heart Fail Rep*, **11**: 330-336.
- JAMES J, ALBARRAN JW, TAGNEY J (2001). The experiences of ICD patients and their partners with regards to adjusting to an imposed driving ban: a qualitative study. *Coron Health Care*, **5**: 80-88.
- JELAVIC MM, KRSTACIC G, PERENCEVIC A, PINTARIC H (2018). Sexual activity in patients with cardiac diseases. *Acta Clin Croat*, **57**: 141-148.
- KATZ AM (1992). Physiology Of The Heart. 2. Baskı, Raven.
- KAYIHAN G, ERSÖZ G (2009). Hipertansiyon ve Egzersiz. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Derg*, **7**: 93-101.
- KESSLER R (2001). "Natural history" of pulmonary hypertension in a series of 131 patients with chronic obstructive lung disease. *Am J Respir Crit Care*, **164**: 219.
- KIOWSKI W, BRUNNER H, SCHALCHER C (2006). Sex the heart and heart failure. *Semin Cardiothorac Vasc Anesth*, **3**: 256-258.
- KIRK RJ, URSCHER CW, SONNENBLICK EH (1974). Mtp International Review Of Science: Physiology Vol. 1. Problems in the cardiac performance regulation of coronary blood flow and the physiology of heart failure, Ed: Guyton A.C., University Park Press, Baltimore. 299.
- KO DT, HEBERT PR, COFFEY CS, SEDRAKYAN A, CURTIS JP, KRUMBOLZ HM (2002). Beta-blocker therapy and symptoms of depression, fatigue and sexual dysfunction. *JAMA*, **3**: 351-357.
- KOLAY E, DUYGULU D, KARTAL B, ÜNALAN E, BOZDOĞAN EM (2013). Hastaların Yaşam Tarzı Değişiklikleri Konusundaki Bilgi Düzeylerinin ve Uygulamalarının Kardiyovasküler Hastalıklarının Seyrine Yansımalarının Değerlendirilmesi. 15. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrenci Sempozyumu, Ankara.
- KRAKOWSKY Y, GROBER ED (2018). A practical guide to female sexual dysfunction: an evidence based review for physicians in Canada. *Can Urol Assoc J*, **12**: 211-216.

- KÜTMEÇ C (2009). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **4**: 111-119.
- LEVINE GN, STEINKE EE, BAKAEEN FG, BOZKURT B, CHEITLIN MD, CONTI JB, FOSTER E, JAARSMA T, KLONER RA, LANGE RA, LINDAU ST, MARON BJ, MOSER DK, OHMAN EM, SEFTEL AD, STEAWART WJ (2012). American Heart Association Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular Nursing; Council on cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Quality of Care and Outcomes Research. Sexual activity and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. **125**: 1058-1072.
- LINDAU ST, SCHUMM LP, LAUMANN EO, LEVINSON W, O'MUIÏRCHEARTAÍGH CA, WAÍTE LJ (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*, **357**: 762-774.
- LINDHOLM LH, PERSSON M, ALAUPOVIC P (2003). Metabolic outcome during 1 year in newly detected hypertensives: results of the antihypertensive treatment and lipid profile in a North of Sweden Efficacy Evaluation (ALPINE study). *J Hypertens*, **21**: 1563-1574.
- LUKKARINEN H, KYNGAS H (2003). Experiences of the onset of coronary artery disease in a spouse. *Eur J Cardiovasc Nurs*, **2**: 189-194.
- LUTTIK ML, BLAAUWBROEK A, DÍJKER A, JAARSMA T (2007). Living with heart failure: partner perspectives. *J Cardiovasc Nurs*, **22**: 131-137.
- MADARA B, POMARICO-DENINO V (2008). Pathophysiology. MA: Jones and Barlett, Sudbury.
- MAGGIONI AP, DAHLSTRÖM U, FLIPPATOS G (2013). EURObservational Research Programme: regional differences and 1 year follow up results of the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). *Eur J Heart Fail*, **15**: 808-817.
- MAHRER-IMHOF R, HOFFMAN A, FROELICHER ES (2007). Impact of cardiac disease on couples' relationships. *J Adv Nurs*, **57**: 513-521.
- MALMBORG A, PERSSON E, BRYNHILDSEN J, HAMMAR M (2016). Hormonal contraception and sexual desire: a questionnaire based study of young swedish women. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, **21**: 158-167.
- MANN DL, BRISTOW MR (2005). Mechanisms and models in heart failure: The biomechanical model and beyond. *Circulation*, **111**: 2837.
- MASEROLI E, FANNI E, CIPRIANI S, SCAVELLO I, PAMPALONI F, BATTAGLIA C, FAMBRINI M, MANNUCCI E, JANNINI E, MAGGI M, VIGNOZZI L (2016a). Cardiometabolic risk and female sexuality: focus on clitoral vascular resistance. *J Sex Med*, **13**: 1651-1661.

- MASEROLI E, FANNI E, MANNUCCI E, FAMBRINI M, JANNINI EA, MAGGI M, VIGNOZZI L (2016b). Which are the male factors associated with female sexual dysfunction (FSD)? *Andrology*, **4**: 911-920.
- MAZHARI R, HARE JM (2007). Advances in cell based therapy for structural heart disease. *Prog Cardiovasc Dis*, **49**: 387.
- MCCABE MP, SHARLIP ID, LEWIS R, ATALLA E, BALON R, FISHER AD, LAUMANN E, LEE SW, SEGRAVES RT (2015). Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine. *J Sex Med*, **13**: 144-152.
- MCMURRAY JJV, ADAMOPOULOS S, ANKER SD, AURICCHIO A, BOHM M, DICKSTEIN K (2012). Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2012 ESC Kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern, Arş*, **40**: 77-137.
- MERRIGAN MAT (1998). The Meaning Of Human Sexuality To Acute Myocardial Infarction Clients Who Are Older Women. Proquest dissertations and theses, Adelphi university, 60-70.
- MOR M, SEVICK MA, SHIELDS AM, GREEN JA, PALEVSKY PM, ARNOLD RM, FINE MJ, WEISBORD SD (2014). Sexual function, activity and satisfaction among women receiving maintenance hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*, **9**: 128-134.
- MOREIRA ED, GLASSER DB, NICOLosi A, DUARTE FG, GINGELL C (2008). Sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe. *BJU Int*, **101**: 1005-1011.
- MOSACK V, STEINKE EE (2009). Trends in sexual concerns after myocardial infarction. *J Cardiovasc Nurs*, **24**: 162-170.
- MOSER DK, DRACUP K (2004). Role of spousal anxiety and depression in patients' psychosocial recovery after a cardiac event. *Psychosom Med*, **66**: 527-532.
- MOSTERD A, HOES AW (2007). Clinical epidemiology of heart failure. *Heart*, **93**: 1137.
- MOZAFFARIAN D, BENJAMIN EJ, GO AS, ARNETT DK, BLAHA MJ, CUSHMAN M, DAS SR, DE FERRANTI S, DESPRES JP, FULLERTON HJ, HOWARD WJ, HUFFMAN MD, ISASI JR, JIMENEZ MC, JUDD SE, KISSELA BM, LITCHMAN JH, LISABETH LH, LIU S, MACKKEY RH, MAGID DJ, MCGUIRE DK, MOHLER ER, MOY CS, MUNTNER P, MUSSOLINO ME, NASIR K, NEUMAR RW, NICHOL G, PALANIAPPAN L, PANDEY DK, REEVES MJ, RODRIGUEZ CJ, ROSAMOND W, SORLIE PD, STEIN J, TOWFIGHI A, TURAN TN, VIRANI SS, WOO D, YEH RW, TURNER MB (2016). American Heart Association Statistics Committee, Stroke Statistics Subcommittee. Executive Summary: Heart Disease and Stroke Statistics. **133**: 54-447.

- MROCZEK B, KURPAS D, GRONOWSKA M, KOTWAS A, KARAKIEWIĆ B (2013). Psychosexual needs and sexual behaviours and preferences. *Age Aging*, **57**: 32-38.
- MULLER JE (1999). Sexual activity as a trigger for cardiovascular events: what is the risk? *Am J Cardiol*, **84**: 2-5.
- NAPPI RE, CUCINELLA L, MARTELLA S, ROSSI M, TIRANINI L, MARTINI E (2016). Female sexual dysfunction: prevalence and impact on quality of life. *Maturitas*, **94**: 87-91.
- NASCIMENTO ER, MAIA AC, PEREIRA V (2013). Sexual dysfunction and cardiovascular diseases: a systematic review of prevalence. *Clinics*, **68**: 1462-1468.
- NOBREGA ACL, CASTRO CLB, ARAUJO CGS (1990). Relative roles of the sympathetic and parasympathetic systems in the 4-s exercise test. *Braz J Med Biol Res*, **23**: 1259-1262.
- ONİZ A, KESKİNOĞLU P, BEZİRCİOĞLU I (2007). The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. *J Sexual Med*, **4**: 1575-1581.
- ÖKSÜZ E, MALHAN S (2005a). Reliability and validity of the female sexual function index in Turkish population. *Sendrom*, **17(7)**: 54-60.
- ÖKSÜZ E, MALHAN S (2005b). Sağlığa bağlı yaşam kalitesi, kalitemetri. *Başkent Üniversitesi*, 12.
- ÖZERDOĞAN N, SAYINER FD, KÖŞGEROĞLU N, ÜNSAL A (2009). 40-65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. *Maltepe Üniv Hemşirelik Bilim ve Sanatı Derg*, **2**:46-59.
- PAULS RN (2005). Female sexual dysfunction: principles of diagnosis and therapy. *Obstet Gynecol Surv*, **60**: 196.
- PENGO V (2004). Incidence of chronic thromboembolic pulmonary hypertension after pulmonary embolism. *N Engl J Med*, **350**: 2257.
- PONTIROLI AE, CORTELAZZI D, MORABITO A (2013). Female sexual dysfunction and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med*, **10**: 1044-1051.
- RASTOGRI S, RODRIGUEZZ JJ, KAPUR V (2005). Why do patients with heart failure suffer from erectile dysfunction? A critical review and suggestions on how to approach this problem. *Int J Impot Res*, **17**: 25-36.
- REES PM (2007). Sexual function in men and women with neurological disorders. *Lancet*, **369**: 512.

- ROHRBAUGH MJ, CRANFORD JA, SHOHAM V, NICKLAS JM, SONNEGA JS, COYNE JS (2002). Couples coping with congestive heart failure: role and gender differences in psychological distress. *J Fam Psychol*, **16**: 3-13.
- ROSEN R, BROWN C, HEIMAN J, LEIBLUM S, MESTON C, SHABSIGH R, FERGUSON D, AGOSTINO RD' (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*, **26**: 191-208.
- RUNDBLAD L, ZWISLER AD, JOHANSEN PP, HOLMBERG T, SCHNEEKLOTH N, GIRALDI A (2017). Perceived sexual difficulties and sexual counseling in men and women across heart diagnoses: a nationwide cross-sectional study. *J Sex Med*, **14**: 785-796.
- SAUNAMAKI N, ANDERSON M, ENGSTROM M (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *J Adv Nurs*, **66**: 1308-1316.
- SCHWARZ ER, KAPUR V, BIONAT S, RASTOGI S, GUPTA R, ROSANIO S (2008). The prevalence and clinical relevance of sexual dysfunction in women and men with chronic heart failure. *Int J Import Res*, **20**: 85-91.
- SHIFREN JL, MONZ BU, RUSSO PA, SEGRETÌ A, JOHANNES CB (2008). Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol*, **112**: 970-978.
- SINGH JC, THARYAN P, KEKRE NS, SINGH G, GOPALAKRISHNAN G (2009). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in South India. *J Postgrad Med*, **55**: 113-120.
- SPIELBERGER CD (1966). Anxiety and behaviour. Academic Press, New York. 3-20.
- STEIN R, SARDINHA A, ARAUJO CG (2016). Sexual activity and heart patients: a contemporary perspective. *Can J Cardiol*, **32**: 410-420.
- STEINKE E, MOSACK V (2018). The influence of comorbidities, risk factors and medications on sexual activity in individuals aged 40-59 years with and without cardiac conditions, US National Health And Nutrition Examination Survey, 2011 to 2012. *J Cardiovasc Nurs*, **33**: 118-125.
- STEINKE EE (2010). Sexual dysfunction in women with cardiovascular disease: what do we know? *Cardiovasc Nurs*, **25**: 151-158.
- STEINKE EE, GILL-HOPPLE K, VALDEZ D, WOOSTER M (2005). Sexual concerns and educational needs after an implantable cardioverter defibrillator. *Heart Lung*, **34**: 299-308.

- STEINKE EE, MOSACK V, HILL T (2015). Change in sexual activity after a cardiac event: the role of medications, comorbidity and pschosocial factors. *ANR*, 28: 244-250.
- STEINKE EE, MOSACK V, WRIGHT DW (2009). Risk factors as predictors of sexual activity in heart failure. *Dimens Crit Care Nurs*, 28: 123-129.
- STEWART M, DAVIDSON K, MEADE D, HIRTH A, MAKRIDES L (2000) Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping and support. *J Advnurs*, 31: 1351-1360.
- STROMBERG A, DICKSTEIN K (2008). What is new and of special interest to nurses in the 2008 ESC guideliness for diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure? *J Cardiovasc Nurs*, 7: 257-258.
- SUNMAN H (2012). Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisinin Kalp Yetersizliğine Etkisinin Moleküler Biyolojik Temellerinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, Ankara.
- SVEDLUND M, DANIELSON E (2004). Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction. *J Clin Nurs*, 13: 438-446.
- SWAN HJC, PARMLEY WW (1974). Pathologic Physiology: Mechanism of Disease. Congestive heart failure, Ed: Sodeman W.A., Saunders Company, Philadelphia. 273.
- TASHBULATOVA D, ARIDOĞAN A (2007). İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etki Eden Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Üroloji Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- TAYLOR B, DAVIS S (2006). Using the extended PLISSIT model to adress sexual health care needs. *Nurs Stand*, 21: 35-40.
- TOKGÖZOĞLU L, YILMAZ MB, ABACI A, ALTAY H, ATALAR E, AYDOĞDU S (2017). Türkiye 'de Kalp Yetersizliği Yol Haritası. *TKD Yayını*.
- TSAI T, CHUNG-HSIN Y, HWANG T (2011). Female sexual dysfunction: physiology, epidemiology, classification, evaluation and treatment. *Urol Sci*, 22: 7-13.
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (2020). Erişim Adresi: <https://internet.btk.gov.tr/istatistikler>. Erişim Tarihi: 24 Şubat 2021.
- ÜNAL N (2019). Hipertansiyonlu Bireylerde Cinsel Disfonksiyonun Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi.
- VERSCHUREN JE, ENZLIN P, DIJKSTRA PU (2010). Chronic disease and sexuality: ageneric conceptual framework. *J Sex Res*, 47: 153-170.

- VURAL A, AGACDIKEN A, CELIKYURT U, CULHA M, KAHRAMAN G, KOZDAG G (2011). Effect of cardiac resynchronization therapy on libido and erectile dysfunction. *Clin cardiol*, **34**: 437-441.
- WANG W, THOMPSON DR, CHAIR SY, TWINN SF (2007). Chinese couples' experiences during convalescence from a first heart attack: a focus group study. *J Adv Nurs*, **61**: 307-315.
- WESTLAKE C, DRACUP K, WALDEN JA, FONAROW (1999). Sexuality of patients with advanced heart failure and their spouses or partners. *J Heart Lung Transplant*, **18**: 1133-1138.
- WIEGEL M, MESTON C, ROSEN R (2005). The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cut off scores. *J Sex Marital Ther*, **31**: 1-20.
- WIERMAN ME, ARLT W, BASSON R (2014). Androgen therapy in women: a reappraisal: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, **99**: 3489-3510.
- WILMOTH MC (2007). Sexuality: a critical component of quality of life in chronic disease. *Nurs Clin Nort Am*, **42**: 507-514.
- WITTING K, SATTILA P, VARJONEN M (2008). Female sexual dysfunction, sexual distress and compatibility with partner. *J Sex Med*, **5**: 2587-2599.
- YILDIZ H, PINAR R (2004). Miyokard infarktüslü hastalarda cinsel disfonksiyon. *Anatol J Cardiol*, **4**: 209-217.
- YÜKSEL  , C NDO LU D (2006). Cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında ulusal ve yerel medya yoluyla savunuculuk projesi bilgilendirme dosyası 5. *Kadın Cinselli i, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD)*, **7**: 28-29.
- ZELIS R, LONGHURST J, CAPONE RJ, LEE G (1973). Peripheral circulatory control mechanisms in congestive heart failure. *Amer J Cardiol*, **32**: 481.

EKLER

EK-1. Onam Formu

Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmanın Adı: Kalp Yetmezliği Tanısı Olan Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Cinsel Yaşam Kalitesi

“Sayın gönüllü, yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıt isteyiniz.”

Çalışma tanımlayıcı tipte olup, kalp yetmezliği tanısı olan kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu, cinsel yaşam kalitesi ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yürütülecektir. Araştırmanın verileri, “Tanıtıcı Bilgiler Formu”, “Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi” ve “Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın” kullanılarak toplanacaktır. Çalışmaya kabul ettiğiniz takdirde cinsel fonksiyon bozukluğu olup olmadığını anlamak ve cinsel yaşam kalitesini değerlendirmek için size bu anket formları uygulanacaktır. Veri toplama formlarının uygulamasının yaklaşık 15-20 dakika süreceği düşünülmektedir.

“Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak istememeniz ya da araştırmadan çekilmeniz bu hastaneden aldığınız tedavi ve bakım sürecinizi etkilemeyecektir. Araştırma kapsamındaki bütün uygulamalar için sizden ya da bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Size de bu araştırma sonunda herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizlerle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.”

“Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayılmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.”

	Tarih	İmza
Katılanın adı soyadı:		
Araştırmacı adı soyadı:		

Adres: Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Aktaş Mahallesi Plevne Caddesi. No:5 PK: 06080

Altındağ, Telefon: 0312 319 14 50

EK-2. Kişisel Bilgi Formu

VERİ FORMU(KADIN)

1. Yaş :

2. Medeni durum :

A)Evli B)Beraber yaşama

3. Evli iseniz, evlilik şekliniz:

A)Tanışarak B)Görücü usulü

4. Çalışıyor musunuz?

A)Hayır B)Tam gün C)Yarım gün / Belli saatlerde

5. Eş/ partneriniz çalışıyor mu ?

A)Evet B)Hayır

6. Düzenli bir bireysel gelire sahip misiniz? (Kira, faiz, maaş)

A)Evet B)Hayır

7. Ailenizin ekonomik durumunu nasıl tanımlarsınız?

A)Kötü B)Orta C)İyi/ Çok iyi

8. Sizin ve eşinizin öğrenim durumunu belirtiniz.ilgili kutucuğa lütfen (X) işareti koyunuz.

Öğrenim Durumu	Sizin	Eş/Partnerinizin
Okur - yazar değil		
Okur - yazar		
İlkokul mezunu		
Ortaokul mezunu		
Lise mezunu		
Üniversite-yüsekokul mezunu		
Y.lisans /Doktora		

9. Sigara kullanıyor musunuz?

A)Evet B)Hayır

10. Alkol kullanıyor musunuz?

A)Evet B)Hayır

11. Boy: Kilo:

12. Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?

A)Evet B)Hayır

13. Nerede yaşıyorsunuz?

A)Kent B)Kır

14. Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?

A)Evet (Belirtiniz.....) B)Hayır

15. Kalp yetmezliği tanısı ne zaman konuldu?.....

16. Kalp yetmezliği dışında başka hastalıklarınız var mı?

A)Evet B)Hayır

Cevabınız evet ise diğer hastalığınız / hastalıklarınız neler?

.....

17. Menapoza girdiniz mi ?

A)Evet B)Hayır

CİNSEL YAŞAM İLE İLGİLİ BİLGİLER

1. . Kalp yetmezliği tanısı konmadan önce cinsel sorunlarınız var mıydı?

A)Evet

B)Hayır

2.Kalp yetmezliği cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi?

A)Olumlu etkiledi

B)Olumsuz etkiledi

C)Etkilemedi

3.Sağlıklı bir cinsel hayatın ,iyileşme sürecinizi olumlu etkilediğini düşünüyor musunuz?

A)Evet

B)Hayır

4. Aşağıda yer alan, kalp yetmezliği nedeniyle gelişen fiziksel sıkıntılar, cinsel yaşamınızı etkiliyor mu? Etkiliyor ise cinsel yaşamınızı etkilediğini düşündüklerinizin bir yada bir kaçına (x) işareti koyunuz.Hiçbiri etkilemiyor ise en baştaki kutucuğu işaretleyiniz.

Hiç biri etkilemiyor	
Ödem	
Halsizlik	
Gece idrara çıkma	
İştahsızlık	
Nefes darlığı	
İstenmeyen kilo kaybı	

5. Kalp yetmezliği için kullandığınız ilaçlardan biri ya da birkaçının cinsel yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

A)Evet

B)Hayır

6. Kalp yetmezliği için kullandığınız ilaç tedavisinde , cinsel yaşam kalitenizi etkilediğini düşündüğünüz için doz atlama ya da tamamen bırakma gibi davranışlarda bulunur musunuz?

A)Evet

B)Hayır

7. Cinsel istek ve gücünüzü artırdığını düşündüğünüz bir ilaç, bitki ya da takviye gıda kullanıyor musunuz?

A)Evet

B)Hayır

8. Kalp yetmezliği tanısı konulduktan sonra, cinsel ilişki sırasında ölmekten korkuyor musunuz?

A)Evet

B)Hayır

9. Kalp yetmezliği tanısı aldıktan sonra aile içi rol ve sorumlulukların dağılımında bir değişiklik oldu mu?(Cevabınız evet ise 10.soruyu da yanıtlayınız).

A)Evet

B)Hayır

10. Kalp yetmezliği nedeniyle aile içi rol ve sorumluluk dağılımındaki değişim cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi?

A)Olumlu etkiledi

B)Olumsuz etkiledi

C)Etkilemedi

11. Kalp yetmezliği tanısı konulduktan sonra eşinizde ya da partnerinizde size karşı aşırı koruma davranışı gelişti mi?(cevabınız evet ise 12. ve 13. Soruları da yanıtlayınız).

A)Evet

B)Hayır

12.Kalp yetmezliği tanısı sonrası eşiniz ya da partneriniz tarafından geliştirilen aşırı koruma davranışı size ne hissettiriyor?.....

13. Bu aşırı koruma davranışı cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi?

A)Olumlu etkiledi

B)Olumsuz etkiledi

C)Etkilemedi

14. Kalp yetmezliği tanısı konulduktan sonra verilen ve uyulması gereken diet değişiklikleri eşinizle ya da partnerinizle olan ilişkinizi nasıl etkiledi?

A)Olumlu etkiledi

B)Olumsuz etkiledi

C)Etkilemedi

15. Kalp yetmezliği hastalığına alışma süreciniz cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi?

A)Olumlu etkiledi

B)Olumsuz etkiledi

C)Etkilemedi

16. Kalp yetmezliği tanısı konulduktan sonra eşinizin ya da partnerinizin hastalığınızın kabullenme süreci cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi?

A)Olumlu etkiledi B)Olumsuz etkiledi C)Etkilemedi

17. Kalp yetmezliği tanısı almış olmanız sizde bir sosyal izolasyona(toplumdan kendini ayırma) neden oldu mu?(Cevabınız evet ise 18.soruyu da yanıtlayınız).

A)Evet B)Hayır

18. Bu sosyal izolasyon hissi (toplumdan kendini ayırma) cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi?

A)Olumlu etkiledi B)Olumsuz etkiledi C)Etkilemedi

19.Cinsel Yaşamınız ile ilgili sağlık personeli ile konuşur musunuz?

A)Evet B)Hayır

20. Cinsel yaşamınızla ilgili sorunlarınızı sağlık personeli ile konuşurken utanır mısınız?

A)Evet B)Hayır

21. Sağlık personeline cinsel yaşamınızla ilgili sorular sorduğunuzda, onları utandıracağınızdan korkuyor musunuz?

A)Evet B)Hayır

22. Sağlık personeli tarafından cinsel yaşam konusunda bilgilendiriliyor musunuz?

A)Evet B)Hayır

23.Sağlık personeli tarafından cinsellikle ilgili bilgilendirilmek ister misiniz?

A)Evet B)Hayır

Cevabınız evet ise hangi konularda bilgilendirilmek istersiniz?.....
.....

24. Cinsel yaşam ile ilgili bilgilendirilmemek, soru ve sorunlarınızı konuşamamak sizde endişe ya da üzüntü yaratır mı?

A)Evet B)Hayır

EK-3. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi

Açıklamalar:

Bu sorular cinsel yaşamınızla ilgili olup son 4 haftalık süreye aittir. Lütfen aşağıdaki sorulara olabildiğince net ve doğru cevap vermeye çalışınız. Verdiğiniz cevaplar tamamen gizli kalacaktır. Aşağıdaki soruları cevaplarken bazı terimlerin anlamı şu şekildedir ;

Cinsel aktivite: okşama, cinsel oyunlar, mastürbasyon ve vajinal ilişkiyi kapsayan durumları

Cinsel ilişki/birleşme: vajinaya penisin girişi (penil penetrasyonu)

Cinsel uyarı: partnerinizle olan cinsel oyunlar, kendi kendinizi uyarmanız (mastürbasyon) veya cinsel fantezileri anlatmaktadır.

Cinsel istek veya cinsel ilgi cinsellikle ilgili şeyler yaşama isteği, partnerinizin cinsellikle ilgili davranışlarına karşılık verme isteği ve cinsellikle ilgili düşünmek veya fanteziler kurmak anlamına gelmektedir.

Soru 1 Son 4 hafta boyunca, **ne sıklıkta** cinsel istek veya ilgi hissettiniz ?

5= hemen hemen her zaman veya her zaman

4= çoğu zaman (%50'den fazla)

3= bazen (%50 kadar)

2= bir kaç kez (%50'den daha az)

1= hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

Soru 2 Son 4 hafta boyunca, cinsel istek veya ilgi **düzeyiniz** nasıldı ?

5= çok yüksek

4= yüksek

3= orta

2= düşük

1= çok düşük veya hiç

Cinsel uyarılma/tahrik, cinsel heyecanı; bedensel ve zihinsel yönlerin her ikisi için birlikte hissetmektir. Cinsel bölgelerde sıcaklık hissi veya ürperti, lubrikasyon (kayganlaşma-ıslaklık) veya kas kasılmaları olması durumudur.

Soru 3 Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında kendinizi **ne sıklıkla** cinsel yönden tahrik olmuş/uyarılmış hissettiniz?

- 0= cinsel aktivitem olmadı
- 5= hemen hemen her zaman veya her zaman
- 4= çoğu zaman (%50'den fazla)
- 3= bazen (%50 kadar)
- 2= bir kaç kez (%50'den az)
- 1= hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

Soru 4 Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında cinsel yönden tahrik olma/uyarılma **düzeyiniz** nasıldı ?

- 0= cinsel aktivitem olmadı
- 5= çok yüksek
- 4= yüksek
- 3= orta
- 2= düşük
- 1= çok düşük veya hiç

Soru 5 Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında cinsel olarak tahrik olma konusunda kendinizden **ne kadar emindiniz** ?

- 0= cinsel aktivitem olmadı
- 5= çok yüksek derecede kendimden emindim
- 4= yüksek derecede kendimden emindim
- 3= orta derecede kendimden emindim
- 2= düşük derecede kendimden emindim
- 1= çok düşük derecede kendimden emindim veya kendimden emin değildim

Soru 6 Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında tahrik olma/uyarılma durumunuzdan **ne sıklıkla** memnun oldunuz ?

- 0= cinsel aktivitem olmadı
- 5= hemen hemen her zaman veya her zaman
- 4= çoğu zaman (%50'den fazla)
- 3= bazen (%50 kadar)
- 2= bir kaç kez (%50'den az)
- 1= hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

Soru 7 Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında, lubrikasyon (kayganlaşma/ıslaklık) durumu **ne sıklıkla** gerçekleşti ?

0= cinsel aktivitem olmadı

5= hemen hemen her zaman veya her zaman

4= çoğu zaman (%50'den fazla)

3= bazen (%50 kadar)

2= bir kaç kez (%50'den az)

1= hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

Soru 8 Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında lubrikasyon (kayganlaşma/ıslaklık) durumu oluşması **ne kadar zor oldu** ?

0= cinsel aktivitem olmadı

1= aşırı derecede zordu veya imkansızdı

2= çok zordu

3= zordu

4= oldukça zordu

5= zor değildi

Soru 9 Son 4 hafta boyunca, lubrikasyon (kayganlaşma/ıslaklık) durumunuzu cinsel aktivite veya cinsel birleşme sonuna kadar **ne sıklıkla sürdürebildiniz** ?

0= cinsel aktivitem olmadı

5= hemen hemen her zaman veya her zaman

4= çoğu zaman (%50'den fazla)

3= bazen (%50 kadar)

2= bir kaç kez (%50'den az)

1= hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

Soru 10 Son 4 hafta boyunca, lubrikasyon (kayganlaşma/ıslaklık) durumunuzu cinsel aktivite veya cinsel birleşme sonuna kadar korumanız **ne kadar zor oldu** ?

0= cinsel aktivitem olmadı

1= aşırı derecede zordu veya imkansızdı

2= çok zordu

3= zordu

4= oldukça zordu

5= zor değildi

Soru 11 Son 4 hafta boyunca, cinsel uyarılmanızda veya cinsel birleşmede, **ne sıklıkla** orgazma ulaştınız ?

0= cinsel aktivitem olmadı

5= hemen hemen her zaman veya her zaman

4= çoğu zaman (%50'den fazla)

3= bazen (%50 kadar)

2= bir kaç kez (%50'den az)

1= hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

Soru 12 Son 4 hafta boyunca, cinsel uyarılmanızda veya cinsel birleşmede, orgazma ulaşmanız **ne kadar zor oldu** ?

0= cinsel aktivitem olmadı

1= aşırı derecede zordu veya imkansızdı

2= çok zordu

3= zordu

4= oldukça zordu

5= zor değildi

Soru 13 Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite veya cinsel birleşme sırasında orgazma ulaşma yeteneğiniz konusunda **ne kadar memnun oldunuz** ?

0= cinsel aktivitem olmadı

5= çok memnun oldum

4= orta derecede memnun oldum

3= hemen hemen eşit olarak memnun oldum ve memnun olmadım

2= orta derecede memnun olmadım

1= hiç memnun olmadım

Soru 14 Son 4 hafta boyunca, cinsel aktivite sırasında siz ve partneriniz arasında yaşanan duygusallık düzeyi konusunda **ne kadar memnun oldunuz** ?

0= cinsel aktivitem olmadı

5= çok memnun oldum

4= orta derecede memnun oldum

3= hemen hemen eşit olarak memnun oldum ve memnun olmadım

2= orta derecede memnun olmadım

1= hiç memnun olmadım

Soru 15 Son 4 hafta boyunca, partneriniz ile olan cinsel ilişkinizden **ne kadar memnun oldunuz ?**

5= çok memnun oldum

4= orta derecede memnun oldum

3= hemen hemen eşit olarak memnun oldum ve memnun olmadım

2= orta derecede memnun olmadım

1= hiç memnun olmadım

Soru 16 Son 4 hafta boyunca, genel olarak tüm cinsel yaşamınızdan **ne kadar memnun oldunuz ?**

5= çok memnun oldum

4= orta derecede memnun oldum

3= hemen hemen eşit olarak memnun oldum ve memnun olmadım

2= orta derecede memnun olmadım

1= hiç memnun olmadım

Soru 17 Son 4 hafta boyunca, vajinal birleşme sırasında **ne sıklıkla** rahatsızlık veya ağrı yaşadınız ?

0= cinsel birleşme girişimim olmadı

1= hemen hemen her zaman veya her zaman

2= çoğu zaman (%50'den fazla)

3= bazen (%50 kadar)

4= bir kaç kez (%50'den az)

5= hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

Soru 18 Son 4 hafta boyunca, vajinal birleşme sonrasında **ne sıklıkla** rahatsızlık veya ağrı yaşadınız?

0= cinsel birleşme girişimim olmadı

1= hemen hemen her zaman veya her zaman

2= çoğu zaman (%50'den fazla)

3= bazen (%50 kadar)

4= bir kaç kez (%50'den az)

5= hemen hemen hiçbir zaman veya hiçbir zaman

Soru 19 Son 4 hafta boyunca, rahatsızlık veya ağrı **seviyeniz (dereceniz)** nasıldı ?

0= cinsel birleşme girişimim olmadı

1= vajinal birleşme sırasında veya sonrasında çok yüksekti

2= yüksekti

3= orta derecedeydi

4= düşüktü

5= çok düşüktü veya hiç yoktu

EK-4. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kadın

Aşağıdaki ifadeleri okuyarak size uygunluk derecesine sağ taraftaki seçeneklerden bir tanesini (X) ile işaretleyiniz. Veriler yalnızca bilimsel araştırma amaçlı kullanılacaktır. Samimiyetle vereceğiniz cevaplar araştırmayı olumlu yönde etkileyecektir. Katılımınız için şimdiden teşekkürler.

	Hiç Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Çoğunlukla Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli /zevkli bir parçası olduğunu düşünüyorum.						
2. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum.						
3.Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi üzgün (depresif) hissediyorum.						
4. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum.						
5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kendimi iyi hissediyorum.						
6. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim.						
7. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum.						
8. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum.						

	Hiç Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kısmen Katlıyorum	Çoğunlukla Katlıyorum	Tamamen Katlıyorum
9. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum.						
10. Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum.						
11. Cinsel ilişkiden zevk almıyorum.						
12. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum.						
13. Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünüyorum.						
14. Cinsel ilişkiden kaçınıyorum.						
15. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, suçluluk hissediyorum.						
16. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşimin rencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum.						
17. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, bir şeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum.						
18. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinsel ilişki sıklığından memnunum.						

EK-5. Etik Kurul Kararı

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi : 26/11/2019

Toplantı Sayısı : 20

Karar Sayısı : 304

304-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencilerinden **Hilâl Küçükaya**'nın "Kalp Yetmezliği Tanısı Olan Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Cinsel Yaşam Kalitesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili 01/11/2019 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda, **Hilâl Küçükaya**'nın "Kalp Yetmezliği Tanısı Olan Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Cinsel Yaşam Kalitesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

EK-6. Kurum İzin Yazısı



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Şehir Hastanesi Başhekimliği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA ŞEHİR HASTANESİ -
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
26/02/2020 18:11 - 72300690 - 799 - E.30713



90113307002

Sayı : 72300690-799
Konu : Hilal KÜÇÜKKAYA (Tez
Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 07/01/2020 tarihli ve 90739940-799-34 sayılı yazı.

İlgi yazınıza istinaden, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Hilal KÜÇÜKKAYA'nın "Kalp Yetmezliği Tanısı Olan Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapma talebi, Hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulumuzun 26.02.2020 tarih ve 15 sayılı toplantısında görüşülmüş olup, uygunluğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Aziz Ahmet SUREL
Koordinatör Başhekim

Üniversiteler Mah. Bilkent Cad.No:1 Çankaya/ANKARA

Telefon: Faks No:

e-Posta: emine.kuranel@saglik.gov.tr İnternet Adresi: emine.kuranel@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 08158af-0667-4400-97db-035d975d3a95 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Emine KURANEL

Veri Hazırlama ve Kontrol İht.

Telefon No: (0 312) 552 60 00