T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

AÇIK KALP CERRAHİSİ GEÇİRECEK KADINLARA PLISSIT MODELİNE DAYALI CİNSEL DANIŞMANLIĞIN CİNSEL FONKSİYON VE CİNSEL YASAM KALİTESİNE ETKİSİ

MERVE TUNCER

DANIŞMAN
PROF. DR. ÜMRAN OSKAY

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2022

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
414.1.17F	04.03.2020	00	00.00.0000	1 / 1

Bu çalışma 13.04.2022 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Ümran YEŞİLTEPE OSKAY
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. İkbal ÇAVDAR
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Bölümü

BEYAN

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

Merve TUNCER

(İmza)

İTHAF

Anneme, Babama, Kardeşime ve Eşime ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimden doktora tez sürecime kadar tüm eğitim hayatım boyunca bilgisiyle beni geliştiren ve aydınlatan, ilgi ve desteğiyle her zaman yanımda olduğunu hissettiren, benim için çok emek veren değerli danışman hocam Prof. Dr. Ümran YEŞİLTEPE OSKAY'a,

Doktora eğitimim süresince, eğitim hayatım ve akademik kariyerimin gelişimi için çok değerli bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN'e, Prof. Dr. Ergül ASLAN'a ve Doç. Dr. İlkay GÜNGÖR SATILMIŞ'a,

Tez sürecim boyunca bilgi ve desteğini esirgemeyen Prof. Dr. İkbal ÇAVDAR'a,

Çalışmamın uygulama aşamasında her türlü desteği sağladıkları için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü Kalp ve Damar Cerrahi Kliniği sorumlu hemşiresi Asbiye hemşire ve tüm klinik hemşirelerine ve gönüllü olarak çalışmama katılmayı kabul eden tüm kadınlara,

Her zaman yanımda olan, beni her zaman destekleyen ve bana güç veren başta kıymetli annem, babam ve kardeşime,

Tez çalışmam boyunca ilgisini ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim değerli eşime teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İİİV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ X
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİİ
ÖZET ..... Xİİİ
ABSTRACT ..... XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Açık Kalp Cerrahisi 4
2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi 4
2.1.2. Kalbin Cerrahi Girişim Gerektiren Hastalıkları 5
2.1.2.1. Koroner Arter Hastalığı 5
2.1.2.2. Kalp Kapak Hastalıkları 6
2.1.2.2.1. Mitral Kapak Hastalıkları 6
2.1.2.2.2. Aort Kapak Hastalıkları 7
2.1.2.2.3. Triküspit Kapak Hastalıkları 8
2.1.2.3. Kalp Tümörleri 9
2.1.3. Kalp Hastalıklarında Cerrahi Girişimler 10
2.1.3.1. Koroner Arter Bypass Greft (KABG) 10
2.1.3.2. Kalp Kapak Cerrahileri 10
2.1.3.2.1. Kalp Kapak Onarımı 11
2.1.3.2.2. Kalp Kapak Replasmanı 11
2.1.4. Açık Kalp Cerrahisi Öncesi Hazırlık 11
2.1.4.1. Fizyolojik Hazırlık 11
2.1.4.2. Psikolojik Hazırlık 12
2.1.4.3. Yasal Hazırlık 12
2.1.4.4. Hasta Eğitimi 12

2.1.5. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımı……..13
2.1.5.1. Yoğun Bakım Süreci Hemşirelik Bakımı……..13
2.1.5.2. Klinik Süreci Hemşirelik Bakımı……...14
2.1.5.3. Taburculuk Eğitimi……14
2.1.6. Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Sık Görülen Komplikasyonlar……16
2.1.6.1. Kanama……..16
2.1.6.2. Kardiyak Tamponad……..17
2.1.6.3. Aritmiler……18
2.2. Cinsellik……18
2.2.1. Cinsel Sağlık……...19
2.2.2. Kadın Cinsel Fonksiyonu……19
2.2.3. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğu……22
2.2.3.1. Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu……23
2.2.3.2. Genito-Pelvik Ağrı/Birleşme Bozukluğu……...24
2.2.3.3. Orgazm Bozukluğu……25
2.2.4. Kalp Hastalıklarının Cinsel Fonksiyona Etkisi……25
2.2.5. Açık Kalp Ameliyatının Cinsel Fonksiyona Etkisi……27
2.2.5.1. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Oluşabilecek Cinsel Sorunlar……28
2.2.5.2. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Oluşabilecek Cinsel Sorunlara Yaklaşım.29
2.2.6. Cinsel Danışmanlık……31
2.2.7. Cinsel Danışmanlıkta Kullanılan Modeller ……33
2.2.7.1. PLISSIT Modeli……35
3. GEREÇ VE YÖNTEM……38
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü……38
3.2. Araştırmanın Hipotezleri……...38
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman……..38
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi……39
3.4.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması……39
3.4.2. Örneklem Özellikleri……...41
3.4.3. Randomizasyon……...41
3.5. Araştırmanın Değişkenleri……42
3.6. Veri Toplama Araçları……42
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu……42

3.6.2. Beck Depresyon Envanteri……..43
3.6.3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği……43
3.6.4. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu……...44
3.7. Araştırmanın Uygulanması……...45
3.7.1. Araştırmanın Ön Uygulaması……..45
3.7.2. Araştırmanın Uygulanması……45
3.7.3. Araştırma Akış Şeması……50
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi……..51
3.9. Araştirmanin Etik Yönleri……51
3.10. Araştırmanın Güçlü Yönleri……51
3.11. Araştırma Sınırlılıkları……51
4. BULGULAR.....52
4.1. Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik, Jinekolojik, Genel Sağlık ve Mevcut Hastalık Verilerine İlişkin Bulgular……53
4.2. Kadınların Cinsel Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyon Verilerine İlişkin Bulgular……57
4.3. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Programının Kadınların Depresyon Belirtileri Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular……...60
4.4. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Programının Kadınların Cinsel Fonksiyonları Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular……...62
4.5. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Programının Kadınların Cinsel Yaşam Kaliteleri Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular……..64
5. TARTIŞMA 64
5.1. Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik, Jinekolojik, Genel Sağlık ve Mevcut Hastalık Verilerine İlişkin Bulgularının Tartışılması……...67
5.2. Kadınların Cinsel Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyon Verilerine İlişkin Bulgularının Tartışılması……..70
5.3. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Programının Kadınların Depresyon Belirtileri Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması……..73

5.4. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Programının Kadınların Cinsel Fonksiyonları Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması……..75
5.5. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Programının Kadınların Cinsel Yaşam Kaliteleri Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması……..77
KAYNAKLAR 81
FORMLAR 103
EK-1: Tanıtıcı Bilgi Formu-Ameliyat Öncesi Dönem……..103
EK-2: Tanıtıcı Bilgi Formu-Ameliyat Sonrası Dönem…….106
EK-3: Beck Depresyon Envanteri…….107
EK-4: Beck Depresyon Envanteri İzin Yazısı……...110
EK-5: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği……...111
EK-6: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği İzin Yazısı…….116
EK-7: Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu……..117
EK-8: Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu İzin Yazısı…….118
EK-9: Cinsel Terapi Eğitimi Sertifikası…….119
EK-10: İUC Kardiyoloji Enstitüsü Kalp ve Damar Cerrahi AD İzin Yazısı…….120
EK-11: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Deney Grubu)……..121
EK-12: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu)……124
EK-13: Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Kadınlara Yönelik Bakım ve Cinsel Danışmanlık Eğitim Kitapçığı……127
ETİK KURUL KARARI 152
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....154
ÖZGEÇMİŞ 155

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Kalp Hastalıkları ile İlgili Cinsel Mitler ve Gerçekler……27

Tablo 2-2: Cinsel Sağlığı Değerlendirme Basamakları……...33

Tablo 2-3: Cinsel Danışmanlıkta Sık Kullanılan Modeller……..35

Tablo 3-1: PLISSIT Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin İçeriği…….48

Tablo 4.1: Cinsel Danışmanlık ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik Verilerinin Karşılaştırılması.……...53

Tablo 4.2: Cinsel Danışmanlık ve Kontrol Grubundaki Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Verilerinin Karşılaştırılması…….....55

Tablo 4.3: Cinsel Danışmanlık ve Kontrol Grubundaki Kadınların Genel Sağlık ve Mevcut Hastalık Verilerinin Karşılaştırılması…….56

Tablo 4.4: Cinsel Danışmanlık ve Kontrol Grubundaki Kadınların Danışmanlık Öncesi Cinsel Fonksiyon Verilerinin Karşılaştırılması.……...58

Tablo 4.5: Cinsel Danışmanlık ve Kontrol Grubundaki Kadınların Cinsel Danışmanlık Sonrası Cinsel Fonksiyona İlişkin Verilerinin Karşılaştırılması……..59

Tablo 4.6: Kadınların PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular ……..61

Tablo 4.7: Kadınların PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular ……63

Tablo 4.8: Kadınların PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular ……..66

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Koroner Arter Hastalığı…….5
Şekil 2-2: Mitrak Kapak Regürjitasyonu……...…7
Şekil 2-3: Mitral Kapak Stenozu……7
Şekil 2-4: Kalsifik Aort Stenozu……8
Şekil 2-5: Aort Kapak Regürjitasyonu……..8
Şekil 2-6: Triküspid Kapak Regürjitasyonu……...9
Şekil 2-7: Grafenberg Noktası (G Noktası)……..21
Şekil 2-8: Kadın Cinsel Yanıt Döngüsü……...22
Şekil 3-1: Araştırmanın CONSORT Akış Diyagramı……..40
Şekil 3-2: Araştırma Akış Şeması……50

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

BDE: Beck Depresyon Envanteri

BKİ: Beden Kitle İndeksi

CONSORT: Consolidated Standards of Reporting Trials

CYKÖ-K: Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Kadın Formu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KABG: Koroner Arter Bypass Greft

KCİÖ: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

KKH: Kalp Kapak Hastalıkları

PLISSIT Modeli: Permission-Limited Information-Spesific Suggestion-Intensive Therapy Modeli

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

Tuncer, M. (2022). Açık Kalp Cerrahisi Geçirecek Kadınlara PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlığın Cinsel Fonksiyon ve Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Randomize kontrollü deneysel tipte planlanan bu çalışma, açık kalp cerrahisi geçirecek kadınlara PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın cinsel fonksiyon ve cinsel yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Çalışma İstanbul İli'nde bir üniversite hastanesinin kardiyoloji enstitüsü kalp ve damar cerrahi kliniğinde Kasım 2020-Kasım 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmaya 32 cinsel danışmanlık grubu, 32 kontrol grubu olmak üzere 64 kadın dahil edildi. Cinsel danışmanlık grubuna araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığıyla birlikte PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık verildi. Kontrol grubuna ise rutin bakım uygulandı. Araştırma verileri Tanıtıcı Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği ve Cinsel Yaşam Kalitesi-Kadın Formu ile elde edildi. Araştırma boyunca ilki yüz yüze diğerleri telefon görüşmesi olmak üzere 6 izlem yapıldı.

Cinsel danışmanlık ve kontrol grubundaki kadınlar sosyo-demografik, obstetrik, jinekolojik, genel sağlık, mevcut hastalık ve cinsel fonksiyon verileri yönünden benzer bulundu ($p>0,05$). PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık sonrası kadınların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu puanlarının artış gösterdiği, Beck Depresyon Envanteri puanlarının ise düştüğü belirlendi ($p<0,05$).

Sonuç olarak açık kalp cerrahisi sonrası PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın kadınların cinsel fonksiyonlarını ve cinsel yaşam kalitelerini arttırdığı, depresyon belirtilerini ise azalttığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Açık kalp cerrahisi, cinsel danışmanlık, cinsel yaşam kalitesi, hemşirelik bakımı, PLISSIT modeli.

ABSTRACT

Tuncer, M. (2022). The Effect of Sexual Counselling Based on PLISSIT Model to Women Undergoing Open Heart Surgery on Sexual Function and Sexual Quality of Life. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Education, Women Health and Diseases Nursing. Doctoral Dissertation. İstanbul.

This randomized controlled trial study was planned to determine the effect of sexual counselling based on the PLISSIT model on sexual function and sexual quality of life of women undergoing open heart surgery.

The study was carried out between November 2020 and November 2021 in cardiovascular surgery clinic in cardiology institute of a university hospital in Istanbul. A total of 64 women, 32 in the sexual counselling group and 32 in the control group, were included in the study. The sexual counselling group was given sexual counselling based on the PLISSIT model with the educational booklet prepared by the researcher. Routine care was applied to the control group. Research data were obtained with Introductory Information Form, Beck Depression Inventory, Female Sexual Function Index and Sexual Quality of Life Questionnaire-Female. During the research, 6 follow-ups were made, the first being face-to-face and the others by telephone.

Women in the sexual counselling and control groups were found to be similar in terms of socio-demographic, obstetric, gynaecological, general health, current disease and sexual function data ($p>0.05$). After sexual counselling based on the PLISSIT model, it was determined that the Female Sexual Function Index and Sexual Quality of Life Questionnaire-Female scores of women increased, while their Beck Depression Inventory scores decreased ($p<0.05$).

As a result, it was determined that sexual counselling based on the PLISSIT model after open heart surgery increased the sexual function and sexual quality life of women and decreased the symptoms of depression.

Key Words: Open heart surgery, sexual counseling, sexual quality of life, nursing care, PLISSIT model.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya'da ve Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin en önemli sebebi kardiyovasküler hastalıklardır (Doğu ve ark. 2015; Özdelikara ve Baba, 2017). Amerikan Kalp Derneği'ne göre Amerika'da her yıl meydana gelen ölümlerin 3'te 1'i kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle meydana gelmektedir (Benjamin ve ark. 2018). Doğu ve ark.'nın aktardığına göre (2015), DSÖ 2030 yılına kadar 23 milyon kişinin kalp damar hastalıkları nedeniyle hayatını kaybedeceğini öngörmektedir. 26 yıllık kohort yöntemiyle yapılan çalışma olan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF)'nde, Türkiye'de koroner arter hastalık riskinin 10 yıllık süreçte 2 kat arttığı ve ölümlerin %42'sini koroner hastalıkların oluşturduğu belirlenmiştir (Onat ve Can, 2017). Türkiye'de kapak hastalıklarına da oldukça sık rastlanmaktadır (Demirbağ ve ark. 2013). Ülkemizde en fazla görülen kapak hastalığının mitral kapak hastalığı olduğu (Demirbağ ve ark. 2013) ve görülme sıklığının %2-13 arasında değiştiği belirlenmiştir (Korkmaz, 2010; Yeşilbursa, 2017; Tüysüz ve Dedemoğlu, 2018). Koroner ve kapak hastalıklarının medikal tedavi ile iyileşmesi mümkün olmadığında cerrahi tedavi önemli bir seçenek olarak yer almaktadır (Kılınç ve Kartal, 2019). Kardiyak cerrahi girişimlerden koroner arter bypass greft (KABG) ve kapak cerrahileri (onarım ve replasman), bireylerin iyileşme süresini hızlandırması, yaşam kalitesini ve yaşam süresini artırması nedeniyle dünya genelinde sık uygulanan cerrahi tedavi yöntemlerindendir (Kırali ve Saçlı, 2015; Perdoncin ve Duvernoy, 2017).

Yaşam kalitesinin önemli bir parçası olan cinsel sağlık, kardiyak cerrahi sonrası olumsuz etkilere maruz kalmaktadır (Cassar ve ark. 2009; Steinke ve ark. 2015; Melly ve ark. 2018). Cinsel sağlığı etkileyen olumsuz değişimlerin en önemli nedenlerinden biri kardiyak belirtileri tetikleyebileceği korkusudur. Kalp hastalığına sahip bireyler angina ağrısına yol açabileceği, miyokard infarktüsüne neden olabileceği ya da cerrahi bölgeye zarar verebileceği düşünceleri nedeniyle cinsel aktiviteden uzak durmaktadırlar (Forouzannia ve ark. 2012; Resee ve ark. 2012; Assari, 2014). Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin bazılarında kalp hastalığının ruhsal etkisine bağlı libido kaybı, ilaçlara bağlı disfonksiyon (beta bloker ve diüretikler) ve yaşa bağlı değişimler (menopoz, refrakter dönemin uzaması vb.) gibi nedenlerle cinsel ilgi ve uyarılmada azalma, cinsel ilişki sıklığında azalma, vajinal kuruluk ve disparoni gibi cinsel disfonksiyonların

görülme sıklığı artış göstermektedir. Aynı zamanda beden imajında bozulma (sternotomi etkisiyle) ve kalp hastalarında bulunan diğer risk faktörleri (diyabet, hiperlipidemi, sigara kullanma vb.) de cinsel disfonksiyona neden olmaktadır (Assari, 2014; Steinke ve ark. 2015). Mourad ve ark. çalışmasında (2017) preoperatif dönemle karşılaştırıldığında, KABG sonrası hastalarda cinsel fonksiyon yönünden önemli bir düşüş yaşandığı, cinsel istek ve uyarılmanın azaldığı belirtilmiştir. Ancak sanıldığının aksine kardiyovasküler hastalığı bulunan bireylerin çok azında cinsel aktiviteyi kısıtlayacak riskler bulunmaktadır (Levine ve ark. 2012; Abu Ali ve ark. 2018). Kardiyovasküler hastalıklarda cinsel aktivite, kardiyak semptomları yalnızca %0,01 oranında artırmaktadır. Kalbe bağlı ani ölümlerin ise sadece %0,6'sı cinsel eyleme bağlı meydana gelmektedir. (Lee ve ark. 2006; Reddy ve ark. 2009). Bu nedenle cinsel danışmanlık ile kalp hastalığı ve kalp cerrahisi sonrası hastalar uygun zamanda memnun edici, sağlıklı ve doyurucu bir cinsel aktiviteye sahip olabilirler. Avrupa Kardiyoloji Derneği (Steinke ve ark. 2013), Amerikan Kalp Derneği ve Amerikan Kardiyoloji Birliği (Abramsohn ve ark. 2013) kardiyak hastalıklar sonrası kişilerin mutlaka cinsel danışmanlık alması gerektiğini tavsiye etmişlerdir. Ancak Djurovic ve ark.'larının (2010) çalışmasında bilgi eksikliği, önyargı ve önemsememe gibi nedenlerle sağlık profesyonellerinin miyokard infarktüsü ve KABG sonrası hastalarla cinsel yaşam hakkında konuşmadıkları, cinsel danışmanlık vermedikleri belirlenmiştir.

Avrupa Kardiyoloji Derneği; sağlık profesyonellerine cinsel danışmanlık için PLISSIT modeli kullanımını tavsiye etmiştir. PLISSIT modeli; cinsel yaşama odaklanması, hasta merkezli olması ve iletişimi güçlendirmesi gibi nedenlerle cinsel danışmanlıkta sıklıkla kullanılan etkili bir modeldir (Steinke ve ark. 2013). PLISSIT modeli Annon tarafından 1976 yılında cinsel sorunların çözülmesine rehberlik etmesi için geliştirilmiş, 2006 yılında Taylor ve Davis tarafından tekrar gözden geçirilmiştir (Uslu ve ark. 2016). Model; P- İzin verme (Permission), LI- Sınırlı bilgi (Limited Information), SS- Özel öneriler (Specific Suggestions), IT – Yoğun terapi (Intensive Therapy) olmak üzere dört aşamadan oluşmaktadır (Taylor ve Davis, 2006). Literatürde genellikle gebelik, doğum sonrası, histerektomi ve mastektomi gibi nedenlerle cinsel disfonksiyon yaşayan kadınlara PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık verildiği belirlenmiştir (Tütüncü, 2009; Yörük, 2013; Faghani ve Gaffari, 2016; Bilge, 2017). Dünya genelinde ve Ülkemizde kardiyak cerrahi sonrası PLISSIT modeliyle cinsel danışmanlık verilen bir çalışmaya ise rastlanmamıştır. Tüm bu bilgilerle birlikte randomize kontrollü deneysel

olarak planlanan bu çalışma, açık kalp cerrahisi geçirecek kadınlara PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın cinsel fonksiyon ve cinsel yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Açık Kalp Cerrahisi

Açık kalp cerrahisi, denenen ilk uygulamaların başarılı olmasından bu yana devamlı ilerleyen ve gelişme gösteren bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Kalbin miyokard tabakasını güvenli bir şekilde koruyan prosedürlerin geliştirilmesi sonrası kalp cerrahilerinin önü açılmış ve kalp nakli dahi gerçekleştirilebilir hale gelmiştir (Shemin, 2016).

2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi

Tıp tarihinde kalp, her zaman dokunulmaması ve cerrahi olarak uzak durulan bir organ olmuştur. 16. yy'den sonra ise bu fikir geçerliliğini yitirmiştir. 1761'de Morgagni, otopsi bulguları sonucu ilk kez kalp tamponadını tanımlamıştır. 1882 yılında Block, tavşanlar üzerinde miyokardı başarılı bir şekilde dikebilmiştir. 1891'de ise Dalton, perikardı başarılı bir şekilde diktiğini belirtmiştir. 1896 yılında Ludwig Reh'in kalp yaralanması olan bir hastanın miyokardını dikerek hastayı yaşattığı cerrahi yöntem, kalp cerrahisinin başlangıcı olarak kabul edilir (Örer ve Oto, 1999).

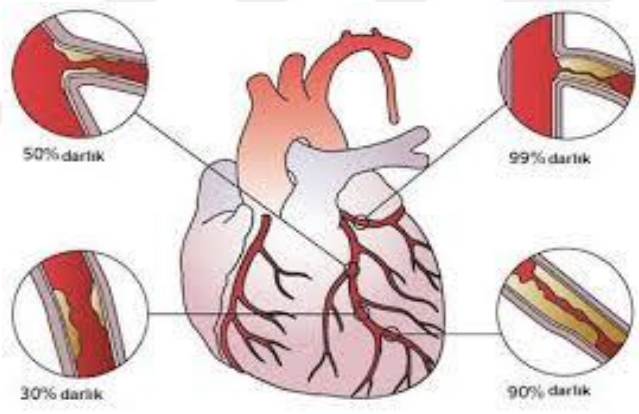
Radyolojik yöntemlerin ve anesteziyolojinin gelişmesiyle birlikte kalp cerrahisi büyük oranda ilerlemiştir. Modern anlamda ilk kalp cerrahisi, Gross'un 1938 yılında gerçekleştirdiği Patent Duktus Arteriozus (PDA) ligasyonu cerrahisiyle başlamıştır. Bunu Crafoord'un 1944'te gerçekleştirdiği ilk aort koarktasyon rezeksiyonu izlemiştir. Kalbin açıldığı ilk ameliyat Lewis ve Taufic tarafından 1953 yılında gerçekleştirilen, 5 yaşında bir kız çocuğunda Atriyal Septal Defekt'in (ASD) başarıyla kapatıldığı ameliyattır. 1966 yılında ise ilk kalp nakli gerçekleştirilmiştir. İlk modern koroner bypass ameliyatını 1967'de Favalaro ve Efler safen ven kullanarak gerçekleştirmiştir (Aytaç, 1991).

Ülkemizde ise ilk kalp operasyonları 1953 ve 1954 yıllarında kapalı olarak gerçekleştirilen mitral komissürotomi ameliyatları ile başlamıştır. Dr. Siyami Ersek ve arkadaşları 1963 yılında Haydarpaşa'da açık kalp ameliyatları uygulamış ve ilk defa suni kapak takmışlardır (Aytaç, 1991). Günümüzde Ülkemizde pek çok hastanede çok başarılı kalp ameliyatları gerçekleşmektedir (Gültekin ve ark. 2020).

2.1.2. Kalbin Cerrahi Girişim Gerektiren Hastalıkları

2.1.2.1. Koroner Arter Hastalığı

Dünya'da ve Ülkemizde bulaşıcı hastalıklar nedeniyle olmayan ölümlerin başta gelen nedenleri arasında koroner arter hastalıkları yer almaktadır (Perdoncin ve Duvernoy, 2017; Kasapoğlu ve Enç, 2017). Amerikan Kalp Derneği'ne göre 20 yaş üzeri 18,2 milyon bireyde koroner arter hastalığı (KAH) (Şekil 2.1) tanısı bulunmaktadır. Her yıl meydana gelen ölümlerin %31.8'inin koroner arter hastalığına bağlı olarak gerçekleştiği bildirilmiştir (Benjamin ve ark. 2019). Ülkemizde Onat ve ark. (2017) tarafından yürütülen 26 yıl süren ve kohort yöntemi ile yapılan TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri) çalışmasına göre erkeklerde KAH görülme oranı %13,9, kadınlarda ise %12,1 bulunmuştur. Aynı çalışmaya göre 26 yılda meydana gelen ölümlerin %42,0'si KAH kaynaklı meydana gelmiştir (Onat ve ark. 2017). TÜİK 2019 verilerine göre ise ölümlerin %36,8'i dolaşım sistemi hastalıkları kaynaklı meydana gelmiştir (İstatistiklerle Türkiye, 2019).



Şekil 2-1: Koroner arter hastalığı

Kaynak: http://www.cemyorgancioglu.dr.tr/temel_bilgiler/koroner_arter_hastaligi/ Erişim tarihi: 08.12.2021

Koroner arter hastalığının en önemli nedenlerinden birisi ateroskleroz olarak görülmektedir. Ateroskleroza en çok neden olan risk faktörleri arasında sedanter yaşam, sigara, hipertansiyon, obezite, diyabet ve hiperkolesterolemi yer almaktadır (Steg ve Ducrocq, 2016; Xia ve Yin, 2019). Son yıllarda gelişmiş ülkelerde risk faktörlerine karşı bilinçlendirme ve önleme politikalarının etkisiyle KAH'nın azaldığı belirlenirken, ülkemizin de arasında bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde ise KAH risk faktörlerinin giderek arttığı belirtilmektedir (Türkmen ve ark. 2012; Onat ve ark. 2017; Braga ve ark.

2019). KAH risk faktörleri ile ilgili son yıllarda yapılan çalışmalarda genetik faktörlerin de önemli derecede etkili olduğu bildirilmiştir (The Myocardial Infarction Genetics Consortium Investigators, 2014; Khera ve Kathiresan, 2017; Roberts ve Chang, 2020).

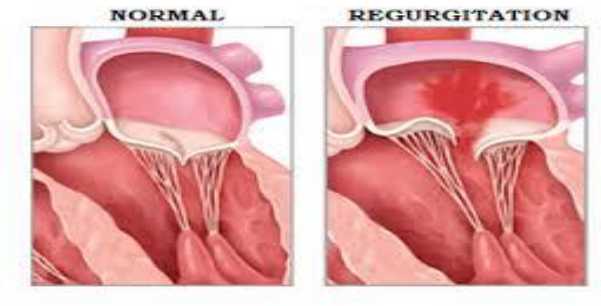
2.1.2.2. Kalp Kapak Hastalıkları

Kardiyovasküler hastalıkları arasında kalp kapak hastalıkları, yüksek morbidite ve mortalite nedeniyle önemli bir yer tutmaktadır. Kardiyovasküler hastalıkların %10-30'unu kapak hastalıkları oluşturmaktadır (Demirbağ ve ark. 2013). Kalp kapak hastalıkları genelde asemptomatik bir seyir gösterir ve uzun yıllar sürebilir. Aynı zamanda kapak hastalıkları akciğeri de etkilediğinden, solunum sistemi belirtileri ile karıştırılabilir (Helms ve Bach, 2013). En çok karşılaşılan kapak hastalıkları mitral kapak hastalıkları, aort kapak hastalıkları ve triküspid kapak hastalıklarıdır (Demirbağ, 2017).

2.1.2.2.1. Mitral Kapak Hastalıkları

Mitral kapak bir anülüs (fibröz halka), iki yaprakçık, üç tür korda tendinea ve iki papiller kastan oluşan karmaşık bir yapıya sahiptir (Oliveira ve ark. 2020). Mitral kapak mekanizmasında meydana gelen herhangi bir patoloji çeşitli düzeylerde mitral kapak işlev bozukluklarına yol açabilir. Bunlardan en fazla görülenleri mitral regürjitasyon (yetmezlik) ve mitral stenoz (darlık) dur (Harb ve Griffin, 2017).

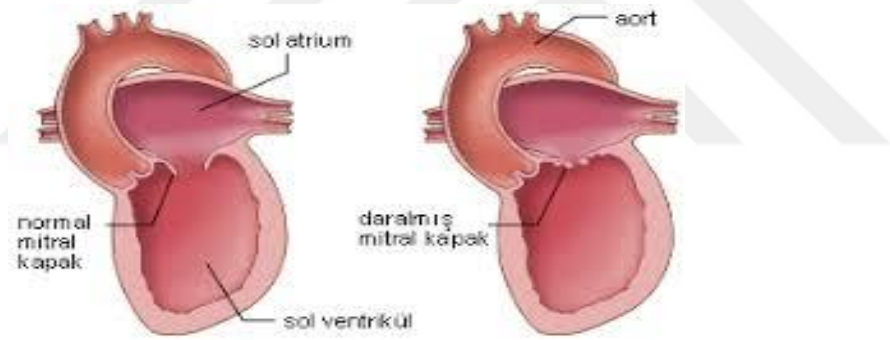
Mitral regürjitasyon (Şekil 2.2) primer ve sekonder mitral yetmezlik olarak iki şekilde görülmektedir. Primer mitral yetmezlikte sorun mitral kapağın kendisinden (anülüs, yaprakçık, kord tendinea ya da papiller kaslar) kaynaklanmaktır. Sol ventrikül, sol atriyum ve pulmoner vasküler yapı yetmezlikten kaynaklanan aşırı yüklenmeden etkilenir. Sekonder mitral yetmezlik ise tam tersi sol ventrikül yetmezliğinden ya da dilatasyonundan kaynaklanır. Sol ventrikülde meydana gelen işlevsel bozukluk sonucu mitral regürjitasyon meydana gelmektedir (Dulgheru ve ark. 2017; Tsang, 2019).



Şekil 2-2: Mitrak Kapak Regürjitasyonu

Kaynak: https://www.tipacilar.com/mitral-kapak-yetmezligi-mky/ Erişim tarihi: 08.12.2021

Mitral stenoz (Şekil 2.3) ise en fazla görülen bir diğer kalp kapak hastalığıdır. Genellikle romatizmal kalp hastalıkları sonucu meydana gelmektedir. Mitral darlığa en çok neden olan romatizmal değişiklik mitral kalsifikasyondur. Özellikle ileri yaşlarda daha fazla görülür. Kalsifikasyon mitral yaprakçıklara doğru uzanırsa hemodinamik değişikliklere neden olabilir (Nishimura ve ark. 2016; Harb ve Griffin, 2017; Al-Sabeq ve Chamsi-Pasha, 2020).



Şekil 2-3: Mitral Kapak Stenozu

Kaynak: http://drmuratmert.com/mitral-kapak-ameliyati.html Erişim tarihi: 08.12.2021

2.1.2.2.2. Aort Kapak Hastalıkları

Aort kapak hastalıkları çoğunlukla yaşlı popülasyonda görülmektedir. Aort kapak hastalıklarının en fazla görüleni kalsifik aort stenozudur. En fazla görülen bir diğer kapak hastalığı ise aort regürjitasyonudur (Small ve ark. 2017).

Kalsifik aort stenozu (Şekil 2.4) aort kapağının kalınlaşması nedeniyle aortun darlığı olarak karşımıza çıkan ve dünya genelinde 65 yaş üstü kişilerin %13'ünde görülen yaygın bir kalp hastalığıdır. Bu yaygın kardiyovasküler hastalık, aort yüzeyinde ve / veya annülüslerde kalsiyum bakımından zengin nodül birikimi ile karakterizedir ve bu da kalın

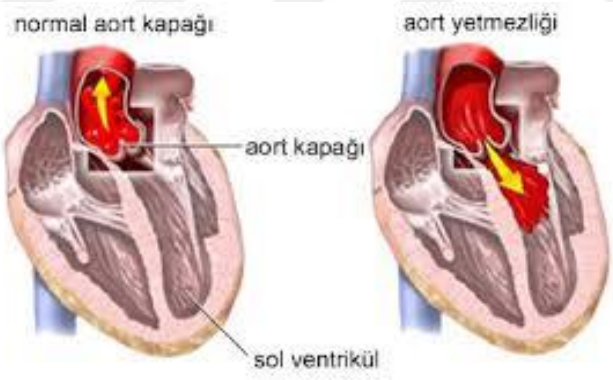
bir sklerotik tabakaya, sınırlı harekete ve darlığa (sol ventrikül çıkış tıkanıklığı) yol açmaktadır (Sathyamurthy ve Alex, 2015; Dutta ve Lincoln, 2018).



Şekil 2-4: Kalsifik Aort Stenozu

Kaynak: http://teomankilic.com/tr/kalp-hastaliklari/aort-kapak-darligi Erişim tarihi: 08.12.2021

Aort kapak regürjitasyonu (Şekil 2.5) ise kan akımının aorttan sol ventriküle diyastolik geri dönüşüdür. Aort kapağının primer bir bozukluğu ya da aort kökü ve asenden aorta yapılarının fonksiyon bozukluklarından kaynaklanmaktadır. Aort regürjitasyonu kadınların %8.5'inde görülmektedir (Akinseye ve ark. 2018; Takagi ve ark. 2020).



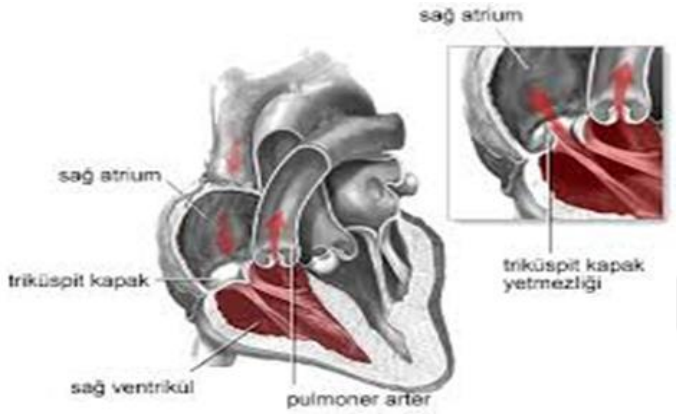
Şekil 2-5: Aort Kapak Regürjitasyonu

Kaynak: http://www.ahmetalpman.com/defkonuoku.asp?id=2654 Erişim tarihi: 08.12.2021

2.1.2.2.3. Triküspid Kapak Hastalıkları

Sağ atriyum ile sağ ventrikül arasında bulunan triküspid kapak, mitral kapak ile benzer özelliklere sahiptir. Mitral kapakta olduğu gibi yaprakçıklar, korda tendinea, papiller kaslar ve annülüsten oluşur. Mitral kapaktan farklı olarak 3 tane yaprakçık bulunmaktadır. Triküspid kapağın açıklığı semilunar olarak adlandırılmaktadır ve mitral kapağa kıyasla daha üçgen yapıdadır (Naoum ve ark. 2017).

Triküspid kapak hastalığı çoğunlukla triküspit regürjitasyon (Şekil 2.6) olarak karşımıza çıkmaktadır. Triküspid kapağın primer bozukluğundan kaynaklanabileceği gibi pulmoner hipertansiyon ya da mitral kapak bozukluklarına sekonder olarak da meydana gelebilmektedir. Romatizmal kaynaklı olabileceği gibi enfeksiyon nedeniyle, dejeneratif olarak, konjenital ya da travmalar sonucu da meydana gelebilmektedir (Antunes ve ark. 2017; Belluschi ve ark. 2018).



Şekil 2-6: Triküspid Kapak Regürjitasyonu

Kaynak: http://www.ahmetalpman.com/defkonuoku.asp?id=2655 Erişim tarihi: 08.12.2021

2.1.2.3. Kalp Tümörleri

Kardiyak tümörler nadir görülen benign ve malign özellikte olabilen tümörlerdir. Primer kalp tümörleri çok nadir görülmektedir ve kardiyak tümörlerin çoğu sekonder tümörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle akciğer tümörlerinin kalbe metastazı ile meydana gelmektedirler (Burke ve Tavora, 2015; Çiftçi ve Dursun, 2018).

Primer kardiyak tümörlerin ise %80'i benigndir. En fazla görülen primer kardiyak tümör miksomadır. Kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülen miksomalar en çok atriyumda lokalize olur. Her yaşta meydana gelebilen bu tümörler periferal veya serebral emboli bulgularıyla ortaya çıkabildiği gibi, mitral darlığa benzer sistemik bulgularla da ortaya çıkabilmektedir. Tıbbi tanı sonrası kalp kapak disfonksiyonunu ve sistemik emboli riskini önlemek için hemen cerrahi tedaviye başvurulması gereklidir. Cerrahi ile tama yakın tedavi sağlanır, ancak nadir olsa da nüks etme ve metastaz potansiyeli bulunmaktadır (Şahin ve ark. 2011; Elevli ve ark. 2017; Rahouma ve ark. 2020).

2.1.3. Kalp Hastalıklarında Cerrahi Girişimler

Kalp cerrahisinde hangi tekniğin uygulanacağına karar verirken pek çok faktörün göz önünde bulundurulması gereklidir. Bu faktörler hastanın yaşı, sinüs ritim varlığı ya da aritmiler, antikoagülasyon kullanımı, antikoagülasyon kullanımının kontrendike olması, komorbid hastalıklar, koroner arterin tıkanıklık derecesi, kalp kapağı işlevinin etkilenme durumu gibi faktörlerdir (Hardin ve Kaplow, 2010).

2.1.3.1. Koroner Arter Bypass Greft (KABG)

KABG, koroner arter hastalığı tedavisinde en sık uygulanan miyokardiyal revaskülarizasyon prosedürüdür (Weatherby, 2018). KABG, ilk uygulandığı günden bugüne kardiyak semptomları azaltması, yaşam kalitesi ve sağ kalım oranlarını arttırması gibi nedenlerle en sık tercih edilen tedavi yöntemi olmuştur (Arsalan ve Mack, 2016).

KABG'in amacı, ciddi stenotik koroner arterlere revaskülarizasyon uygulayarak kan akımını arttırmaktır. Bypass işleminde standart strateji LIMA (left internal mammary artery-mamarian arter)'nın LAD'ye (left anterior descending arter) safen venin de diğer koroner arterlere kullanılması şeklindedir. LIMA ve safen ven vücuttan çıkarılarak bir kanal olarak kullanılır (Kırali ve Saçlı, 2015). Bu kanalların bir ucu aortaya bir ucu da stenotik koronerlerin distal ucuna dikilir ve böylece bypass yaratılmış olur. Daha sonra retrograd akım ile kan kanalın içine dolar ve miyokard için gerekli kan ve oksijen ihtiyacı karşılanmış olur (Weatherby, 2018).

KABG ameliyatı farklı tekniklerle yapılabilir. KABG için en yaygın kullanılan yaklaşım median sternotomi ve genel anestezi altında kalp-akciğer makinesinin kullanıldığı (on-pump) cerrahilerdir. KABG' de uygulanan bir diğer yöntem de off-pump cerrahidir. Off-pump cerrahi ise kalp akciğer makinesi desteği olmaksızın çalışan kalp üzerinde bypass işleminin uygulanmasıdır (Arsalan ve Mack, 2016; Weatherby, 2018).

2.1.3.2. Kalp Kapak Cerrahileri

Kalp kapak tamirine yönelik cerrahi yaklaşımlar son yirmi yılda önemli ölçüde gelişim göstermiştir. Kalp kapak yetmezlikleri ve stenozları nedeniyle uygulanan kalp kapak ameliyatlarında farklı birçok teknik kullanılmaktadır. Kapak tamirleri veya replasmanları, kommissirotomi, valvuloplasti, minimal invaziv kapak cerrahisi gibi teknikler en sık uygulanan cerrahi girişimlerdir (Kankaya ve Bilik, 2018).

2.1.3.2.1. Kalp Kapak Onarımı

Kalp kapak onarımı, kapak hastalıklarında en fazla tercih edilen cerrahi yöntemlerdendir. Kalp kapak replasmanına göre daha uzun sağ kalım sağlamaktadır. (Wei ve ark. 2017).

Kalp kapak onarımı herhangi bir yapay greft kullanmadan kapak hasarının bulunduğu bölümü onarmak şeklinde yapılmaktadır. Mitral kapak en sık tamir edilen kapaktır, ancak aortik ve triküspid kapaklarda da onarım yapılabilmektedir (Goldstone ve Woo, 2015). Kapak onarımı genellikle; sklerozis nedeniyle birleşmiş kapak yaprakçıkları (leaflet) sonucu oluşan stenozu açma yöntemi olan kommissirotomi, kapak halkasının (annülüs) yeniden dikilmesi yöntemi ile yapılan annüloplasti ve yaprakçıklarda meydana gelen yırtılmaların dikildiği yama (patch tekniği) tekniği ile yapılır (Nezhad ve ark. 2014; Goldstone ve Woo, 2015; Tabata ve ark. 2020).

2.1.3.2.2. Kalp Kapak Replasmanı

Kalp kapak hastalıklarında cerrahi tedavi olarak onarımın yeterli olmadığı durumlarda kapak replasmanı tercih edilebilir. Kalp kapak replasmanı için mekanik ya da biyolojik kapaklar kullanılmaktadır. Mekanik kapakların içeriğinde; metal alaşımlar ve pirolitik karbon bulunmaktadır ve sert kapatma mekanizmasına sahiptirler. Biyolojik kapaklar ise insan veya hayvan kalp dokusundan yapılır ve esnek kapanma mekanizmasına sahiptir.

2.1.4. Açık Kalp Cerrahisi Öncesi Hazırlık

2.1.4.1. Fizyolojik Hazırlık

Hastaların postoperatif komplikasyon riskini minimum düzeye indirebilmek için genel sağlık durumlarının mümkün olan en üst düzeye getirilmesi gerekmektedir. Preoperatif dönemde hastanın sağlık durumu iyi bir fizyolojik değerlendirme ile belirlenebilir. Hastanın fizyolojik değerlendirmesi yaşı, ağrı durumunu, beslenme durumu, sıvı-elektrolit dengesini, kardiyovasküler fonksiyonu, enfeksiyon varlığını, renal fonksiyonu, pulmoner fonksiyonu, nörolojik fonksiyonu, karaciğer fonksiyonunu, hematolojik fonksiyonu ve kullanılan ilaç bilgilerini içerir (Aydın ve Çilingir, 2017).

2.1.4.2. Psikolojik Hazırlık

Kalp cerrahisi hastalar için fizyolojik bir stres kaynağı olmanın yanında aynı zamanda güçlü bir psikolojik stres kaynağıdır. Hastaların fizyolojik hazırlığı kadar psikolojik hazırlığı da oldukça önemlidir. Hastalar ameliyatın kendileri için gerekli ve faydalı olacağını bilseler de risklerinden endişe duyarlar. Ameliyat öncesi yaşanan anksiyete nedenleri ölüm korkusu, anestezi tehlikesi, sevdiği aktivitelerden uzak kalma korkusu ve organ kaybı gibi nedenlerdir (Moghimian ve ark. 2019; Akyolcu ve ark. 2020).

Hastalar korkularını çeşitli davranışlarıyla ifade edebilirler. Kimi hastalar içine kapanıp sessizleşirler, kimileri bağımlı davranışlar gösterirler, kimileri ise hastalığı inkâr edip belirti ve bulgularını gizleyebilirler. Hastaların bu davranışlarının farkında olarak ameliyat öncesi korkuları giderilmelidir. Psikolojik stres yaşayan hastalar ameliyat sonrası dönemde cerrahi strese uyum gösteremezler ve buna bağlı olarak ameliyat sonrası çeşitli komplikasyonlar görülebilir (Aydın ve Çilingir, 2017 Moghimian ve ark. 2019).

2.1.4.3. Yasal Hazırlık

Ameliyat olacak her hastadan ufak bir işlem olsa dahi imzalı aydınlatılmış onam formu alınmalıdır. Yazılı onam formu hem hasta hem de sağlık personeli için yasal bir güvencedir. Onam formu imzalatılmadan önce hastaya ameliyat hakkında yeterli bilgi verilmeli ve riskleri anlatılmalıdır. Ameliyat sonrası yaşanabilecek olası komplikasyonlar hakkında bilgi verilmelidir.

Erişkin hastalar bilinçleri açıksa onam formunu kendileri imzalarlar. Bilinci açık olmayan ya da 18 yaş altı hastaların ameliyat izinleri ise aileleri ya da yakınları tarafından imzalanır. Hastalar ameliyata alınmadan önce onam formunun imzalı olup olmadığı mutlaka kontrol edilmelidir (Akyüz ve ark. 2016).

2.1.4.4. Hasta Eğitimi

Ameliyat öncesi dönemde hastaların yaşadığı anksiyetenin en önemli nedenlerinden biri operasyon ve sonuçları hakkında yeterli bilgi sahibi olmamaktır. Basit bir yöntemin ya da kelimenin açıklanması bile hastanın korkularını gidererek anksiyete yaşanmasını önleyebilir. Bu nedenle ameliyat öncesi dönemde her aşamada ve testler uygulanmadan önce hastaya açıklama yapılmalıdır. Ayrıca hastaya ameliyat sonrası uygulaması gereken egzersizlere yönelik de bilgilendirme yapılmalıdır. Ameliyattan

birkaç gün önce yapılan eğitimleri hasta unutabilir, bu nedenle hastalara ameliyat sonrası uygulaması gereken egzersizlerin öğretilebileceği en uygun zaman ameliyattan bir önceki gündür. Hastalara derin solunum öksürük egzersizleri, yatak içi hareketler ve ekstremite egzersizleri öğretilmelidir (Doğu, 2013; Özdemir ve Önler, 2020).

2.1.5. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımı

2.1.5.1. Yoğun Bakım Süreci Hemşirelik Bakımı

Kardiyovasküler cerrahi sonrası hasta izlemi özel donanımların bulunduğu kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitelerinde gerçekleştirilmelidir. Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesi; alanında özelleşmiş ve tecrübeli yoğun bakım hemşirelerinin görev aldığı, her türlü hemodinamik izlemin yapılabildiği, inavaziv girişimlerin gerçekleştirilebildiği ve hastaların mekanik ventilatör gereksinimini karşılayabilecek nitelikte bir yoğun bakım ünitesidir (Maki ve ark. 2018).

Hasta ameliyathane sonrası yoğun bakım ünitesine kabul edildiğinde monitörizasyonu yapılmalı, intravenöz sıvı gereksinimi karşılanmalı, hemodinamik fonksiyonu değerlendirilmeli ve gerekiyorsa hemen müdahaleye hazır olunmalı, toraks röntgeni ve 12 derivasyonlu elektrokardiyografisi (EKG) çekilmeli, oksijen satürasyonu değerlendirilmeli, idrar çıkışı kontrol edilmeli ve tüm değerleri kayıt altına alınmalıdır (McMahon ve Bird, 2019).

Toraks drenleri ve mevcut diğer drenlerinin drenajı kontrol edilmeli, anormal bir kanama mevcutsa (hemoglobin <8/dl) hemen müdahale edilmeli ve kan transfüzyonu sağlanmalıdır. Kan gazı değerleri kontrol edilerek oksijen gereksinimi karşılanmalı, gerekli mekanik ventilatör ayarları yapılmalı ve elektrolit balansı sağlanmalıdır.

Özelllikle kalp-akciğer makinesinin kullanıldığı cerrahi sonrası hipotermi, hipoksi ve emboli gibi nedenlerle açık kalp cerrahisi sonrası nörolojik komplikasyonlar yaşanabilmektedir. Bu nedenle hastaların nörolojik fonksiyonları; pupil refleksi, Glaskow Koma Skalası değeri, uyanıklık durumu ve kas fonksiyonları kontrol edilerek belirli aralıklarla değerlendirilmelidir (Kankaya ve Bilik, 2018).

Hastaların tüm pansumanları asepsi ve antisepsi kuralları dikkate alınarak yapılmalı ve yara yerleri enfeksiyon belirtileri ve sternal instabilite açısından günlük olarak kontrol edilmelidir (Puppo Moreno ve ark. 2019).

2.1.5.2. Klinik Süreci Hemşirelik Bakımı

Kalp ameliyatları sonrası hemşirelik bakımının amacı; hastanın iyileştirmek, iyileşme sürecini hızlandırmak, meydana gelebilecek komplikasyonları önlemek, uygun olan en kısa zamanda hastayı taburcu etmek, evde bakımını planlamak, yaşam kalitesini ve yaşam süresini arttırmaktır. Hemşireler bu dönemde bakım verici, eğitici ve danışman rolleriyle ön plandadır. Ameliyat sonrası ameliyatın başarısına etki eden ve komplikasyonları önleyen en önemli faktörlerden biri bakımın kalitesidir. Kalp ameliyatları sonrası hasta bakımının hedefleri; kardiyovasküler fonksiyonları geliştirmek, toraks drenajını ve ventilasyonunu sağlayarak solunum fonksiyonlarını sürdürmek, doku perfüzyonunu ve yaşam bulgularını düzenlemek, böbrek fonksiyonlarını devam ettirmek, sıvı elektrolit dengesini sağlamak, nörolojik fonksiyonları sürdürmek, ağrıyı minimal düzeye indirmek, hastaya psikolojik destek sağlamak, hareketi sağlamak ve postoperatif komplikasyonları önlemektir. Ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi amacıyla hemşirelerin; hemodinamik monitörizasyon, solunum, nörolojik, sindirim ve boşaltım sistemleri ve homeostazinin sağlanmasına yönelik hemşirelik girişimleri konularında uzmanlaşmış olması gereklidir. Ayrıca ağrı kontrolü, yara bakımı, enfeksiyon kontrol önlemleri, hastanın yeterli beslenmesi ve dinlenmesini sağlamak da önemli hemşirelik girişimleri arasındadır (Sezgin ve ark. 2017; Wei ve ark. 2017).

2.1.5.3. Taburculuk Eğitimi

Açık kalp cerrahisi sonrası yaklaşık bir hafta içinde hastalar taburcu edilebilmektedirler. Taburculuk sürecinde hastalar ve aileleri hastaneden transport ve evde bakım konusunda çeşitli endişeler yaşamaktadırlar. Hastanın ameliyat sonrası normal yaşamına uyum sağlayabilmesi için hasta ve ailesini sorumlulukları çerçevesinde eğitmek hemşireliğin önemli görev ve sorumluluklarındandır (Sedaghat ve ark. 2019). Hastaların taburculuk eğitimine ne fazla ihtiyaç duyduğu konular; ilaç kullanımı, egzersiz, beslenme, sosyal yaşam, yara bakımı, ağrı kontrolü, sternumun korunması ve cinsel yaşamdır.

İlaç kullanımı: Hastaların kullandığı ilaçların isimlerini, etkilerini ve yan etkilerini bilmesi oldukça önemlidir. Hastaların ilaçlarını belirlenen zamanlarda ve doğru dozda almaları, olabilecek yan etkilerini bilmeleri, uygun koşullarda saklamaları, ilaçlarını aksatmamaları, tedavinin etkinliğine katkı sağlayacaktır. Kapak replasmanı yapılan hastalara ek olarak antikoagülan tedavisi başlanacaktır. Hastaların antikoagülan ilaçların

yan etkilerini ve önleyici girişimleri bilmeleri çok önemlidir. Önleyici girişimler arasında hastaların kendilerini travmalardan korumaları, ufak kesiler sonrası kanama sürelerine dikkat etmeleri, diş tedavilerinde antikoagülan ilaçtan doktorun haberdar edilmesi, hastanın yanında antikoagülan kullandığını belirten kart ya da bileklik taşıması yer almaktadır (Yılmaz Kulakaç, 2011).

Egzersiz: Cerrahi sonrası egzersizleri hastaların psikolojik ve sosyal fonksyionlarını arttırmaktadır. Egzersiz yapmanın amaçları, iyileşme sürecini hızlandırmak, egzersiz yapabilme kapasitesini arttırmak, kas güçsüzlüğünü, trombüs ve emboliyi önlemektir. Egzersiz programı hastanın yorgunluk durumu ve tolerasyonuna göre belirlenmelidir. Ameliyat sonrası dönemde en fazla önerilen egzersiz yürüyüştür. Yürüyüş tüm vücutta kan dolaşımını arttırır. Egzersiz kişinin kendini iyi hissettiğinde, açken ya da yemekten iki saat sonra, yeterli sıvı alarak, çok sıcak, nemli ve aşırı güneşli olmayan hava koşullarında, uygun ve rahat elbise ve ayakkabıyla yapılmalı, hafif tempoda başlamalı ve yavaş sonlandırılmalıdır. Kişi egzersiz öncesi, egzersiz sırası ve sonrası nabzını kontrol etmelidir. Yürüyüş mesafesi yavaş yavaş arttırılmalıdır (Salihoğlu, 2018).

Beslenme: Ameliyattan sonrası daha hızlı iyileşme ve hastanın kendini daha güçlü hissedebilmesi için yeterli ve dengeli beslenme önemlidir. Açık kalp ameliyatı sonrasında hastalar proteinden zengin; kolesterolden, doymuş yağlardan, şeker, tuz ve kafeinden fakir, lifli gıdalar, yeterli miktarda potasyum, kalsiyum ve magnezyum almalıdır. Besinler kızartma yerine haşlama ve ızgara yöntemi ile pişirilerek tüketilmelidir. Günde en az iki litre su tüketilmesi gereklidir. Sigara ve alkol ameliyat tarihinden önce kesinlikle bırakılmalı ve içilen ortamda dahi bulunulmamalıdır (Salihoğlu, 2018).

Sosyal yaşam: Taburcu olunduktan sonra ilk on gün enfeksiyonlardan korunmak için ziyaretçi kısıtlaması yapılmalıdır. Hasta kendini rahat hissettiğinde ise günlük aktivitelerini yerine getirebilir. Ameliyattan 3-6 hafta sonrasına kadar araba kullanmak riskli olabilir. Sternumda ağrı ve acıma nedeniyle araba kullanmak hasta için zor olabilir. Uzun süre arabada yolculuk yapılacaksa iki-üç saatte bir arabadan inerek 5-10 dakikalık yürüyüş yapmak kalp-damar dolaşımının sağlanması için uygun olacaktır. Eğer hasta çalışan bir bireyse çalışma şekline göre ameliyattan 3-12 hafta sonra işe dönmesi uygundur (Yılmaz Kulakaç, 2011).

Yara bakımı: Ameliyat bölgesinin iyileşmesi 6-8 haftalık bir süre içerisinde olmaktadır. Bu süre içinde hastaya ameliyat bölgesini herhangi bir kızarıklık, açılma, kötü koku, akıntı, şişlik ve ateş gibi enfeksiyon bulguları yönünden günlük olarak kontrol etmesi konusunda bilgilendirilmelidir. İnsizyon bölgesindeki cildin hafif kızarık ya da nekroze görünebileceği, bunun zamanla düzeleceği hastaya belirtilmelidir (Nherera ve ark. 2018).

Ağrı kontrolü: Hastaların ağrıları taburcu olduktan sonra azalsa da sternum insizyonu bulunması, hastanın günlük aktiviteleri esnasında insizyon alanının gerilmesi, derin solunum ve öksürük egzersizleri sırasında insizyon bölgesine olan bası, hastanın sternuma zarar verecek pozisyonlarda bulunması ve sternumun travmaya maruz kalması gibi nedenlerden dolayı hastalar çeşitli düzeylerde ağrı yaşayabilmektedirler. Hastaların ağrısını azaltabilmek için zorlayıcı davranışlardan kaçınması gerektiği, derin solunum ve öksürük egzersizleri yapılırken göğsün küçük bir yastık ile destelenmesi konusunda bilgi verilmelidir. Hastaların kullanacağı analjezikler mutlaka doktor tarafından önerilen ilaçlar olmalıdır (Nherera ve ark. 2018).

Sternumun korunması: Ameliyat sonrasında yukarıya uzanma gibi sternuma zarar verecek hareketler yapmamaya özen gösterilmelidir. Ameliyattan sonra 3 ay boyunca 3-5 kilogramdan fazla bir ağırlığın kaldırmaması, itme ve çekme hareketlerinin yapılmaması gereklidir. Ameliyattan sonrası ilk iki ay merdiven çıkarken kollardan kuvvet alınmamalıdır. Yatak içinde en az 3-6 hafta sağ-sol tarafta ya da yüzüstü pozisyonda yatılmaması gereklidir (Yılmaz Kulakaç, 2011).

2.1.6. Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Sık Görülen Komplikasyonlar

2.1.6.1. Kanama

Açık kalp ameliyatı sonrası kanama, morbidite ve mortaliteyi arttıran ve çoğunlukla reoperasyon ile sonuçlanan önemli bir komplikasyondur. Açık kalp cerrahisi sonrası masif kanama nedenleri genel olarak hasta ve cerrahiye ait nedenler olarak gruplanabilir. Hastaya ait nedenler arasında ileri yaş, düşük beden kitle indeksi, preoperatif hematolojik ilaç kullanımı ve anemi varlığı, düşük ejeksiyon fraksiyonu, kreatinin yüksekliği, diyabet ve hepatik disfonksiyon yer almaktadır. Cerrahiye ait faktörler ise yüksek Euroskor puanı, nonelektif cerrahi, koroner revaskülarizasyon harici operasyon, tekrarlayan vaka, left internal mammarian arter kullanımı, greft sayısının fazlalığıu ve uzayan kardiyopulmoner bypass süresidir (Lopes ve ark. 2015).

Postoperatif kanama tipleri cerrahi kanama ve koagülopatik kanama olarak ikiye ayrılır. Postoperatif reoperasyona neden olabilecek kanama genel olarak bir saatte 500 ml ve üzeri kanama olması şeklindedir. Koagülopatiye bağlı kanama ise preoperatif kullanılan antiagregan ve antikoagülan ilaçlar, uzun kardiyopulmoner bypass süresi, preoperatif renal yetmezlik, reheparinizasyon, derin hipotermi kullanımı ve fazla miktarda kan ve kan ürünleri transfüzyonu gibi nedenlere bağlı olarak görülmektedir (Selçuk Sert ve ark. 2018).

Preoperatif dönemde hastada kanamaya ilişkin risk faktörleri varlığı değerlendirilmelidir. Bu amaçla koagülasyon testleri (hemogram, protrombin zamanı ve aktive parsiyel tromboplastin zamanı) kontrol edilmeli ve geçmiş cerrahi öyküsünde kanama varlığı sorgulanmalıdır. Ameliyat öncesi kullandığı ilaçlar, bitkisel ürünler hakkında bilgi alınmalıdır. Hasta monitörize edilmeli ve hemodinamik takibi sık aralıklarla yapılmalıdır. Hastanın drenaj miktarı izlenmelidir (Çam Yanık ve Gürdil Yılmaz, 2019).

2.1.6.2. Kardiyak Tamponad

Kalp cerrahisi sonrası hemodinamik olarak anlamlı perikadiyal sıvı birikimi (perikaridyal efüzyon), hızlı tanı ve tedavi gerektiren hayatı tehdit eden önemli bir komplikasyondur (Leiva ve ark. 2018). Kardiyak tamponad ise; perikardiyal efüzyon nedeniyle intraperikardiyal basınç artışı sonucu ventriküllerin diyastolik doluşunun kısıtlanması, atım volümü ve kalp debisinin düşmesi şeklinde ortaya çıkan klinik tablodur (Hoit, 2017).

Postoperatif kardiyak tamponad erken ve geç olarak ikiye ayrılır. Erken kardiyak tamponad, postoperatif ilk iki hafta içinde oluşur ve genellikle cerrahi kanama veya on-pump cerrahiye bağlı koagülopati sonucu meydana gelir. Geç kardiyak tamponad ise postoperatif iki haftadan sonra meydana gelir ve oral antikoagülan kullanımı, postperikardiyotomi sendromu ve fazla miktarda mediastinal drenaj ve uygulanan cerrahi tipi gibi birçok faktörle ilişkilidir (Selçuk ve ark. 2016).

Hastaların hemodinamik izleminin bozulması ve toraks tüplerinden gelen drenajın aniden kesilmesi ya da oldukça azalması kalp tamponadı belirtisi olarak düşünülmelidir. Bu nedenle hastanın hemodinamik açıdan takibi sık aralıklarla yapılmalıdır (Kankaya ve Bilik, 2018).

2.1.6.3. Aritmiler

Açık kalp cerrahisi sonrası sık görülen komplikasyonlardan biri de kalp ritim sorunlarıdır. En fazla görülen aritmi atriyal fibrilasyondur. Kalp cerrahisi sonrası atriyal fibrilasyon hastaların %20'si ile %50'si arasında görülebilmektedir. Hastalar hemodinamik parametreler, elektrokardiyografi, nabız ve kan basıncı değerleri açısından sık takip edilmelidir. Hastada hipotermi gelişmesi, ventriküler aritmilere neden olabileceği için cerrahi girişim sonrası vücut sıcaklığı 370C olana kadar hasta ısıtılmalıdır. Ameliyat sonrası dönemde anestezi, elektrolit bozuklukları (hipokalsemi, hiperkalsemi, hipomagnezyum ve hipokalemi) ve metabolik asidoz gibi durumlar aritmi gelişiminde rol oynayabildiği için hastanın tedavisi ve izlemi sürekli yapılmalıdır (Çam Yanık ve Gürdil Yılmaz, 2019).

2.2. Cinsellik

Cinsellik, intrauterin dönemden itibaren başlayan ve ömür boyu devam eden fiziksel ve psikolojik iyilik durumunun sürdürülmesinde rol oynayan temel ve vazgeçilmez bir yaşamsal ihtiyaçtır (Bilgin, 2016). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre cinsellik; fiziksel, entelektüel, duygusal ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin birleşiminden oluşur (Avcı ve Özdedeli, 2015). Cinsellik denilince ilk düşünülen iki kişinin cinsel ilişkisidir, oysaki cinsellik çok boyutludur. Cinsellik, üreme yeteneği ve nesli devam ettirme iç güdüsü açısından biyolojik unsurları, sevme, sevilme, ait olma ve aile kurma istekleri açısından ise psikolojik, sosyal ve kültürel boyutları içermektedir (Büyükkayacı Duman, 2019). Cinsellik aynı zamanda kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin aktarımı gibi fonksiyonlar üzerinde de etkilidir. Cinsellik ve aşk; düşünce, duygu ve davranışı içeren iki insan arasındaki etkileşimdir. Cinsellik; üremeyi, cinsel doyum almayı ve haz vermeyi içerir (Yılmaz Esencan ve Kızılkaya Beji, 2015).

Cinsellik insanların değerlerine, inanışlarına, duygularına, kişilik özelliklerine, sevdikleri ve sevmedikleri şeylere, tutumlarına, davranışlarına, fiziksel görünümlerine ve yaşadıkları toplumlara göre şekillenen ve değişiklik gösteren bir kavramdır. Cinsellik bir insanın ne olduğu ile ilişkilidir. Cinsellik; yalnızca cinsel organları değil, bütün bedeni ve

zihni içerir. Cinsellik, biyolojik olarak üreme yoluyla nesillerin devam etmesi, psikolojik olarak cinsel aktiviteden zevk alma, sevme, sevilme gibi temel ihtiyaçların karşılanmasıyla ilişkilidir. Toplumsal düzeyde ise cinsellik, toplumun değerleri ve kuralları, yaşam tarzları, kadın-erkek rolleri, cinsellikle ilgili bakış açıları, eş seçimleri ve evlilik tercihleri ile ilgilidir (Yılmaz Esencan ve Kızılkaya Beji, 2015; Höbek Akarsu ve Kızılkaya Beji, 2016).

Cinsel fonksiyon nörolojik, endokrin ve vasküler sistem ile ilişkili karmaşık bir süreçtir. Kişilerin yaşam kalitesini ve genel sağlık durumunu etkiler. Cinsel sağlığın etkilenmesi yalnızca bedensel sağlığın bozulması ile sonuçlanmamaktadır, beraberinde ruh sağlığının, aile sağlığının ve sosyal sağlığın da bozulması anlamına gelmektedir. Cinsellik genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olduğu için kişide meydana gelen bir bozulma cinsel yaşamı etkilerken, cinsel yaşamda meydana gelen bir bozulma kişinin biyolojik, psikolojik ve sosyal sağlığını ciddi derecede etkiler (Höbek Akarsu ve Kızılkaya Beji, 2016; Motta-Mena ve Puts, 2017).

2.2.1. Cinsel Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) cinsel sağlığı "cinsel yaşamın bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan bir bütün olarak ele alınması yoluyla kişilik, iletişim ve sevginin olumlu yönde zenginleşmesi ve güçlenmesi olarak tanımlamaktadır. Cinsel sağlık; cinsellik ve cinsel ilişkilere yönelik hem saygılı ve olumlu bir yaklaşımı, hem de ayrımcılık, zorlama ve şiddetten arınmış zevkli ve güvenli cinsel deneyimlere sahip olmayı gerektirir (Çayır ve Kızılkaya Beji, 2014).

Cinselliği birbirine saygılı, mutlu ve güvenli bir şeklinde yaşamak, kişileri zenginleştirir. Cinsel sağlık, öncelikle bir kavram olarak cinselliğin anlaşılmasını ve cinselliğe yönelik tutumlar hakkında bir farkındalık geliştirilmesini gerektirir. Cinsel sağlığın 3 öğesi bulunmaktadır. Bunlar:

- Üreme ve cinsel fonksiyonlarla ilgili hastalık ve sakatlıkların olmaması,
- Cinsel tepkilerin bastırılmasına ve insan ilişkilerinin olumsuz etkilenmesine neden olan korku, utanç, suçluluk ve yanlış inançların olmaması,
- Üreme ve cinsel davranışlardan zevk alma ve kontrol edebilme kapasitesine sahip olmak şeklindedir (Yücesan ve Ayaz Alkaya, 2017).

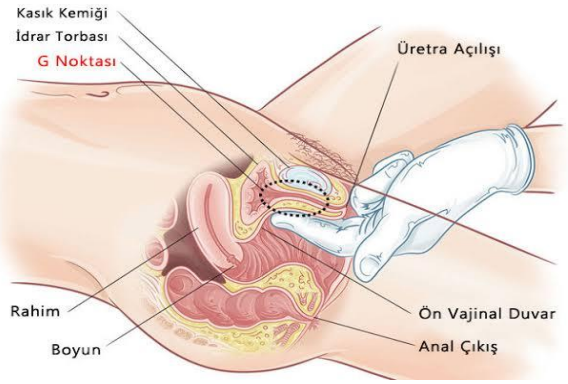
2.2.2. Kadın Cinsel Fonksiyonu

Kadın cinselliğinde; genital özelliklerin yanında, non genital özelliklerin de önemi bulunmaktadır. Buna göre kadınlar için karşılıklı anlayış, saygı, duygusal bağlılık ve içtenlik cinsel ilişki oluşumunda önemli rol oynamaktadır. Erkekler için cinsellik daha çok zevk almayı içerirken, kadınlar için cinsellik hem nesnel hem de duygusal anlam ifade etmektedir. Bu nedenle kadın cinsel yanıtının değerlendirilmesi daha karmaşık ve zor olabilmektedir. Kadınlar açısından cinsellik kavramı hem fizyolojisi hem de deneyimlenme süreçleri nedeniyle genel olarak erkeklerden farklıdır (CETAD-Kadın Cinselliği, 2006).

Kadın cinselliğinin anlaşılabilmesi için farklılıklarının tanımlanması gereklidir. Buna göre kadın cinsel organlarının anatomisi incelendiğinde dış genital organlar ve iç genital organlar bulunmaktadır. Dış genital organlar; mons pubis, vulva, labium majörler, labium minörler, glans klitoris, üretral meatus ve vajinal introitustan oluşmaktadır. İç genital organlar ise himen, serviks, vajina, uterus, fallop tüpleri ve overlerdir (Levin ve ark. 2016).

Glans klitoris, labium majör ve minörler ve üretra cinsel fonksiyona duyarlı vasküler dokulardan oluşmaktadır. Erkekteki glans penis yapısına benzer şekilde erektil yapıdadır. Cinsel istek ve uyarılma esnasında bu vasküler yapılarda vazokonjesyon meydana gelir ve hacmi genişler.

Vajinanın orta duvarın üzerine bakan ön duvarının bir bölgesi, bazı kadınlarda özellikle dokunsal stimülasyona duyarlı bir alan olan Grafenberg noktası (veya G noktası) olarak tanımlanmıştır. Grafenberg, G noktasına olan ilk uyarıların tuvalete gitme isteğini uyarması nedeniyle erojen bölgenin üretradan kaynaklandığını belirtmiştir (Grafenberg, 1950). Penisin penetrasyonuyla birlikte meydana gelen kanlanma, basınç ve titreşim G noktasını uyararak vajinal orgazma neden olmaktadır (Büyükkayacı Duman, 2019). G noktasının olası anatomik yapısı ve bölgesi üzerinde tartışmalar halen devam etmektedir (Pan ve ark. 2015).



Şekil 2-7: Grafenberg Noktası (G Noktası)

Kaynak:http://www.cinselegitim.org/?pnum=120&pt=GNoktas%C4%B1+Nedir%3F+Nas%C4%B1l+Bulunur%3F Erişim Tarihi: 26.01.2021

Vajinanın yalnızca 1/3 dış kısmı cinsel yönden uyarılabilir, diğer bölümler ise sadece basıncı hisseder. Vajinal kanal cinsel uyarıyla birlikte genişleme özelliğine sahiptir. Nullipar kadınlarda cinsel uyarı sonrası vajinanın boyu 9.5-10.5 cm, çapı girişte 2.5 cm, dip kısımlarda 5.5 cm olmaktadır. Doğum yapmış kadınlarda ise cinsel uyarı sonrası vajinanın boyu 11-12 cm, çapı girişte 3-4.5 cm, dip kısımlarda 6.5 cm olmaktadır. Vajinal duvarda salgı yapan bir bez bulunmamaktadır; ancak, cinsel uyarı esnasında vajinayı çevreleyen vasküler yapıda kan göllenmesi sonucu süzülen transüda (proteinden fakir hücrelerarası sıvı), vajinanın kayganlaşmasını ve cinsel ilişkinin gelişmesini sağlar (CETAD-Kadın Cinselliği, 2006; Levin ve ark. 2016). İç genital organlardan serviks ise yalnızca basınç ve titreşimi hisseder (Levin ve ark. 2016).

Cinsel yanıt döngüsünün ilk tanımı iki aşamalı model olarak Havelock Elis tarafından 1906 yılında yapılmıştır. 1966 yılında Masters ve Johnson tarafından cinsel yanıt döngüsü uyarılma, plato, orgazm ve çözülme şeklinde dört aşamalı olarak tanımlanmıştır. Cinsel terapinin önemli kurucularından olan Singer Kaplan'ın modeline (1970) göre cinsel yanıt döngüsü arzu, uyarılma ve orgazm fazlarından oluşmaktadır. Kaplan, modelinde plato fazı yer almaz (Bilgin ve Kömürcü, 2016).

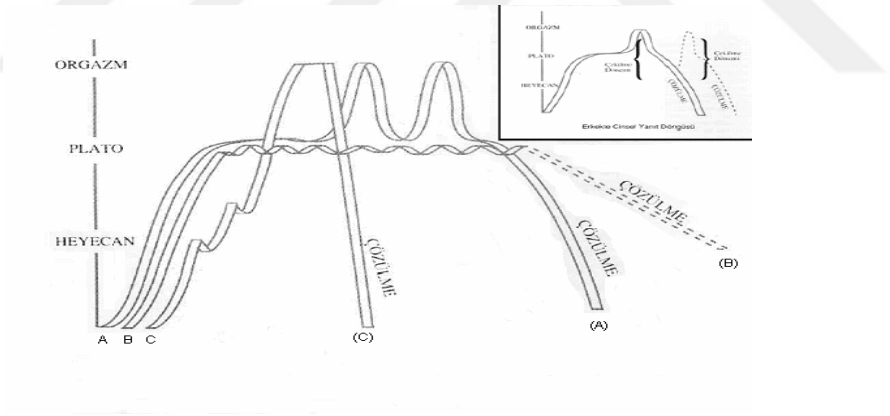
Kadın cinselliği içsel arzu ile başlayabileceği gibi, partnerin fiziksel uyarısı ve duygusal yakınlığı ile de başlayabilir. Bu nedenle kadın cinsel yanıtının fazları birbirinde ayrık değil birbiri ile ilişkilidir. Kadın cinsel yanıt evreleri:

İstek evresi: Cinsel döngünün ilk ve en önemli evresidir. Cinselliğin kişi tarafından istenmesi ve arzulanmasını içerir.

Uyarılma evresi: Vücuttaki fizyolojik değişikliklerin ilk evresidir. Kadında ıslanma (lubrikasyon) ve cinsel organda kabarma oluşur. Vazokonjesyon ve miyotoni ile ilişkilidir. Kişiye uygun süre ve yoğunlukta meydana gelen cinsel uyaran uyarılma evresini kısaltabileceği gibi kişiye fiziksel ve psikolojik açıdan uygun olmayan uyaran nedeniyle uyarılma evresi uzun da sürebilir.

Orgazm evresi: Haz açısından en yoğun, süre açısından ise en kısa dönemdir. Bu evre kadında perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların, refleks olarak ritmik kasılmaları ile karakterizedir. Klitoral bölge ve vajinada yoğunlaşır.

Çözülme evresi: Cinsel döngünün sonuncu evresidir. Yaşanan cinsel ilişki sonrasında orgazmı takiben, sırasıyla vücut ve cinsel organlardaki uyarılmanın azalması ve ortadan kalkmasıdır. Kadınlar bu evrede yeniden cinsel uyaranın sağlanması ile yeniden orgazm olabilme özelliğine sahipken, erkekler bir refrakter döneme girerler. Refrakter dönemin sonuna kadar yeni bir cinsel uyaranla ereksiyon ya da orgazm erkeklerde mümkün değildir (Bilgin ve Kömürcü, 2016; İncesu, 2004).



Şekil 2-8: Kadın Cinsel Yanıt Döngüsü

Kaynak: Tashbulatova, D. (2007). İnfertil kadinlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörler.

2.2.3. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu; fizyolojik, duygusal veya sosyokültürel olayların etkisi olarak cinsel işlevin üç ana alanının en az birinde (ilgi/uyarılma, orgazm ve çözülme) meydana gelen bir değişiklik olarak tanımlanan jinekolojik bir hastalıktır. Bu tür işlev bozukluklarının fiziksel sağlık, kişilerarası ilişkiler ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır (Mahmoud ve ark. 2018).

Kadın cinsel disfonksiyonu genital mutilasyon gibi çeşitli anatomik bozukluklar; endometriozis, jinekolojik kanserler, üriner inkontinans, üriner enfeksiyon, endokrin bozukluklar ve dejeneratif ve vasküler hastalıklar gibi patolojik durumlar ya da psikolojik bozukluklar nedeniyle meydana gelebilir (Wolpe ve ark. 2017). Yaşlanma, sosyoekonomik faktörler, gebelik, postpartum ve menopoz gibi kadın yaşam dönemleri ve çeşitli komorbid hastalıklar da kadınlar için cinsel sağlığı bozan önemli faktörler arasında yer almaktadır (Dawson ve ark. 2017).

Cinsel disfonksiyon kadınlar arasında oldukça yaygın görülmektedir. Kadınların yaşa bakılmaksızın yaklaşık %30-%50'sinde cinsel disfonksiyon bulunmaktadır (Fuentealba-Torres ve ark. 2018; Özcan ve Kızılkaya Beji, 2018). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin son sınıflaması olan DSM-V'e (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı) göre 3 tip kadın cinsel disfonksiyonu tanımlanmıştır. Bunlar; cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, genito-pelvik ağrı/birleşme bozukluğu ve kadın orgazm bozukluğudur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

2.2.3.1. Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu

Kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, sürekli ve tekrarlayan şekilde cinsel eylem yönelik cinsel fantezi ve isteğin zayıf olması veya olmaması durumu olarak tanımlanmaktadır (Stanton ve ark. 2019).

Cinsel istek ve uyarılma nörobiyolojisinde; motivasyon ve ödül sistemlerinin yer aldığı hipotalamus, ventral striatum, amigdala, insula ve orbitofrontal korteksin aktivasyonu yer almaktadır. Cinsel istek ve uyarılma ile sempatik aktivitedeki artışlar cinsel organlarda vasküler kan akışının artmasına yol açar. Bunun sonucunda vulva, klitoris ve vajinal konjesyon, sıcaklık ve sekresyonlarda artış ve pelvik tabanın gevşemesi meydana gelir (Clayton ve Valladares Juarez, 2019).

Cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu bulunan kişilerde cinsel isteğin yanı sıra cinsel fanteziler kurmak, cinsel konulara ilgi duymak, erotik uyaranları izlemek gibi arzular ya çok seyrek oluşur ya da hiç yoktur. Herhangi bir cinsel aktiviteyi başlatmak ya da partnerinin başlatmak istediği cinsel aktiviteye katılım konusunda isteksiz kalırlar. Cinsel ilişki ya da mastürbasyon sırasında cinsel uyarılma belirtileri ya zayıftır ya da hiç yoktur. Ayrıca cinsel haz da görülmez ya da çok zayıf olarak ortaya çıkar (Şahin ve ark. 2006).

Cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu ilk cinsel ilişkiden itibaren ortaya çıkabileceği gibi sonradan da oluşabilecek bir durumdur. Cinsel ilgi/uyarılma bozukluğuna neden olan durumlar genel olarak biyolojik ve psikolojik sebepler olarak ikiye ayrılmaktadır. Biyolojik sebepler çoğunlukla hastalıklar ve kullanılan ilaçlardan kaynaklanmaktadır. Psikolojik nedenler arasında ise çoğunlukla cinsel kimlik sorunları, cinsel fobiler, gebelik korkusu, psikiyatrik rahatsızlıklar, cinsel taciz, evlilik sorunları, eşe ilgi kaybı ve katı dini inançlar gibi faktörler yer almaktadır (Tuğut, 2016; Rahman, 2018).

2.2.3.2. Genito-Pelvik Ağrı/Birleşme Bozukluğu

Disparoni ve vajinismus olarak bilinen cinsel işlev bozuklukları DSM-V' e göre genito pelvik ağrı ve birleşme bozuklukları başlığı altında yeniden tanımlanmıştır (APA, 2013; Dişsiz ve ark. 2019).

Genitopelvik ağrı/birleşme bozukluğu kategorisi altında yer alan vajinismus genellikle vajinal penetrasyonu ağrılı ve imkânsız hale getiren bir penetrasyon bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Pacik ve ark. 2019). Vajinismus yalnızca koitusun gerçekleşememesi olarak değil; tampon kullanımı, vajinal dilatörlerin kullanımı ve jinekolojik muayene gibi durumlarda da ortaya çıkar (Pacik ve Geletta, 2017). Vajinismus hem penetrasyona duyulan korku ve anksiyete ile kendini gösteren psikolojik bir hastalıktır, hem de vajinal kasların spazmı ile karakterize fiziksel bir bozukluktur (Pacik, 2014). Vajinismus primer ve sekonder olarak karşımıza çıkar. Primer vajinismus, yaşam boyu süren ve kadınların tüm cinsel ilişkilerinde ağrı ve spazm yaşadıkları vajinismustur. Sekonder vajinismusta ise kadınlar hayatlarının belli bir döneminde cinsel ilişkide rahat olmuş, daha sonra ise çeşitli faktörler nedeniyle ağrılı ve spazmlı koitus yaşamışlardır (Pacik ve Geletta, 2017).

Bir diğer genito-pelvik ağrı ve birleşme bozukluğu olan disparoni ise koitus sırasında vajinismus dışı nedenlerle meydana gelen ürogenital alanda hissedilen, tekrarlayan ya da devamlı olarak ortaya çıkan ağrı olarak tanımlanmaktadır (Dişsiz ve ark. 2019). Genellikle yüzeysel ve derin olarak karşımıza çıkar. Yüzeysel disparoni vajinal introitusa ilk penetrasyon esnasında ortaya çıkarken, derin disparoni ise derin vajinal penetrasyon esnasında ortaya çıkar (Seehusen ve ark. 2014). Disparoni gelişimine vulvodini, vulvar vestibulit ve vestibulodininin neden olabileceği düşünülmektedir. Disparoniye neden olabilen diğer faktörler ise klitorisin aşırı duyarlılığı, himen kalınlığı, epizyotomi skarı, vajina kısalığı (doğumsal), pelvik organ prolapsusu, endometriozis,

perineal ameliyat, levator ani miyaljisi, radyoterapi, over kistleri, inflamatuvar barsak hastalıkları, pelvik inflamatuvar hastalıklar (PID), pelvik adezyonlar ve özellikle postmenopozal dönemde görülen vulvo-vajinal atrofi gibi nedenlerdir (Shum ve ark. 2018; Dişsiz ve ark. 2019).

2.2.3.3. Orgazm Bozukluğu

Cinsel uyarılmanın zirve noktası olarak tanımlanan orgazm; vazokonsantrasyon ve myotoniden oluşan birkaç saniyeden oluşmaktadır. Orgazm pelvik kasların istemsiz şekilde ritmik olarak kasılması ile ortaya çıkan yoğun bir haz duygusu veren ve cinsel yolla indüklenen bir duygu, bir bilinç durumudur. Orgazm yalnızca pelvik organlar da değil, aynı zamanda beyinde de algılanan bir histir (Levin, 2014).

Kadın orgazm bozukluğu (anorgazmi) ise yeterli cinsel uyarıma rağmen kalıcı ya da tekrarlayan şekilde orgazma ulaşmanın gecikmesi ya da orgazmın yokluğu olarak tanımlanır (Höbek Akarsu ve Kızılkaya Beji, 2018).

Kadınların neredeyse üçte biri çeşitli derecelerde orgazm sorunları yaşamaktadırlar. Etiyolojisi genellikle genetik, tıbbi durumlar, ilaçların yan etkileri, alkol ve uyuşturucu kullanımı, mental hastalıklar, stresli yaşam ve partner ilişkilerinde zorlukları içeren çok faktörlü şekildedir (Levin, 2014). En önemli psikolojik nedenleri ise tutucu inanışlar, suçluluk duyguları, cinsel travmalar, cinsellikle ilgili yetersiz bilgi ve deneyim, duygusal hazırlığın ya da eşle olan iletişimin yetersizliği, yetersiz ön sevişme ve cinsel uyarı, eşteki prematür ejekülasyon ya da impotans nedeniyle yetersiz cinsel birleşme süresidir (İncesu, 2011).

Orgazm, sağlıklı ve doyurucu bir cinsel yaşamın en önemli unsurlarından biridir. Anorgazmi yaşayan bir kadın, başka cinsel sorunlar, ilişki sorunları ve çeşitli psikiyatrik hastalıklar açısından daha fazla risk taşımaktadır (İncesu, 2011; Levin, 2014).

2.2.4. Kalp Hastalıklarının Cinsel Fonksiyona Etkisi

Sağlıklı bir cinsellik, bireylerin yaşam kalitesini ve benlik saygısını arttıran önemli bir faktördür (Karpuz, 2017). Ancak, kalp hastalıkları sonrası cinsel fonksiyon sıklıkla olumsuz etkiye maruz kalmaktadır. Miyokard infartüsünü tetikleme, iyileşme sürecini olumsuz etkileme, koroner bypass sonrası ameliyat bölgesine zarar verme ve ani kardiyak ölüm gibi korkular nedeniyle bireyler cinsel disfonksiyon yaşamakta ya da tamamen cinsellikten uzak durmaktadırlar (Huang ve Cook, 2018). Kalp hastalığı olan

bireylerde cinsel disfonksiyonun bulunması her iki cinsiyette de yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır (Özdelikara ve Baba, 2017).

Cinsel aktivite çoğunlukla kardiyovasküler sistem ile ilişkili olduğundan kalp hastalıklarının varlığında pek çok cinsel sorun meydana gelebilmektedir. Örneğin; kadın genital uyarılması ve lubrikasyon, vazokonjesyon yoluyla majör ve minör labialara ve vajinaya kan akışını arttırdığında sağlanır. Bu nedenle kardiyovasküler hastalıklar varlığında genital organlara olan kan akımı azaldığından cinsel isteksizlik, vajinal kuruluk, orgazm bozukluğu gibi sorunlar meydana gelebilmektedir (Steptoe ve ark. 2018).

Cinsel aktivitenin sempatik sinir sistemini aktif hale getirmesi nedeniyle orgazm yaşanan her cinsel ilişki kardiyovasküler sistemde çeşitli fizyolojik değişikliklere sebep olmaktadır. Sağlıklı bir insanda orgazm esnasında kalp hızının dakikada 180 atımın üzerine çıkabildiği ve kan basıncının da 230/130 mmHg'ya kadar yükselebildiği belirtilmektedir. Ayrıca solunum sayısı da dakikada 60'a kadar çıkabilmektedir. Sağlıklı olduğu bilinen erkek ve kadınların orgazmı sırasında elektrokardiyografik değişimler de gösterdiği bildirilmiştir (Chen ve ark. 2009; Karpuz, 2017).

Kalp hastalıkları sonrası cinsel fonksiyona dönüş çoğunlukla kişilerin yapabildiği düzeydeki fiziksel aktiviteler ile karşılaştırılarak değerlendirilmektedir. Cinsel aktiviteyi diğer egzersiz formlarıyla karşılaştırırken, en sık kullanılan klinik ölçüm sistemi metabolik eşdeğer sistemidir (MET- Metabolic Equivalent Of Energy Expenditure). MET sistemi farklı aktivitelerde harcanan enerji miktarının kolay şekilde ölçülmesini sağlamaktadır. Ölçüm yapılırken; düz zeminde 2 mil (mph)/ saat hızda yürümek 2 MET'e eşit olacak şekilde hesaplanır. Cinsel aktivitede enerji tüketiminin en üst seviyede olduğu orgazm esnasında harcanan enerji 3-4 MET'e karşılık gelmektedir. Bu nedenle cinsel ilişki yoğun fiziksel aktiviteler ile karşılaştırıldığında tolere edilebilir bir seviyededir (Chen ve ark. 2009; Özdelikara ve Baba, 2017).

Cinsel aktivitenin kardiyovasküler sistem üzerinde oluşturabileceği olumsuz etkilerin oldukça düşük seviyelerde olduğu belirtilmektedir. Koitus esnasında meydana gelen ani kardiyak ölüm, cinsel aktivite esnasında artış gösteren kalp hızı ve kan basıncıyla ilişkilendirilmiştir. Cinsel ilişkinin ani kardiyak ölüme sebep olabileceği kabul edilmektedir, ancak oldukça düşük oranda meydana gelmektedir. Kalp hastası bireylerde cinsel aktivite kardiyak semptomları %0,01 oranında artırmaktadır. Cinsel aktivite

sonucu ani kardiyak ölüm oranı ise yalnızca %0,6'dır (Levine ve ark. 2012; Steptoe ve ark. 2018). Ayrıca orgazm esnasında artan oksitosin hormonunun kardiyovasküler hastalıklar üzerine iyileştirici etkisi olduğu belirtilmektedir (Buemann ve Uvnäs-Moberg, 2020). Tablo 2.1'te kalp hastalıkları ile ilgili inanılan bazı cinsel mitler ve gerçek bilgiler verilmiştir (Johnson, 2004).

Tablo 2-1: Kalp hastalıkları ile ilgili cinsel mitler ve gerçekler

Mitler	Gerçekler
Kalp krizi veya kalp cerrahisi sonrası cinsellik kalp yükünü arttırır.	Cinsel aktivite esnasında harcanan enerji 2 kat merdiven çıkmak ile eşdeğerdir. Cinsel fonksiyon esnasında bireylerin yaşadığı en önemli problemler çoğunlukla korku, anksiyete ve endişe gibi psikolojik belirtilerdir.
Kalp ameliyatı veya kalp krizi "artık cinsellik yok" anlamına gelir.	Cinsel fonksiyon esnasında kalp krizi ve ani ölüm nadiren meydana gelir. Yeni bir partner ile ya da evlilik dışı cinsellik yaşamak stresi arttırabilir. Cinsel fonksiyon öncesi çok miktarda yemek ve alkol kalp yükünü arttırabilir. Kalp krizi ya da kalp ameliyatından 6-8 hafta sonra cinsel yaşama dönüş güvenlidir.
Kalp ameliyatı ya da kalp krizi geçirdikten sonra cinsel ilişki esnasında yoğun göğüs ağrısı yaşamak normaldir.	Cinsel ilişki esnasında göğüs ağrısı olabilir ancak, hafif düzeyde olmalıdır.
Cinsel ilişkinin tek yolu koitustur.	Cinsellik yalnızca penetrasyon ile sınırlı değildir. Dokunmak, öpmek, sarılmak hatta sadece bakışmak gibi non genital uyaranlarla da kişi cinsel olarak tatmin olabilir.

2.2.5. Açık Kalp Ameliyatının Cinsel Fonksiyona Etkisi

Kardiyak cerrahi sonrası sağlıklı bir rehabilitasyon süreci ile iyileşme süresi kısalmakta ve kişiler tekrar sağlıklı bir yaşama sahip olabilmektedirler (Foruzan-Nia ve ark. 2011; Yüksel ve ark. 2015; Mourad ve ark. 2017). Sağlıklı bir rehabilitasyon sürecinin amacı, hastayı yalnızca fiziksel olarak ameliyat öncesi optimal durumuna

getirmek değil, psikososyal olarak da tedavi etmektir. Psikososyal iyileşmenin en önemli parametrelerinden birisi ise sağlıklı bir cinsel yaşamdır (Rakhshan ve ark. 2019).

Kardiyak cerrahi geçiren hastalarda koitus nedeniyle ölüm nadir olmasına ve kardiyovasküler riskin düşük olmasına rağmen, pek çok hasta ani ölüm veya kalp krizi, dispne, anksiyete ve göğüs ağrısına neden olabileceği korkusuyla cinsel aktiviteden kaçınmaktadır (Chen ve ark. 2009). Aynı zamanda cinsel istekte yaşanan değişimler, libidoda azalma, depresyon belirtileri, partnerin endişeli olması, ameliyat sonrası kullanılması gereken ilaçlar (beta blokerler, antihipertansifler, diüretikler vb.) ve suçluluk duyma gibi nedenler de cinsel sorunlara neden olabilmektedir (Byrne ve ark. 2016; Mourad ve ark. 2017). Cinsel ilişki sırasında kardiyak bir sorun yaşama korkusu, hastaların cinsel performansını ve zevk alma yeteneğini etkileyebilir. Örneğin, unstabil anjina ve miyokard infarktüsü gibi semptomların cinsel aktivite sıklığı ve memnuniyeti üzerine olumsuz etkisi bulunmaktadır (Lai ve ark. 2011). Eyada ve Atwa'nın çalışmasında (2007) unstabil anjina ve miyokard infarktüsü gibi hastalıkları olan kadınların birçoğunda cinsel işlev bozukluğu belirlenmiştir.

Cinsellik, normal insan işlevinin, iyilik halinin ve yaşam kalitesinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Postoperatif dönemde uygun zamanda ve koşullarda yaşanan cinsel ilişki bilinenin aksine kalp sağlığını, ameliyat sonrası iyileşme sürecini ve yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir (Rakhshan ve ark. 2019). Ameliyat sonrası egzersiz yapılmasının kalp sağlığı açısından önemli olduğu ve cinsel aktivitenin de orta düzey bir egzersiz ile eş değer sayıldığı göz önüne alındığında hem kalp hem de psikolojik sağlık cinsel yaşam güvenli ve önemlidir (Özdelikara ve Baba, 2017).

2.2.5.1. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Oluşabilecek Cinsel Sorunlar

Açık kalp ameliyatı sonrası pek çok faktöre bağlı olarak çeşitli cinsel sorunlar meydana gelmektedir. Ameliyat sonrası dönemde cinsel disfonksiyona neden olan en önemli sorunlar kardiyak semptomları tetikleme korkusu, ilaç tedavileri, sigara, diyabet, hipertansiyon ve hiperlipidemi gibi risk faktörlerinin varlığıdır (Steptoe ve ark. 2018). Tüm bu faktörler nedeniyle kadınlarda cinsel istekte ve cinsel aktivite sıklığında azalma, vajinal lubrikasyonda (ıslanma) azalmaya bağlı ağrılı cinsel ilişki (disparoni) ve orgazm güçlüğü (cinsel doyumda azalma) gibi cinsel sorunlar meydana gelmektedir (Assari, 2014). Kardiyovasküler hastalığa sahip kadınların %65'inde cinsel ilgi ve istek azlığı,

orgazm bozukluğu, disparoni ve cinsel istekte azalma gibi sorunlar yaşandığı belirtilmektedir (Jaarsma, 2010).

Kalp ameliyatları sonrası meydana gelen cinsel sorunların en önemli nedenleri arasında vasküler endotelyal yapıda ve kan akımında meydana gelen bozulmalar bulunmaktadır. Endotel disfonksiyonun varlığı, klitoral kollajen miktarının artmasına, perineal kan akımının azalmasına neden olarak klitoral uyarının azalmasına neden olmaktadır. Pelvik kan akımındaki değişimler klitorisi ve vajinayı etkileyerek cinsel uyarı yanıtını bozar, vajinal kayganlığı azaltır ve sonucunda cinsel ilişkiyi olumsuz etkiler (Jaarsma, 2010; Steptoe ve ark. 2018).

2.2.5.2. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Oluşabilecek Cinsel Sorunlara Yaklaşım

Kadın cinsel fonksiyon bozukluklarını tanılamak ve tedavi etmek son derece karmaşık ve zordur. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları biyolojik, psikolojik, medikal ve diğer birçok faktörden etkilenen multidisipliner olarak incelenmesi gereken bir alandır. Bu nedenle kadın cinsel disfonksiyonunun tedavisi çok disiplinli bir yaklaşım gerektirmektedir (Clayton ve Juarez, 2019). Hastaların tedavisi planlanırken psikososyal durumları, yaşam tarzları ve tıbbi geçmişleri dikkate alınarak yapılmalıdır. Kalp cerrahileri sonrası cinsel disfonksiyona yönelik tedavi planlanırken de mutlaka hastaların kullandığı ilaçlar, sternumun iyileşme durumu, kardiyak fonksiyonları, genel durumu ve psikososyal sağlığı göz önünde bulundurulmalıdır (Byrne ve ark. 2016).

Kadınlarda en fazla görülen cinsel fonksiyon bozuklukları; cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, anorgazmi ve disparonidir. Cinsel istek ve uyarılma bozukluğu tedavisinde, kişide cinsel isteği azaltan etkenlerin yok edilmesi ve kişinin cinsel arzuları ile uyumlu bir cinsel yaşamının sağlanması yaklaşımı temel alınmaktadır. Eğer sorun herhangi bir hastalık, psikiyatrik sorunlar ya da bir ilaç kullanımı nedeniyle meydana geliyorsa nedene yönelik bir tedavi gereklidir. Kalp ameliyatı sonrası süreçte cinsel istek ve uyarılma bozukluğu yaşayan kadınlara;

- Eş/partnerle yaşanılan endişe, duygu ve düşüncelerin paylaşılmasının önemli olduğu anlatılmalıdır.
- Cinsel ilişki öncesinde ön sevişmenin uzun sürdürülmesi, erotik film ve giysiler, aromatik masajlar ve birlikte banyo yapılması gibi uyarılmayı artırabilecek aktivitelerde bulunulmasının faydalı olacağı belirtilmelidir.

- Göğüs bölgesindeki insizyonun ve sternumun tamamen iyileşebilmesi için operasyondan 6-8 hafta sonra cinsel ilişkiye başlanması önerilmelidir.
- Literatürde uzun süredir ilişkide olunan veya daha önce cinsel birlikteliğin yaşandığı (eş, partner vb.) kişilerle cinsel ilişkide bulunmanın kardiyak fonksiyonları daha az etkilediği belirlenmiştir. Hastalar bu konuda bilgilendirilmelidir.
- Cinsel ilişkinin kalbini yoracağından korkan kadınlar için cinsel eylemin iki kat merdiven çıkmakla eşdeğer olduğu, bunu yapabilen kişiler için cinsel aktivitenin herhangi bir risk taşımadığı belirtilmelidir.
- Cinsel ilişkiden en az 1–3 saat öncesinden itibaren yemek yemek, alkol alımı ve egzersizden kaçınılması gerektiği hakkında bilgi verilmelidir.
- Kişinin kendini dinlenmiş ve iyi hissettiği bir zamanda ve normal sıcaklıkta bir odada cinsel ilişkide bulunması konusunda bilgi verilmelidir.
- Sternumda meydana gelebilecek basıncı azaltabilmek için ekstra yastıklarla destek sağlanmasının fayda sağlayabileceği belirtilmelidir (Karpuz, 2017).

Kadında anorgazmi, devamlı ve tekrarlayan bir biçimde cinsel ilişkiyle orgazm olunamaması ya da nadiren olunması şeklinde tanımlanmaktadır. Kadınların bazıları hayatları boyunca hiç orgazm olamamışken, bazıları ise çok nadiren olabilmiştir (Clayton ve Juarez, 2019).

Orgazm sorunlarında tedavinin temel olarak iki basamağı vardır. İlki kadının tek başına ikincisi de eşiyle birlikte orgazm olmasının sağlanmasıdır. Cinsel birleşme olmadan orgazm yaşandıktan sonra cinsel birleşmeyle birlikte orgazm olma basamağına geçilir. Cinsel birleşme esnasında klitorisin kadın ya da eşi tarafından uyarılması gitgide azaltılarak, klitoris uyarılmadan orgazm sağlanır. Orgazm tedavisinde önemli etkenlerden biri cinsel birleşme pozisyonlarıdır. Bu nedenle kadınlar eşleriyle birlikte en çok uyarıldıkları pozisyonu konuşmaları konusunda cesaretlendirilmelidir (Cetad, 2008).

Erojen bölgelerin (kadınlarda göğüs, meme ucu, kulak çevresi, bacaklar, boyun, kasıklar, klitoris) uyarılmasının da orgazma önemli katkısı olmaktadır. Kadınlara cinsel aktivite sırasında en fazla uyarılan bölgenin belirlenmesi ve bunun partnerle paylaşılması konusunda bilgi verilmelidir. Vajinal kasların güçlenmesi de orgazma katkı sağlayacaktır. Bu nedenle kegel egzersizi yapmak önemlidir. Kegel egzersizi vajinanın da dahil olduğu perine kaslarını güçlendirir, cinsel aktivitede uyarılma ve orgazmın artmasını sağlar.

Kadınlara kegel egzersizinin önemi hakkında bilgi verilmeli ve uygulamaları sağlanmalıdır (Shaeer ve ark. 2020).

Cinsellik yalnızca penis ve vajina ilişkisi ile sınırlı değildir. Cinsellik; güzel sözler, bağlılık, duygusal, bilişsel ve fiziksel yakınlık gibi bileşenlerden oluşur. Cinsel yakınlık cinsel ilişkinin ötesinde sarılma, öpme ve dokunma gibi eylemlerdir. Bu nedenle cinselliği yalnızca cinsel ilişki olarak sınırlamamak cinsel doyumun artmasına katkı sağlayacaktır (Zheng ve ark. 2020).

Kalp hastalıkları sonrası en sık görülebilecek kadın cinsel işlev bozukluklarından biri, vasküler endotelyal yapıda ve kan akımında meydana gelen bozulmalar nedeniyle disparoni olmaktadır (Steptoe ve ark. 2018). DSM-V'de genitopelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu başlığı altında yer alan disparoninin tedavisinde kullanılan yöntemler arasında topikal lidokain, lokal östrojen, östriol jel ve tablet, ospemifen, DHEA, pregabalin, trisiklik antidepresanlar, pelvik taban fizyoterapisi (ters kegel, biofeedback), ağrıyı azaltacak çeşitli pozisyonlar, cinsel ve psikolojik sorunlar için terapiler (çift terapisi, psikoterapi, cinsel terapi) yer almaktadır (Zheng ve ark. 2020). Lubrikantların kullanımı da cinsel ilişkide vajinal kuruluğu gidererek rahat bir cinsel birleşme sağlar. Lubrikantlar; vajinaya, vulvaya, penise ya da üçüne de uygulanabilir. Su bazlı olanlar silikon bazlı olanlara göre daha az genital sorunlara neden olduğu için tercih edilebilir. Ayrıca kadınlara cinsel istek ve uyarılmanın artırılması amacıyla eşlerle birlikte farklı pozisyonlar denenmesi (sternuma baskı yapmayacak), ön sevişmenin süresinin artırılması, birlikte banyo yapılması, erotik filmler izlenmesi ve erotik kitaplar okunması gibi vajinal lubrikasyonu artıracak önerilerde de bulunulabilir (Shaeer ve ark. 2020; Zheng ve ark. 2020).

2.2.6. Cinsel Danışmanlık

Kalp ameliyat sonrası bireyler pek çok yaşam tarzı değişikliği yapmak zorunda kalmaktadırlar. Bu yaşam tarzı değişiklikleri fiziksel egzersiz, diyet değişiklikleri, sigarayı bırakma, kilo yönetimi, risk faktörü modifikasyonları ve psikolojik desteği içerir. Ameliyat sonrası hastalar için değişiklik gerektirebilecek en önemli endişelerden biri de cinsel aktivitenin yeniden başlamasıdır. Ameliyat sonrası dönemde hastalar arasında cinsel sorunlar oldukça sık görülmekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Hastaların çoğu kalp ameliyatları sonrasında cinsel aktiviteye ne zaman ve nasıl devam edebilecekleri konusunda endişe duymaktadırlar (Rahim ve ark. 2017). Bu nedenle

ameliyat sonrası rehabilitasyon sürecinde verilecek hemşirelik bakımında cinsel danışmanlığın da yer alması oldukça önemlidir. Hastaları bir bütün olarak ele alırken onların cinsel bir varlık olduğu göz ardı edilmemelidir (Hoekstra ve ark. 2012; Shroff ve ark. 2018).

Cinsel danışmanlık, profesyonel bakımın önemli bir bileşeni olarak görülmektedir. Cinsel danışmanlık son yıllarda, cinsel ilişki ve güvenli cinsel yaşam hakkında bilgiler içermesinin yanında cinsel sorunlara yönelik değerlendirme ve danışmanlık bilgileri içeren psikoseksüel danışmanlık olarak da isimlendirilen hasta-sağlık personeli etkileşimi olarak tanımlanmaktadır (Steinke ve Jaarsma, 2015). Hemşireler mevcut bilgi ve becerileriyle cinsel danışmanlık vermekte yetkili olan sağlık personelleridir. Hastaları her çeşit sağlık kuruluşunda gözlemleme imkanı olan hemşirelerin yaptıkları gözlemlerle cinsel sorunlara yönelik daha doğru tespitler yapılabilir. Ayrıca kişilerin cinsel sorunlarını en rahat paylaşabildikleri sağlık profesyonellerinin hemşireler olduğu belirtilmektedir (Steinke ve ark. 2016).

Hemşirelerin cinsel danışmanlık konusundaki yadsınamaz rolü kabul görmüş olmasına rağmen profesyonel bakımda cinsel danışmanlık çoğunlukla göz ardı edilmektedir (Rahim ve ark. 2017). Hoekstra ve ark.'nın (2012) çalışmasında hemşirelerin %80'i hastalara cinsel danışmanlık sağlamamalarının nedeni olarak yeterli beceriye sahip olmadıklarını, %23'ü yeterli bilgiye sahip olmadığını, %20'si ise cinsellik hakkında konuşurken kendilerini rahatsız hissettiklerini belirtmişlerdir. Djurovic ve ark.'nın (2010) çalışmasında gözardı etme ve bilgi eksikliği gibi nedenlerle sağlık profesyonellerinin miyokard infarktüsü ve KABG sonrası hastaları cinsel fonksiyona başlama konusunda bilgilendirmedikleri belirlenmiştir. Rahim ve ark.'nın (2017) çalışmasında kardiyak cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin %72'sinin ameliyat sonrası cinsel danışmanlık hakkında orta düzey bilgiye sahip olduğu, %22'sinin ise oldukça zayıf düzeyde bilgiye sahip olduğu belirlenmiştir.

Amerikan Kardiyoloji Birliği, Amerikan Kalp Derneği ve Avrupa Kardiyoloji Derneği kalp hastalıkları sonrasında cinsel fonksiyona yönelik danışmanlık verilmesi gerektiğini önermektedirler (Abramsohn ve ark. 2013; Steinke ve ark. 2013). Cinsel danışmanlık verecek hemşirelerin ilk olarak cinsellik konusunda kendi inanç, düşünce ve tutumlarının farkında olmaları gereklidir. Hemşireler cinselliğe ilişkin yeterli bilgi sahibi olmalı, ön yargılardan uzak olmalı ve cinsellikle ilgili kendini rahat ifade edebilmelidir.

Hemşireler birey/çiftle görüşüp, anamnezlerini almalı, gereken formları doldurmalı ve anamnezlerine uygun fizik muayene yöntemleri ve tanımlayıcı testleri uygulamalıdır. Cinsel öykü alınırken; uygun bir ortam oluşturulmalı, mahremiyet sağlanmalı, cinsel eş de görüşmede bulunmalı, birey/çiftlere karşı açık olunmalı, soruların neden sorulduğu açıklanmalıdır (Fışkın ve Kızılkaya Beji, 2015). Tablo 2.2'de cinsel sağlığı değerlendirilme basamakları gösterilmiştir (Büyükkayacı Duman, 2019).

Tablo 2-2: Cinsel sağlığı değerlendirme basamakları

Cinselliği Sağlığı Değerlendirme Basamakları	
Cinsel Öykü Alma	Sosyodemografik özellikler Geçmiş ve şimdiki tıbbi öyküsü Cinsel gelişim öyküsü Genel cinsel rutinler Cinsel eğilim davranışları Cinselliğe ilişkin bilgi düzeyi Cinsel yakınmalar
Fizik Muayene	Genital sistemin gözlenmesi ve nörolojik muayeneyi içerir. Ayrıca enfeksiyon belirtileri yönünden de değerlendirilir.
Laboratuvar Testleri	Tam kan sayımı Tiroid fonksiyon testleri Karaciğer fonksiyon testleri Östrodiol, Prolaktin Folikül stimüle edici hormon (FSH) Seratonin Dopamin Genital duyarlılık testi Vajinal kompliyans testi Vajinal pH ölçümü

2.2.7. Cinsel Danışmanlıkta Kullanılan Modeller

Hemşireler, cinsellikle ilgili değerlendirmelerini sadece veri toplama formlarında bulunan soruları sormakla sınırlandırırlar. Veri toplama formlarında cinsellikle ilgili soru yoksa bunun bireye sormak için gerekli olmadığını düşünürler. Cinselliğin değerlendirilmesinde dünyada her kültüre uyan ve kullanışlı bir form henüz bulunmadığından farklı ölçüm araçları kullanılmaktadır (Tuğut ve Gölbaşı, 2014).

Hemşireler cinselliği değerlendirirken geçmiş ve mevcut cinsel yaşam bilgilerini ve cinselliğin biyopsikososyal etkilerini tanımlamayabilmek için uygulama standartlarını kullanmalıdır. Uygulama standartları kullanılırken cinselliğin kapsamlı bir şekilde değerlendirilebilmesi ve cinsel sorunların çözümünün sağlanması için model kullanılması önerilmektedir. Cinsellik ve cinsel sağlığın değerlendirilmesinde model kullanımı sağlık profesyonellerine anamnez alma sürecinde ve cinsel sorunların belirlenmesinde rehberlik etmektedir. Bu amaçla geliştirilen modellerden en çok kullanılanlar; cinselliği değerlendirmeyi amaçlayan ALARM ve Kaplan modeli, cinsel sorunların çözümünü amaçlayan PLISSIT ve Ex-PLISSIT modelleri ve değerlendirme ve çözüm önerilerini birlikte sunan ALLOW, BETTER, PLEASURE modelleridir. Tablo 2.3'te cinsel danışmanlıkta sık kullanılan modeller ve içerikleri belirtilmiştir (Büyükkayacı Duman, 2019).

Tablo 2-3: Cinsel danışmanlıkta sık kullanılan modeller

Cinselliği Değerlendirme Odaklı Modeller	
ALARM MODELİ	Kanser hastalarının cinsellikle ilgili konularda iletişimini, cinsel aktivitelerinin değerlendirilmesini ve kısa sürede cinsel işlev sorununu belirlemede kullanılır. A= Activity-Cinsel aktivitenin türü ve düzeyi L= Libido-İstek A= Arousal-Orgazm olabilme R= Resolution-Çözülme ve gevşeme M= Medical information-Şimdi ve geçmişte sürece eşlik eden tıbbi bilgiler
KAPLAN MODELİ	Helen Kaplan tarafından 1979'da geliştirilmiştir. Cinsel yanıt döngüsünde istek evresinin de tanımlanması gerektiğini belirtmektedir. Cinsel sağlığın değerlendirilmesinde hastaların şikayetlerinin yanı sıra, psikolojik durumları, aile ve psikososyal yaşamları, genel sağlık öyküleri, kültürel ve dini inançları ve geçmişteki cinsel deneyimlerini değerlendirerek kişiye özel önerilerde bulunmayı içerir.
Cinsel Sorunların Çözümüne Odaklı Modeller	
PLISSIT MODELİ	Cinsellik ve cinsel sağlıkla ilgili bakım gereksinimlerinin karşılanması amacıyla geliştirilmiştir. Farklı eğitim seviyelerine sahip hemşireler için müdahale ve değerlendirmeye yönelik rehber niteliğindedir. P= Permission-İzin Verme LI= Limited Information-Sınırlı Bilgi SS= Specific Suggestion-Özel Öneriler IT= Intensive Therapy-Yoğun Bakım
EX-PLISSIT MODELİ	PLISSIT modelinin geliştirilmiş halidir. Temel farkı izin verme aşamasının diğer aşamaların merkezinde yer almasıdır. Bir aşamadan diğer aşamaya doğrudan geçiş yoktur.
Değerlendirme ve Çözüm Odaklı Modeller	
ALLOW MODELİ	Hastanın cinsellik hakkındaki endişelerini değerlendirmek, cinsel öykü almak ve tedavi sürecini planlamak amacıyla geliştirilmiştir. A= Ask-Sor L= Legitimize-Onayla L= Limitations-Sınırları belirleme O= Open up-Açmak W= Work together- Birlikte çalışmak
BETTER MODELİ	Kanserli hastaların bakımına cinselliği dahil etmek amacıyla geliştirilmiştir. B= Bring up the topic- Ana konuyu gündeme getirme E= Explain-Açıklama T= Telling-Söyleme T= Timing-Zamanlama E= Education-Eğitim R= Recording-Kayıt
PLEASURE MODELİ	Cinselliğin değerlendirilmesi ve cinsel memnuniyetin belirlenmesini içeren modeldir.

2.2.7.1. PLISSIT Modeli

PLISSIT modeli 1976 yılında Annon tarafından geliştirilmiş, Taylor ve Davis tarafından 2006 yılında tekrar gözden geçirilmiştir. Bu modelle bireyin cinsellik hakkında paylaşımlarda bulunabilmesi ve cinsel sağlığa yönelik bakım ihtiyaçlarının karşılanması amaçlanmıştır (Uslu ve ark. 2016). PLISSIT modeli, kişinin cinsel sorunları ile ilgili bakımı kapsamlı bir şekilde planlamak ve değerlendirmek için kavramsal bir çerçeve

sunar. Bu model, cinsel sorunları ele alan hemşirelerin bireylerle cinsel konular hakkında konuşmasına imkân sağlar (Ayaz, 2009). P-LI-SS-IT modeli kişilerin tüm sorunlarına dört seviyede yaklaşım sağlar (Uslu ve arkğ. 2016):

- (P- Permission): İzin verme
- (Ll- Limited Information): Sınırlı bilgi verme
- (SS- Specific Suggestions): Özel öneriler verme
- (IT- Intensive Therapy) Yoğun Tedavi

Annon'a göre, cinsel sorun yaşayan çoğu insan, cinsel konularda izin verme ve cinsellik hakkında görüşme, cinsel konular hakkında sınırlı bilgi alma ve bu yollar hakkında özel öneriler almaları durumunda bunları çözebilir. Danışmanlık sağlayan kişilerin her durum ve her düzey cinsel sorunlar için kendinden emin veya yetkin olmadıkları durumlarda, hastaları özel ihtiyacı karşılayabilen diğer kişilere yönlendirmelidir (yoğun tedavi) (Taylor ve Davis, 2007).

P (Permission)- İzin verme: Hemşire hastaların cinsellik konusunda ne anlatıp ne anlatmayacağı konusunda izin verme sınırlarını belirlemelidir. Belirlenmediği durumlarda birey ne anlatması gerektiğini bilemeyebilir. Bu aşamada hemşire hastaların cinsellik ve cinsel sağlıklarına yönelik sorunlarını ifade etmesine izin vermeli ve onları cesaretlendirmelidir.

LI (Limited information)- Sınırlı bilgi: Bu basamaktaki hemşirelik girişimleri, hastayı cinsel konularda bilgilendirmeyi amaçlamaktadır. Bu aşama hastanın cinsellikle ilgili bilgilerinin gözden geçirilmesini, hastalığın ve uygulanan tedavilerin cinsel fonksiyon üzerindeki etkilerini, bu etkilere yönelik bilgi vermeyi ve endişeleri ortadan kaldırmayı içermektedir. Doğru olarak verilen bilgiyle hemşire, hastanın cinsellik hakkındaki endişeleriyle daha kolay baş etmesine yardımcı olabilmektedir. Örneğin;

- Vajinal kuruluk menopoz nedeniyle yaşadığınız hormonal değişimlerden kaynaklanmaktadır. Vajinal kuruluk için kendinize uygun bir kayganlaştırıcı seçebilirsiniz.

- Kegel egzersizleri yaparak pelvik taban kas gücünü artırabilirsiniz.

- Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırmamak için ilişki öncesi mesanenizi boşaltabilirsiniz.

SS (Specific suggestion)- Özel öneriler: Bu aşama, cinsel yaşamın daha doyurucu olması için, bireye / eşe verilen özel bilgileri ve önerileri içermektedir. Özellikle uyarılma ve orgazm bozukluüu ve disparoni durumlarında için etkilidir. Yapılacak öneriler bireyden alınacak cinsel sorun bilgisine bağlıdır. Cinsel sorunları bulunan kişiye ayrıntılı olarak farklı pozisyonlar, müdahaleler ve lubrikantlar önerilebilir. Örneğin, kronik pelvik ağrı şikâyeti olan hastalara cinsel ilişki öncesi analjezik kullanımı önerilebilir.

IT (Intensive therapy)- Yoğun terapi: Bu aşama PLISSIT modeli'nin sonuncu aşamasıdır. Modelin ilk üç aşamasının başarısız olduğu durumda yoğun terapi aşaması kullanılır. Hemşirelerin bu aşamada hastaya yoğun terapi verebilmesi için ek eğitimler almış bir uzman olması ya da kişiyi uygun birime yönlendirmesi gerekmektedir (Tuğut ve Gölbaşı, 2013; Büyükkayacı Duman, 2019).

Kavramsal bir şema olan PLISSIT modeli açık uçlu sorular içermesi, hasta ile iş birliği sağlaması, hastaların inançlarını, değerlerini, kararlarını anlamayı ve saygı duymasıyı desteklemesi, farklı eğitim seviyelerine sahip hemşireler için anlaşılması ve uygulaması kolay olması, girişim ve değerlendirme için rehber oluşturması nedeniyle cinselliğin değerlendirilmesinde kullanılması önerilen yöntemlerin başında gelmektedir (Taylor ve Davis, 2007; Ayaz, 2009; Khakbazan ve ark. 2016). Avrupa Kardiyoloji Derneği de cinsel danışmanlık için PLISSIT modeli kullanımını önermiştir (Steinke ve ark. 2013).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Randomize kontrollü deneysel tipte planlanan bu çalışma, açık kalp cerrahisi geçirecek kadınlara PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın cinsel fonksiyon ve cinsel yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla oluşturuldu.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H_1: PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık verilen açık kalp cerrahisi geçiren kadınların cinsel fonksiyonları kontrol grubunda yer alan kadınlara göre daha iyidir.

H_2: PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık verilen açık kalp cerrahisi geçiren kadınların cinsel yaşam kaliteleri kontrol grubunda yer alan kadınlara göre daha iyidir.

H_3: PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık verilen açık kalp cerrahisi geçiren kadınların depresyon belirtileri gösterme durumu kontrol grubunda yer alan kadınlara göre daha azdır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü Kardiyovasküler Cerrahi Kliniği'nde Kasım 2020 - Kasım 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür.

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü'nde; 3 ameliyathane, 10 yataklı yoğun bakım ünitesi, çocuk hastalar için 4 yataklı ara yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Serviste, 8 tane tek kişilik, 4 tane iki kişilik olmak üzere 12 hasta odası mevcuttur. Enstitüde her türlü kardiyak ve vasküler acil müdahale, kalp ve damar cerrahisi ameliyatları, ameliyat sonrası hastaların yoğun bakım, klinik izlem ve bakımları yapılmaktadır. Klinikte yıllık vaka sayısı (tüm cerrahi işlemler dahil) 350-400 arasında gerçekleşmektedir. Kardiyovasküler Cerrahi Kliniği'nin tüm servislerinde 4 kardiyovasküler cerrahi uzmanı (2 Profesör, 1 Doçent, 1 uzman doktor), 9 kardiyovasküler cerrahi asistanı doktor, 9 servis hemşiresi, 13 yoğun bakım hemşiresi görev yapmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, Kasım 2020 - Kasım 2021 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü Kardiyovasküler Cerrahi Kliniği'ne başvuran ve açık kalp cerrahisi geçirecek kadınlar oluşturdu. Bu tarihler arasında araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya dahil olmayı kabul eden kadınlar cinsel danışmanlık ve kontrol grubuna dahil edildi.

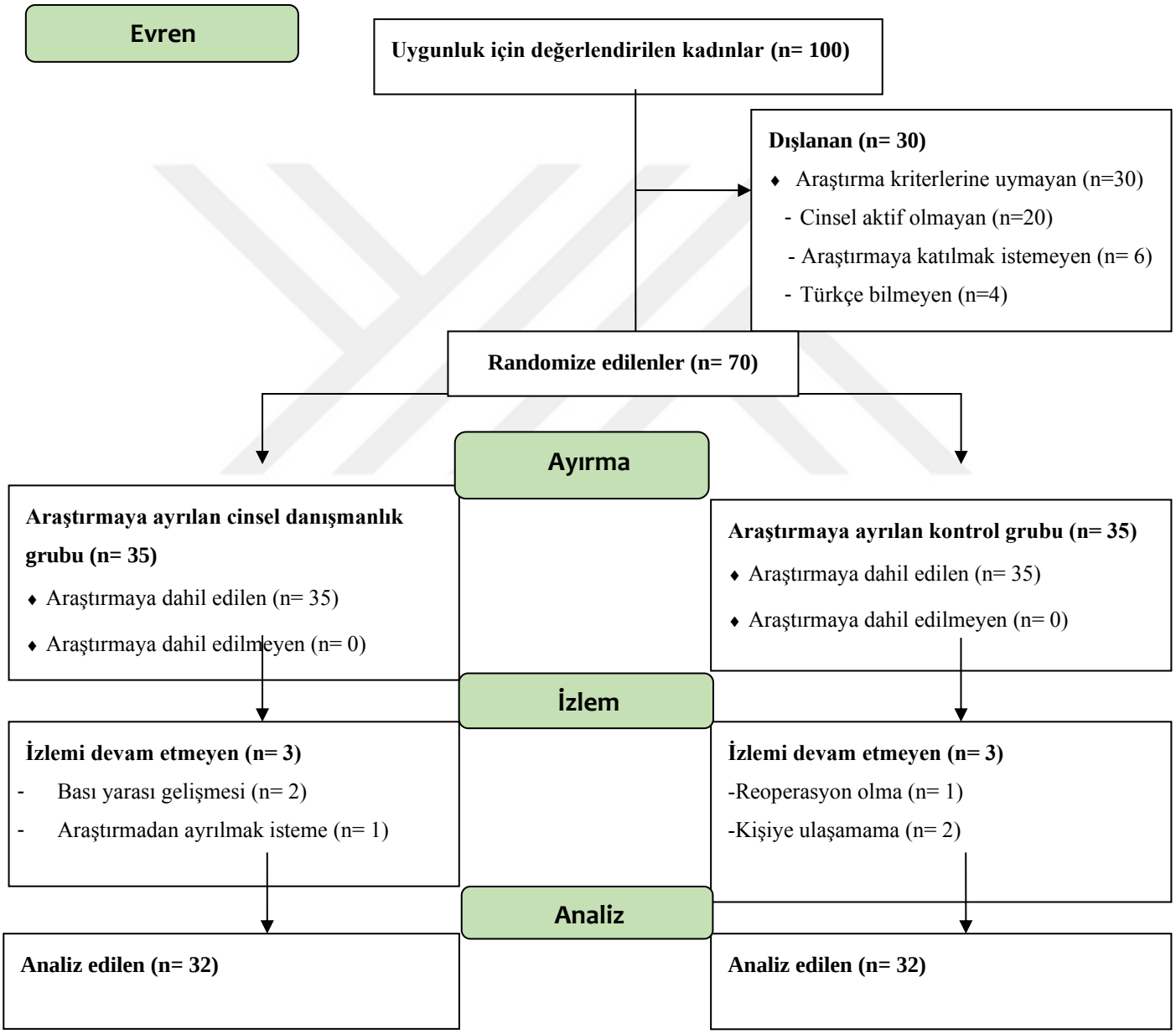
3.4.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması

Örneklem büyüklüğü güç analizi yöntemi ile G*Power (v3.1.9.7) programında hesaplanmıştır. Çalışmada etki değerinin hesaplanmasında ana parametre olarak Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCİÖ) ele alındı. Faghani ve Ghaffari'nin (2016) PLISSIT modeli ile cinsel danışmanlık uyguladığı çalışmada KCİÖ skoru etki değeri % 13.3 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları esas alınarak; KCİÖ ölçeği puan ortalamaları dikkate alındığında en az %13'lük bir artış saptamak için % 5 alfa güvenirlik düzeyi ve % 95 güç ile örneklem sayısı her gruba 27 kadın olmak üzere 54 olarak hesaplandı. Ancak çalışma esnasında kadınların herhangi bir nedenle araştırmadan ayrılabileceği varsayılarak araştırma seçim kriterlerine uyan 60 (30 cinsel danışmanlık grubu, 30 kontrol grubu) kadının çalışmaya dahil edilmesine karar verildi.

Örneklem büyüklüğüne ulaşabilmek için toplam 100 kadın değerlendirme kapsamına alındı. Bunlardan 30'u örneklem kabul kriterlerine uymadıkları için (cinsel aktif olmayan 20 kadın, araştırmaya katılmak istemeyen 6 kadın ve Türkçe bilmeyen 4 kadın) çalışma dışı bırakıldı. Örneklem kabul kriterlerine uyan 70 kadın (Cinsel danışmanlık grubu: 35, Kontrol grubu: 35) çalışmaya dahil edildi. Araştırma süresince cinsel danışmanlık grubunda 2 kadında evre 3 ve evre 2 düzeyde bası yarası gelişmesi ve 1 kadının çalışmadan ayrılmak istemesi nedeniyle, kontrol grubunda ise 1 kadının reoperasyon olması ve 2 kadına ulaşılamaması nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. Sonuç olarak cinsel danışmanlık grubunda bulunan 32 kadının ve kontrol grubunda bulunan 32 kadının verilerinin istatistiksel analizi yapıldı. Araştırmanın ''ClinicalTrials.gov Protocol Registration and Results System'e (PRS)'' kaydı yapılmış olup (ClinicalTrials.gov ID: NCT05260697) CONSORT 2010 akış diyagramı Şekil 3.1'de gösterilmiştir.

CONSORT
TRANSPARENT REPORTING of TRIALS

CONSORT 2010 Akış Diyagramı



Şekil 3-1: Araştırmanın CONSORT Akış Diyagramı

3.4.2. Örneklem Özellikleri

Cinsel danışmanlık grubu: Eğitim kitapçığıyla birlikte cinsel danışmanlık verilen açık kalp cerrahisi geçiren kadınlar cinsel danışmanlık grubunu oluşturmuştur.

Kontrol grubu: Cinsel danışmanlık verilmeyen açık kalp cerrahisi geçiren kadınlar kontrol grubunu oluşturmuştur.

Örneklem kabul kriterleri

1. 18 yaş üzerinde olma
2. Açık kalp ameliyatı geçirecek olma
3. Euroscore puanının < 6 olması (kardiyak cerrahi nedeniyle mortalite riskinin düşük olması)
4. Cinsel yönden aktif olma
5. Eşte cinsel sağlık sorununun bulunmaması
6. Sözel iletişim kurabilme ve okur-yazar olma
7. Nörolojik ve psikiyatrik bozukluğu olmayan kadınlar

Örneklem dışlanma kriterleri

1. İzlemlere devam edemeyen kadınlar
2. İzlem esnasında postoperatif komplikasyon (kardiyak tamponad, bası yarası) geçiren kadınlar
3. Reoperasyon olacak olan kadınlar

EuroScore puanına göre çalışmaya dahil edilen kadınların 57'si (%89,10) düşük risk grubunda, 7'si (%10,90) ise orta risk grubunda yer almaktaydı.

3.4.3. Randomizasyon

Kadınlar gruplara randomizasyon yöntemi ile dahil edildi. Randomizasyon yöntemi olarak basit rastgele sayılar tablosu kullanıldı. Açık kalp ameliyatı olacak kadınlara başvuru sırasına göre 1'den 70'e kadar numaralar verilip, www.random.org bilgisayar modülü kullanılarak numaraların gruplara ataması yapıldı. Müdahale gerektiren bir çalışma olması nedeniyle araştırmacı gruplara kör edilemeyip, çalışma tek kör olarak yürütüldü (gruplara dahil edilen kadınlar hangi grupta olduklarını

öğrenmemişlerdir). Klinik çalışanlarından da deney ve kontrol grubunun bilgisi gizlendi. Cinsel danışmanlık ve kontrol grubundaki kadınların birbirileri ile iletişime geçmelerini önlemek için tek tek görüşmeye alındı. Cinsel danışmanlık ve kontrol grubunu oluşturan sayılar şu şekildedir;

Cinsel danışmanlık grubu: 1, 4, 6, 10, 11, 13, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 29, 30, 32, 33, 36, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 58, 59, 62, 64, 65, 69, 70.

Kontrol grubu: 2, 3, 5, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 18, 19, 23, 24, 26, 27, 28, 31, 34, 35, 37, 39, 41, 42, 44, 46, 48, 49, 55, 57, 60, 61, 63, 66, 67, 68.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; kadınların Beck Depresyon Envanteri (BDE), Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCİÖ) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu (CYKÖ-K) puanlarıdır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise; kadınların tanıtıcı özellikleri ve danışmanlık alma durumlarıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada gerekli verileri toplamak için kullanılan veri toplama araçları şunlardır:

- Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1 ve EK-2)
- Beck Depresyon Envanteri (EK-3)
- Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (EK-5)
- Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu (EK-7)

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Assari, 2014; Steinke ve ark. 2013; Steinke ve ark. 2015; Kılınç ve Kartal, 2019) hazırlanan bu form hastaların ameliyat öncesi dönemde sosyodemografik verilerini ölçen 13 soru (4 açık uçlu, 9 kapalı uçlu soru), obstetrik bilgileri sorgulayan 4 kapalı uçlu soru, genel sağlık durumunu sorgulayan 4 kapalı uçlu soru, şimdiki kalp hastalığına ilişkin verileri içeren 3 kapalı uçlu soru, önceki ve hastalık sonrası hastaların ve eşlerinin cinsel yaşamlarını sorgulayan 12 soru (1 açık uçlu, 11 kapalı uçlu soru), hastaların ameliyat sonrası cinsel yaşama ilişkin

endişelerini sorgulayan 2 kapalı uçlu soru ve kadınların menopoz döneminde olup olmadığını öğrenmeye ilişkin 1 soru olmak üzere toplamda 37 sorudan oluşmaktadır (EK-1). Hastalara ameliyat sonrası dönemde uygulanacak tanıtıcı bilgi formunda ise ameliyat sonrası hastaların ve eşlerinin cinsel yaşama ilişkin verilerini içeren 9 soru (7 kapalı uçlu, 2 açık uçlu soru) bulunmaktadır (EK-2).

3.6.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck (1961) tarafından geliştirilen ve depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtilerin derecesini objektif olarak ölçmeye yarayan ölçektir. 1978 yılında ölçeğin tümü revize edilerek şiddeti tanımlayan tekrarlı sorular ayıklanmış ve hastaların bugünü de kapsayacak biçimde son bir haftalık durumlarını işaretlemeleri istenmiştir (Guy, 1976). Ülkemizde geçerlilik ve güvenirliği Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. BDE'nde her bir soru 0 ile 3 arasında puanlanıp, toplam 21 sorudan oluşmaktadır. BDE uygulamasından alınabilecek en yüksek puan 63, en düşük puan ise 0'dır. Ölçeğin Türkçe için kesme puanı 17, güvenirlik katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur. Puan aralıkları doğrultusunda ölçek; 1-9 arası normal, 10-16 arası hafif depresyon, 17-29 arası orta düzeyde depresyon, 30-65 arası şiddetli depresyon biçiminde değerlendirilmektedir (Hisli, 1989). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ise 0,90 olarak bulunmuştur (EK-3).

Beck Depresyon Envanteri'nin kullanımı için ölçeğin geçerlik güvenirliğini yapan Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin adına Gülşen Hisli'den e-mail ile izin alındı (EK-4).

3.6.3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCİÖ), Rosen ve ark. tarafından 2000 yılında geliştirilmiştir. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunun tanımlanmasında kullanılır. Kadının son bir aydaki cinsel fonksiyonunu sorgulayan on dokuz sorulu likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin yapısında; istek, uyarılma, kayganlaşma (lubrikasyon, yağlanma, ıslanma), orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere altı alt boyut bulunmaktadır. Her bir madde 0 ile 5 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin puanlamasını belirlemek için faktör yükleri, istek için 0,6, uyarılma ve lubrikasyon için 0,3, orgazm, doyum ve ağrı için 0.4'tür. Alt boyut ortalamaları faktör yükleriyle çarpıldıktan sonra ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36, en düşük puan ise 2'dir. Ölçeğin kesme puanı 26,55'tir. Puanı 26,55 ve altında olanlarda kadın cinsel işlev bozukluğu olduğu kabul edilir. Ülkemizde Aygin ve Eti-Aslan (2005) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin

Cronbach's alpha katsayısı 0,98 olarak bulunmuştur. Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach's alfa güvenirlik katsayısı ise 0,93 olarak bulunmuştur (EK-5).

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin kullanımı için ölçeğin geçerlik güvenirliğini yapan Prof. Dr. Dilek AYGİN'den e-mail ile izin alındı (EK-6).

3.6.4. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu

Symonds ve ark. (2005) tarafından geliştirilmiştir. Tuğut ve Gölbaşı (2010) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirliliği yapılmıştır. Ölçek 18 maddeden oluşmaktadır. Katılımcıların soruları son dört haftalık cinsel hayatlarını göz önüne alarak cevaplamaları istenmektedir. Ölçeğin her maddesi 1 ve 6 puan arasında değerlendirilir. (1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kısmen katılmıyorum, 5= Büyük ölçüde katılmıyorum, 6=Hiç katılmıyorum). Ölçekten alınabilecek toplam puan 18 ila 108 arasındadır. Toplam puan hesaplanmadan önce 1, 5, 9, 13, 18 numaralı maddelerin puanlarının tersine çevrilmesi gerekmektedir. Ölçekten alınan toplam puan 100'e dönüştürülmektedir. Toplam ölçek puanının 100'e dönüştürülmesi için; (Ölçekten alınan toplam puan-18) x 100/90 formülünün kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır ve alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach α iç tutarlık katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur. Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach's alpha katsayısı ise 0,85 olarak bulunmuştur (EK-7).

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Kadın Formu'nun (CYKÖ-KF) kullanımı için ölçeğin geçerlik ve güvenirliğini yapan Doç. Dr. Nilüfer TUĞUT'tan e-mail ile izin alındı (EK-8).

3.7. Araştırmanın Uygulanması

3.7.1. Araştırmanın Ön Uygulaması

Açık kalp ameliyatı geçirecek olan kadınlara uygulanacak veri toplama formlarının anlaşılabilirliği, cinsel danışmanlık vermek için hazırlanan eğitim kitapçığının yazım dili ve görsel içerikler açısından kadınlara uygunluğunun ve izlemlerin etkinliğinin değerlendirilebilmesi için çalışmaya başlamadan önce 10 kadın ile (5 cinsel danışmanlık grubu, 5 kontrol grubu) görüşülerek ön uygulama gerçekleştirildi. Uygulama sonunda veri toplama formlarının ve eğitim kitapçığının kadınlar için anlaşılır olduğu belirlendi. Uygulamada 2 yüz yüze görüşme, 4 telefon görüşmesi olarak belirlenen izlem süreci Covid-19 pandemisi nedeniyle kadınların bulaş riskini en aza indirmek için 1 yüz yüze görüşme 5 telefon görüşmesi olarak değiştirildi. Ön uygulamada elde edilen veriler, araştırma analizinde kullanılmamıştır.

3.7.2. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulanmasına başlamadan önce kadınlara daha iyi ve doğru bir danışmanlık sağlamak amacıyla Cinsel Terapi Eğitim programına katılındı (EK-9). Daha sonraizin sürecinin tamamlanmasına başlandı. Buna göre ilk önce İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alındı. Etik kurul onayının ardından çalışmanın İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü Kalp ve Damar Cerrahi Kliniği'nde yürütülebilmesi için kurum izni alındı (EK-10). Gerekli izinler tamamlandıktan sonra araştırmanın uygulanmasına başlandı. Araştırmanın uygulama aşaması Kasım 2020-Şubat 2022 tarihleri arasında yürütüldü. Çalışmanın amacı, kapsamı, içeriği konusunda kadınlara bilgi verilmesi ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Deney Grubu) (EK-11), Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol grubu) (EK-12) okutulup imzalatılması ile uygulama başladı.

Cinsel Danışmanlık Grubuna Yapılan Uygulamalar

Açık kalp ameliyatı geçirecek kadınlara cinsel danışmanlık verilmesi amacıyla PLISSIT modeline dayalı bir eğitim programı (Tablo 3.1) ve eğitim kitapçığı (EK-13) hazırlandı. Araştırma boyunca 6 izlem yapıldı. İzlemler en az 20 en fazla 40 dakika süre ile gerçekleştirildi.

İlk izlem (hastanede-yüz yüze): Cinsel danışmanlık grubundaki kadınlar ile ilk görüşme ameliyattan 1-2 gün önce gerçekleştirildi. Kadınlar hastane odalarında tek kişi

olarak kaldıkları için kendi odalarında mahremiyet sağlanarak görüşme yapıldı. Kadınlar ile tanışıldı. Araştırmanın amacı, yöntemi ve süreci hakkında bilgi verildi. Kadınlara araştırma sırasında toplanan bilgilerin gizli kalacağı açıklandı ve onamları alındı. Tanıtıcı Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu uygulandı. Ayrıca ilk görüşmede kadınlara PLISSIT modeline göre kardiyovasküler cerrahi ve cinsel yaşama etkisine ilişkin bilgi verildi ve açık kalp cerrahisi, rehabilitasyon süreci ve açık kalp cerrahisi sonrası cinsel yaşama ilişkin bilgileri içeren eğitim kitapçığı dağıtıldı. Kadınlara araştırmacıya ulaşabilecekleri iletişim bilgileri verildi ve kadınlardan da izinleri alınarak iletişim bilgileri alındı. Görüşmeler ortalama 20 dakika sürdü.

İkinci izlem (telefon görüşmesi): İkinci görüşme ameliyat sonrası 5-7. günlerde gerçekleştirildi. Taburculuk öncesi evde bakım ve cinsel yaşama dönüş hakkında bilgilendirme yapıldı ve hastaların endişeleri paylaşıldı. Görüşmeler ortalama 20 dakika sürdü. PLISSIT modelinin ilk basamağı (izin verme-permission) uygulandı.

Üçüncü izlem (telefon görüşmesi): Üçüncü izlem ameliyattan 4 hafta sonra gerçekleştirildi. Ameliyattan sonra kadınların cinsel yaşama dönüş ile ilgili sahip oldukları bilgiler ve endişeleri paylaşıldı. Görüşmeler oratalama 40 dakika sürdü. PLISSIT modelinin ikinci basamağı (sınırlı bilgi- limitted information) uygulandı.

Dördüncü izlem (telefon görüşmesi): Dördüncü izlem ameliyattan 8 hafta sonra yapıldı. Kadınlar ile cerrahi sonrası yaşadıkları cinsel sorunlar hakkında konuşuldu, yaşadıkları cinsel sorunlara yönelik PLISSIT modeline göre eğitim, danışmanlık verildi ve bu sorunlara yönelik yönelik önerilerde bulunuldu. Görüşmeler oratalama 30 dakika sürdü. PLISSIT modelinin üçüncü basamağı (özel öneriler-spesific suggestion) uygulandı.

Beşinci izlem (telefon görüşmesi): Beşinci izlem ameliyattan 10 hafta sonra gerçekleştirildi. Bir önceki görüşmede verilen öneriler değerlendirildi ve sorunların devam edip etmediği belirlendi. Yeniden önerilerde bulunuldu. Görüşmeler oratalama 30 dakika sürdü. PLISSIT modelinin üçüncü basamağı (özel öneriler-spesific suggestion) uygulandı.

Altıncı (son) izlem (telefon görüşmesi): Son izlem ameliyattan 12 hafta sonra gerçekleştirildi. Süreç boyunca kadınlara verilen cinsel danışmanlık değerlendirildi. Cinsel sorunları devam eden kadınlar uzman cinsel terapistlere yönlendirildi. Görüşmeler

oratalama 40 dakika sürdü. PLISSIT modelinin son basamağı (yoğun terapi-intensive therapy) uygulandı. Son izlemde kadınların Tanıtıcı Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCİÖ), Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın Formu'nu tekrar doldurması sağlandı. Formlar, Google Forms uygulamasına eklenerek kadınlara sosyal medya uygulaması (Whatsapp) ve e-mail aracılığı ile ulaştırıldı.

Tablo 3-1: PLISSIT modeli doğrultusunda verilen eğitimin içeriği

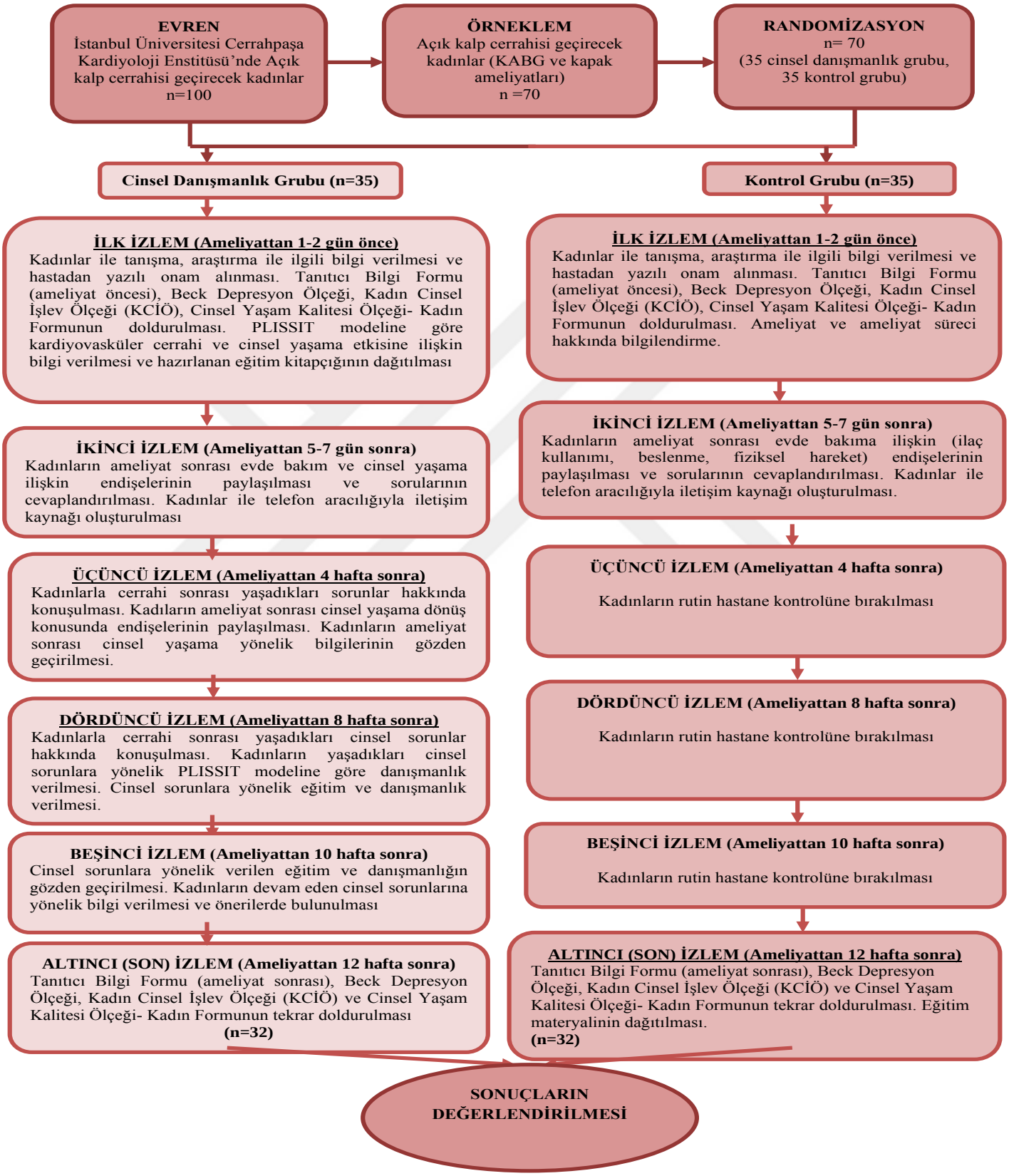
İzlem	Eğitim Konusu	Eğitim İçeriği		Plissit Modeli Basamağı	Süre
1,2,3	Kadınlar ile tanışma İlk değerlendirmenin ve ilk bilgilendirmenin yapılması (Ameliyattan 1-2 gün önce, 5-7 gün ve 4 hafta sonra)	Açık uçlu sorular ile kadınların açık kalp cerrahisi ve cinsel yaşama ilişkin etkileri hakkında bilgi düzeylerinin öğrenilmesi ve cinsel sorunlarını ifade etmesine olanak sağlanması ve cesaretlendirilmesi SORU: Açık kalp ameliyatı sonrasında hastalar ve partnerlerinin cinsel yaşama geri dönmenin güvenli olup olmadığı konusunda endişeleri olabilir. Sizin bu konuda paylaşmak istediklerinizi var mı?		İzin verme (Permission)	20 dakika
		Cinsellik ve cinsel sağlıkla ilgili bilgi verilmesi	Cinsellik sağlık Kadın cinsel organları Cinsel yakınlık Kadın cinsel (fonksiyon) işlevi Kadın cinsel (fonksiyon) işlev bozukluğu Kalp hastalıklarının cinsel yaşama etkisi ve kalp hastalıkları ile ilgili cinsel mitler	Sınırlı Bilgi (Limited Information)	40 dakika
		Kadınların açık kalp cerrahisi ve cinsel yaşama etkileri konusunda bilgilendirilmesi	Açık kalp ameliyatı nedir? Açık kalp ameliyatı sonrası sık karşılaşılan sorunlar ve öneriler nelerdir? Açık kalp ameliyatı sonrası cinsel yaşam kalbe bir yük getirir mi? Açık kalp ameliyatı sonrası cinsel yaşamın kalbe etkisi Açık kalp ameliyatı sonrası oluşabilecek cinsel problemler nelerdir?		
4,5	Cinsel sorunlara yönelik bilgilendirme ve önerilerde bulunulması (Ameliyattan 8 ve 10 hafta sonra)	Açık kalp ameliyatı sonrasında görülen cinsel sorunlar için öneriler	Cinsel istek ve ilişki sıklığında azalma Cinsel ilişki sırasında ağrı (disparoni) Cinsel doyumda (orgazmda) azalma	Özel Öneriler (Spesific Suggestion)	30 dakika
6	Cinsel danışmanlığın değerlendirilmesi (Ameliyattan 12 hafta sonra)	Kadınların cinsel danışmanlığa ilişkin deneyimlerinin, ameliyat sonrası rehabilitasyon sürecinin, rehabilitasyon sürecinde yaşadığı cinsel sorunların danışmanlık sonrası çözümlenme düzeyinin değerlendirilmesi Yoğun cinsel terapiye ve uzman cinsel terapiste olan ihtiyacın belirlenmesi		Yoğun Terapi (Intensive Therapy)	40 dakika

Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar

Kontrol grubunda yer alan kadınlar ile de ilk görüşme ameliyattan 1-2 gün önce gerçekleştirildi. Kadınlar ile tanışıldı. Kadınlara araştırma sırasında toplanan bilgilerin gizli kalacağı açıklandı ve onamları alındı. Daha sonra Tanıtıcı Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu uygulandı. Yalnızca ameliyat ve ameliyat süreci hakkında bilgilendirme yapıldı. İletişim bilgileri alındı. İkinci görüşmede (ameliyattan 5-7 gün sonra) yalnızca ameliyat sonrası evde bakım (ilaç kullanımı, beslenme, fiziksel hareket) hakkında bilgi verildi. Taburculuk süreci rutin bakım uygulamaları arasında yer aldığından hastaların cinsel fonksiyona başlayabilecekleri zaman hakkında bilgi verildi. Üçüncü (ameliyattan 4 hafta sonra), dördüncü (ameliyattan 8 hafta sonra) ve beşinci izlemde (ameliyattan 10 hafta sonra) kadınlar rutin hastane kontrollerine bırakıldı. Son (altıncı) izlemde (ameliyattan 12 hafta sonra) Tanıtıcı Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın Formu' nu tekrar doldurmaları sağlandı. Sonrasında isteyen kadınlara kardiyak cerrahi sonrası cinsel yaşam hakkında danışmanlık verilip eğitim kitapçığı dağıtıldı.

3.7.3. Araştırma Akış Şeması

Araştırma akış şeması Şekil 3.2'de verilmiştir.



Şekil 3-2: Araştırma Akış Şeması

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS for Windows (Statistical Package for Social Science for Windows, Version 22.0) paket programı kullanılarak değerlendirildi. Cinsel danışmanlık ve kontrol grubundaki kadınların özellikleri ve homojenitesinin değerlendirilmesi için ortalama-standart sapma, ortanca, minimum-maksimum değerler, sayı, yüzde, Wilcoxon Signed Rank Test, Mann-Whitney U test ve ki-kare testi kullanıldı. Kadınların cinsel danışmanlık ve rutin bakım öncesi ve sonrası BDE, KCİÖ ve CYKÖ-KF ortalamalarının grup içinde karşılaştırılması için Wilcoxon Signed Rank test, gruplar arasında karşılaştırılması için Mann-Whitney U test kullanıldı.

3.9. Araştirmanin Etik Yönleri

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alındı. Etik kurul onayının ardından çalışmanın İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü Kalp ve Damar Cerrahi Kliniği'nde yürütülebilmesi için kurum izni alındı (EK-10). Çalışmanın yürütüldüğü kalp ve damar cerrahi kliniği sağlık personelleri çalışma ile ilgili bilgilendirildi ve iş birliği sağlandı. Kadınlardan araştırmanın amacı ve elde edilen verilerin bilimsel amaçlar için yayınlanacağına dair açıklamaları içeren şekilde Helsinki Bildirgesi'ne göre onam hazırlanarak deney ve kontrol grubundan yazılı onay alındı (EK-11, EK-12).

3.10. Araştırmanın Güçlü Yönleri

Araştırmanın randomize kontrollü deneysel bir çalışma olması, cinsel danışmanlık programının bir modele dayalı olarak oluşturulması, danışmanlık verilirken hem görsel hem de yazılı materyal kullanılması araştırmanın güçlü yönlerini oluşturmaktadır.

3.11. Araştırma Sınırlılıkları

Araştırmanın yalnızca kadınlarla yürütülmesi, pandemi nedeniyle yüz yüze görüşmelerin kısıtlanması, kadınlarla iletişim kurabilmek için yalnızca telefon görüşmelerinin kullanılması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Açık kalp cerrahisi geçirecek kadınlara PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın cinsel fonksiyon ve cinsel yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanan çalışmaya dahil edilen 64 vakadan (cinsel danışmanlık grubunda 32, kontrol grubunda 32) istatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulgular, aşağıda belirtilen beş başlık altında ele alındı. Bunlar;

4.1. Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik, Jinekolojik, Genel Sağlık ve Mevcut Hastalık Verilerine İlişkin Bulgular

4.2. Kadınların Cinsel Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyon Verilerine İlişkin Bulgular

4.3. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Programının Kadınların Depresyon Belirtileri Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

4.4. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Programının Kadınların Cinsel Fonksiyonları Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

4.5. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Programının Kadınların Cinsel Yaşam Kaliteleri Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

4.1. Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik, Jinekolojik, Genel Sağlık ve Mevcut Hastalık Verilerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde cinsel danışmanlık ve kontrol grubunda yer alan kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve jinekolojik, genel sağlık, mevcut hastalık durumlarına ilişkin bulgular ve bu bulguların gruplar arası karşılaştırılmalarına ilişkin verilere yer verildi.

Kadınların gruplara göre sosyo-demografik verilerinin dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4-1: Cinsel Danışmanlık ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik Verilerinin Karşılaştırılması

Değişkenler		Cinsel Danışmanlık (n=32)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=64)	Z_{MWU} p
Yaş	**Ort±Ss**	60,25±8,00	62,21±5,96	61,23±7,07	-1,116 0,269
Eşin Yaşı	**Ort±Ss**	64,18±7,32	66,93±4,67	65,56±6,25	-1,789 0,079
Eğitim Yılı	**Ort±Ss**	5,06±2,34	4,62±2,89	4,84±2,61	-1,256 0,209
Eşin Eğitim Yılı	**Ort±Ss**	6,28±2,60	4,71±2,85	5,50±2,82	-1,947 0,079
Evlilik Süresi	**Ort±Ss**	38,75±9,48	41,18±9,16	39,96±9,33	-1,276 0,202
		n (%)	**n (%)**	**n (%)**	χ^2 p
Eğitim Yılı	**8 yıl altı**	28 (87,50)	28 (87,50)	56 (87,50)	0,000
	8 yıl ve üzeri	4 (12,50)	4 (12,50)	8 (12,50)	1,000
Eşin Eğitim Yılı	**8 yıl altı**	25 (78,10)	28 (87,50)	53 (82,80)	0,988
	8 yıl ve üzeri	7 (21,90)	4 (12,50)	11 (17,20)	0,320
Çalışma Durumu	**Ev Hanımı**	28 (87,50)	26 (81,30)	54 (84,40)	0,474
	Emekli	4 (12,50)	6 (18,80)	10 (15,60)	0,491
Sosyal Güvence	**Var**	31 (96,90)	30 (93,80)	61 (95,30)	0,350
	Yok	1 (3,10)	2 (6,30)	3 (4,70)	0,554
Aylık Gelir	**Gelir giderden düşük**	3 (9,40)	14 (43,80)	17 (26,60)	11,572
	Gelir giderle eşit	26 (81,30)	18 (56,30)	44 (68,80)	0,003
	Gelir giderden yüksek	3 (9,40)	0 (0,00)	3 (4,70)	
Sigara Kullanımı	**Hiç Kullanmamış**	29 (90,60)	25 (78,10)	54 (84,40)	1,896
	Bırakmış	3 (9,40)	7 (21,90)	10 (15,60)	0,168
BKİ	**24,9 kg/m2 ve altı**	10 (31,20)	4 (15,50)	14 (21,90)	3,291
	25 kg/m2 ve üzeri	22 (68,80)	28 (87,50)	50 (78,50)	0,070

Z_{MWU} = Mann-Whitney U Test **χ^2= Chi spuare Test** **Anlamlılık Düzeyi= p<0,05**

BKİ: Beden Kitle İndeksi

Cinsel danışmanlık ve kontrol grubundaki kadınlar arasında yaş, eşin yaşı, evlilik süresi, eğitim yılı, çalışma durumu, sosyal güvence, sigara kullanımı ve beden kitle indeksi (BKİ) verileri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Yalnızca aylık gelir durumu açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$).

Cinsel danışmanlık grubundaki kadınların yaş ortalaması 60,25±8,00; eşlerinin yaş ortalaması ise 64,18±7,32 bulundu. Kadınların %81,30'unun (n=26) 8 yıl ve üzeri eğitim gördüğü, %87,50'sinin (n=28) ev hanımı olduğu belirlendi. Kadınların %96,90'ının (n=31) sosyal güvenceye sahip olduğu, %81,30'unun da (n=26) aylık gelir düzeyinin gider düzeyi ile eşit olduğu bulundu. BKİ puanları incelendiğinde ise %68,80 'inin (n=22) fazla kilolu ve obez olduğu (BKİ≥25 kg/m2) belirlendi (Tablo 4.1).

Kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması 62,21±5,96, eşlerinin yaş ortalaması ise 66,93±4,67 olarak bulundu. Kadınların %62,50'sinin (n=20) 8 yıl ve üzeri eğitim gördüğü, %81,30'unun (n=26) ev hanımı olduğu belirlendi. BKİ yönünden incelendiğinde kadınların %65,60'ının (n=21) fazla kilolu ve obez olduğu görüldü (Tablo 4.1).

Cinsel danışmanlık ve kontrol grubundaki kadınlar sosyo-demografik veriler yönünden benzerdir.

Kadınların gruplara göre obstetrik ve jinekolojik verilerinin dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4-2: Cinsel Danışmanlık ve Kontrol Grubundaki Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Verilerinin Karşılaştırılması

Değişkenler		Cinsel Danışmanlık (n=32) n (%)	Kontrol (n=32) n (%)	Toplam (n=64) n (%)	χ^2 p
Gebelik Sayısı	2 ve altı	10 (31,30)	9 (28,10)	19 (29,70)	-0,075
	3 ve üzeri	22 (68,80)	23 (71,90)	45 (70,30)	0,784
Doğum Sayısı	2 ve altı	17 (53,10)	12 (37,50)	29 (45,30)	1,576
	3 ve üzeri	15 (46,90)	20 (62,50)	35 (54,70)	0,209
Küretaj Sayısı	2 ve altı	31 (96,90)	26 (81,30)	57 (89,10)	2,576
	3 ve üzeri	1 (3,10)	6 (18,80)	7 (10,90)	0,054
Üreme Organlarına İlişkin Ameliyat	Evet	7 (21,90)	4 (12,50)	11 (17,20)	0,988
	Hayır	25 (78,10)	28 (87,50)	53 (82,80)	0,320
Menopoz Dönemi	Evet	27 (84,40)	29 (90,60)	56 (87,50)	0,571
	Hayır	5 (15,60)	3 (9,40)	8 (12,50)	0,450
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Z_{MWU} p
Menopoz Süresi (Yıl)		11,43±6,80	13,03±8,41	12,23±7,63	-0,788 0,431

Z_{MWU} = Mann-Whitney U Test χ^2 = Chi spuare Test Anlamlılık Düzeyi= p<0,05

Cinsel danışmanlık ve kontrol grubundaki kadınlar arasında gravida, parite, küretaj sayısı, menopoz döneminde olma, menopoz süresi ve üreme organlarına ilişkin ameliyat öyküsü yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

Cinsel danışmanlık grubundaki kadınların %68,80'inin (n=22) 3 ve üzeri sayıda gebelik yaşadığı, %53,10'unun (n=17) 2 ve altı sayıda doğum yaptığı, %96,90'ının (n=31) 2 ve altı sayıda küretaj olduğu bulundu. Menopoz döneminde olan kadın oranı %84,40 (n=27) olup, ortalama 11,43±6,80 yıldır menopoz döneminde oldukları belirlendi. Üreme organlarına ilişkin ameliyat geçiren kadın oranı ise %21,90 (n=7) idi (Tablo 4.2).

Kontrol grubundaki kadınların %71,90'ının (n=23) 3 ve üzeri sayıda gebelik yaşadığı, %62,50'sinin (n=20) 3 ve üzeri sayıda doğum yaptığı, %81,30'unun (n=26) 2 ve altı sayıda küretaj olduğu bulundu. Menopoz döneminde olan kadın oranı %90,60 (n=29) olup, ortalama 13,03±8,41 yıldır menopoz döneminde oldukları belirlendi. Üreme organlarına ilişkin ameliyat geçiren kadın oranı ise %12,50 (n=4) idi (Tablo 4.2).

Cinsel danışmanlık ve kontrol grubundaki kadınlar obstetrik ve jinekolojik veriler yönünden benzerdir.

Kadınların gruplara göre genel sağlık ve mevcut hastalık verilerinin dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.3'de verilmiştir.

Tablo 4-3: Cinsel Danışmanlık ve Kontrol Grubundaki Kadınların Genel Sağlık ve Mevcut Hastalık Verilerinin Karşılaştırılması

Değişkenler		Cinsel Danışmanlık (n=32) n (%)	Kontrol (n=32) n (%)	Toplam (n=64) n (%)	χ^2 p
Kronik Hastalık	Var	28 (87,50)	27 (84,40)	55 (85,90)	0,129
	Yok	4 (12,50)	5 (15,60)	9 (14,10)	0,719
Sürekli İlaç Kullanımı	Var	28 (87,50)	27 (84,40)	55 (85,90)	0,129
	Yok	4 (12,50)	5 (15,60)	9 (14,10)	0,719
MI Öyküsü	Var	8 (25,00)	8 (25,00)	16 (25,00)	0,000
	Yok	24 (75,00)	24 (75,00)	48 (75,00)	1,000
Mevcut Hastalık	Koroner Arter Hastalığı	13 (40,60)	21 (65,60)	34 (53,10)	5,882
	Kalp Kapak Hastalıkları	19 (59,40)	11 (34,40)	30 (46,90)	0,208
Planlanan Ameliyat	Koroner Arter Bypass Greft	13 (40,60)	21 (65,60)	34 (53,10)	5,547
	Kalp Kapak Onarımı	3 (9,40)	4 (12,50)	7 (10,90)	0,062
	Kalp Kapak Replasmanı	16 (50,00)	7 (21,90)	23 (35,90)	
Ameliyat Sonrası Hastane Yatış Süresi (Gün)	5 ve altı	26 (81,30)	29 (90,60)	55 (85,90)	1,164
	6 ve üzeri	6 (18,80)	3 (9,40)	9 (14,10)	0,281

χ^2 = Chi spuare Test Anlamlılık Düzeyi= p<0,05 MI: Miyokard İnfarktüsü

Cinsel danışmanlık ve kontrol grubundaki kadınlar arasında kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanımı, miyokard infarktüsü (MI) öyküsü, mevcut hastalık türü ve planlanan ameliyat türü ve ameliyat sonrası hastane yatış süresi verileri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

Cinsel danışmanlık grubundaki kadınların %87,50'sinin (n=28) kronik bir hastalığa sahip olduğu ve en çok görülen kronik hastalıkların %53,10 ile diyabet (n=17) ve hipertansiyon (n=17) olduğu bulundu. Kronik hastalık varlığına paralel olarak %87,50'sinin (n=28) sürekli kullandığı bir ilaç bulunduğu, en çok kullanılan ilaçların da %46,90 (n=15) ile antihipertansif ve %31,30 (n=10) ile oral antidiyabetikler olduğu belirlendi. Kadınların mevcut hastalık durumlarına bakıldığında %40,60 ile (n=13) en çok görülen hastalığın KAH (koroner arter hastalığı) olduğu ve buna paralel olarak en çok planlanan ameliyatın %40,60 ile (n=13) KABG (koroner arter bypass greft) olduğu belirlendi. Ameliyat sonrası hastane yatış gün sayısı incelendiğinde, kadınların %81,30'unun (n=26) 5 ve altı sayıda gün hastanede kaldıkları bulundu (Tablo 4.3).

Kontrol grubundaki kadınların %84,40'ının (n=27) kronik bir hastalığa sahip olduğu ve en çok görülen kronik hastalığın %68,80 (n=22) ile hipertansiyon olduğu bulundu. Kadınların %75.00'inin (n=24) daha önce MI geçirmediği belirlendi. Kontrol grubundaki kadınların en çok sahip olduğu hastalık %65,60 ile (n=21) KAH olup, buna paralel olarak en çok planlanan ameliyat %65,60 (n=21) ile KABG idi (Tablo 4.3).

Cinsel danışmanlık ve kontrol grubundaki kadınlar genel sağlık ve mevcut hastalık verileri yönünden benzerdir.

4.2. Kadınların Cinsel Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyon Verilerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde cinsel danışmanlık ve kontrol grubunda yer alan kadınların cinsel danışmanlık öncesi ve sonrası cinsel fonksiyon durumlarına ilişkin bulgular ve bu bulguların gruplar arası karşılaştırılmalarına ilişkin verilere yer verildi.

Kadınların gruplara göre danışmanlık öncesi cinsel fonksiyon verilerinin dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.4'de verilmiştir.

Tablo 4-4: Cinsel Danışmanlık ve Kontrol Grubundaki Kadınların Danışmanlık Öncesi Cinsel Fonksiyon Verilerinin Karşılaştırılması

Değişkenler		Cinsel Danışmanlık (n=32)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=64)	Zmwu p
Haftalık Cinsel İlişki Sayısı	Ort±Ss	0,78±0,60	0,53±0,50	0,65±0,56	-1,622 0,105
		n (%)	n (%)	n (%)	χ^2 p
Cinsel Yaşam Memnuniyeti	Evet	12 (37,50)	11 (34,40)	23 (35,90)	0,068 ,794
	Hayır	20 (62,50)	21 (65,60)	41 (64,10)	
Cinsel Yaşamın Önemi	Evet	22 (68,80)	16 (50,00)	22 (34,40)	2,332 0,127
	Hayır	10 (31,30)	16 (50,00)	42 (65,60)	
Mevcut Hastalık Tanısı Öncesi Cinsel Sorun Varlığı	Evet	10 (31,30)	17 (53,10)	27 (42,20)	3,139 0,076
	Hayır	22 (68,80)	15 (46,90)	37 (57,80)	
Mevcut Hastalık Tanısı Sonrası Cinsel Sorun Varlığı	Evet	22 (68,80)	26 (81,30)	48 (75,00)	1,333 0,248
	Hayır	10 (31,30)	6 (18,80)	16 (25,00)	
Hastaneye Yatış Öncesi Cinsel İlişki	Evet	3 (9,40)	6 (18,80)	9 (14,10)	1,164 0,281
	Hayır	29 (90,60)	26 (81,30)	55 (85,90)	
Ameliyat Sonrası Cinsel Yaşama Dönüşle İlgili Endişe	Evet	32 (100,00)	31 (96,90)	63 (98,40)	1,016 0,313
	Hayır	0 (0,00)	1 (3,10)	1 (1,60)	
Eşin Ameliyat Sonrası Cinsel Yaşama Dönüşle İlgili Endişesi	Evet	31 (96,90)	31 (96,90)	62 (96,90)	0,000 1,00
	Hayır	1 (3,10)	1 (3,10)	2 (3,10)	

χ^2 = Chi spuare Test Anlamlılık Düzeyi= p<0,05

Cinsel danışmanlık ve kontrol grubundaki kadınlar arasında haftalık cinsel ilişki sayısı, cinsel yaşam memnuniyeti, cinsel yaşam önemi, mevcut hastalık öncesi ve sonrası cinsel sorun varlığı, hastaneye yatış öncesi cinsel ilişkide bulunma, ameliyat sonrası cinsel yaşama dönüşle ilgili endişe duyma yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

Cinsel danışmanlık grubundaki kadınların haftalık cinsel ilişki sayılarının oldukça düşük olduğu (0,78±0,60) belirlendi. Kadınların %62,50'sinin (n=20) cinsel yaşamlarından memnun olmadığı, %68,80'i (n=22) için cinsel yaşamın önemli olduğu belirlendi. Mevcut hastalık tanısı almadan önce cinsel sorunları olduğunu belirten kadın oranı %31,30 (n=10) iken, hastalık sonrası cinsel sorunları olduğunu belirten kadın oranı ise %68,80 (n=22) idi. Kadınların hastalık sonrası en çok yaşadıkları cinsel sorun nedeni ise %62,50 (n=20) ile dispneye bağlı cinsel isteksizlik olarak bulundu. Kadınların çok az

bir kısmının (%9,40) hastaneye yatmadan önce cinsel ilişkide bulunduğu belirlendi. Kadınların tamamının (n=32) ameliyat sonrası cinsel yaşama dönüşle ilgili endişelerinin olduğu bulundu (Tablo 4.4).

Kontrol grubundaki kadınların haftalık cinsel ilişki sayılarının 0,53±0,50 olduğu belirlendi. Cinsel yaşamından memnun olmayan kadın oranı %65,60 olup, cinsel yaşamın önemli olduğunu belirten kadın oranı ise %50,00 (n=16) idi. Mevcut hastalık öncesi cinsel sorun bildiren kadınların oranı %53,10 (n=17) iken, hastalık sonrası cinsel sorun bildiren kadınların oranı %81,30 (n=26) idi. En fazla görülen cinsel sorun ise %90,60 (n=29) ile cinsel isteksizlikti. Kadınların yalnızca %18,80'i (n=6) hastaneye yatmadan önce cinsel ilişkide bulunduğunu belirtti. Kadınların büyük bir çoğunluğunun (%96,90, n=31) ameliyat sonrası cinsel yaşama dönüşle ilgili endişelerinin olduğu bulundu (Tablo 4.4).

Cinsel danışmanlık ve kontrol grubundaki kadınlar ameliyat öncesi cinsel fonksiyon verileri yönünden benzerdir.

Kadınların gruplara göre cinsel danışmanlık sonrası cinsel fonksiyona ilişkin verilerinin dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.5'de verilmiştir.

Tablo 4.5: Cinsel Danışmanlık ve Kontrol Grubundaki Kadınların Cinsel Danışmanlık Sonrası Cinsel Fonksiyona İlişkin Verilerinin Karşılaştırılması

Değişkenler		Cinsel Danışmanlık (n=32) n (%)	Kontrol (n=32) n (%)	Toplam (n=64) n (%)	χ^2 p
Cinsel İlişkide Bulunma	**Evet**	21 (65,60)	6 (18,80)	27 (42,20)	**14,414**
	Hayır	11 (34,40)	26 (81,30)	37 (57,80)	**0,000**
Cinsel Yaşamdan Memnuniyet	**Evet**	21 (65,60)	6 (18,80)	27 (42,20)	**14,414**
	Hayır	11 (34,40)	26 (81,30)	37 (57,80)	**0,000**
Cinsel Sorun Varlığı	**Evet**	11 (34,40)	26 (81,30)	37 (57,80)	**14,414**
	Hayır	21 (65,60)	6 (18,80)	27 (42,20)	**0,000**
Cinsel Yaşama Dönüşle İlgili Endişe	**Evet**	11 (34,40)	26 (81,30)	37 (57,80)	**14,414**
	Hayır	21 (65,60)	6 (18,80)	27 (42,20)	**0,000**

χ^2 = Chi spuare Test Anlamlılık Düzeyi= p<0,05

Cinsel danışmanlık ve kontrol grubundaki kadınların cinsel danışmanlık sonrası cinsel fonksiyona ilişkin verileri incelendiğinde iki grup arasında cinsel ilişkide bulunma, ameliyat sonrası cinsel yaşamdan memnuniyet, cinsel sorun varlığı ve cinsel yaşama dönüşle ilgili endişe verileri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi (p<0,05).

PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık verilen grupta danışmanlık sonrası cinsel ilişkide bulunma oranı %65,60 (n=21) iken, kontrol grubunda bu oran %18,80 (n=6) oldu. Cinsel danışmanlık grubundaki kadınlarda cinsel ilişkide bulunma oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti (χ^2=14,414; p<0,05). Cinsel danışmanlık grubunda olan kadınların cinsel yaşamlarından memnuniyet oranları %65,60 (n=21) olup, kontrol grubunda ise bu oran yalnızca %18,80 (n=6) olarak bulundu (χ^2=14,414; p<0,05). Cinsel danışmanlık grubunda cinsel sorun varlığı bildiren kadın oranı %34,40 (n=11) olup, en fazla görülen cinsel sorun %21,90 (n=7) ile cinsel isteksizlikdi. Kontrol grubunda ise cinsel sorun varlığı bildiren kadın oranı %81,30 (n=26) olup , en fazla görülen cinsel sorun %50,00 (n=16) ile ameliyat sonrası cinsel ilişkiden korkma nedeniyle cinsel isteksizlik duymaları oldu. Cinsel danışmanlık grubunda cinsel sorun görülme oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktü (χ^2=14,414; p<0,05). Cinsel danışmanlık grubunda ameliyat sonrası cinsel yaşama dönüşle ilgili endişe duyan kadın oranı %34,40 (n=11) iken, kontrol grubunda bu oran %81,30 (n=26) oldu (χ^2=14,414; p<0,05), (Tablo 4.5).

4.3. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Programının Kadınların Depresyon Belirtileri Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde cinsel danışmanlık ve kontrol grubunda yer alan kadınlara PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık programının depresyon belirtileri üzerine etkinliğinin değerlendirilmesine ilişkin bulgulara yer verildi.

Kadınların PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık öncesi ve sonrası beck depresyon envanteri puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.6'te verilmiştir.

Tablo 4.6: Kadınların PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

	Cinsel Danışmanlık Grubu (n=32)		Kontrol Grubu (n=32)		Cinsel Danışmanlık DÖ/DS		Kontrol RBÖ/RBS		Cinsel Danışmanlık /Kontrol DÖ/RBÖ		Cinsel Danışmanlık /Kontrol DS/RBS	
	DÖ Ort±Ss	DS Ort±Ss	RBÖ Ort±Ss	RBS Ort±Ss	Z	p	Z	p	Z_{MWU}	p	Z_{MWU}	p
Beck Depresyon Envanteri	19,06±8,92	11,93±9,88	21,84±13,06	20,37±10,35	-3,199	0,001	-0,842	0,400	-0,625	0,532	-4,071	0,000

Z= Wilcoxon Signed Rank Test **Z_{MWU} = Mann Whitney-U Test** **Anlamlılık Düzeyi= p<0,05**

DÖ: Danışmanlık Öncesi **DS: Danışmanlık Sonrası** **RBÖ: Rutin Bakım Öncesi** **RBS: Rutin Bakım Sonrası**

Cinsel Danışmanlık ve kontrol grubunda bulunan kadınların PLISSIT modeli danışmanlığı öncesi ve sonrası BDE puanları incelendiğinde gruplar içinde ve arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi (p<0,05). Cinsel danışmanlık grubunda yer alan kadınların danışmanlık öncesi BDE ortalama puanı 19,06±8,92 iken, danışmanlık sonrası BDE ortalama puanının 11,93±9,88 olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşüş gösterdiği bulundu (Z=3,199; p=0,001). Cinsel danışmanlık grubundaki kadınlar danışmanlık öncesi dönemde BDE puan aralıklarına göre orta şiddette depresyon belirtileri gösteriyordu. Kontrol grubunda yer alan kadınların rutin bakım öncesi BDE puanı 21,84±13,06, rutin bakım sonrası BDE puanı ise 20,37±10,35 bulundu. Rutin bakım öncesi ve sonrası BDE puanları karşılaştırıldığında ise anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05). Kontrol grubundaki kadınlar da danışmanlık öncesi dönemde BDE puan aralıklarına göre orta şiddette depresyon belirtileri gösteriyordu. Cinsel danışmanlık ve kontrol grubunda yer alan kadınlar BDE puanları yönünden karşılaştırıldığında danışmanlık öncesinde iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı (p>0,05), danışmanlık sonrasında ise iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi (Z=-4,071; p=0,000). Buna göre kontrol grubunda yer alan kadınların cinsel danışmanlık grubunda yer alan kadınlara göre BDE puanlarının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.6).

4.4. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Programının Kadınların Cinsel Fonksiyonları Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde cinsel danışmanlık ve kontrol grubunda yer alan kadınlara PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık programının cinsel fonksiyonları üzerine etkinliğinin değerlendirilmesine ilişkin bulgulara yer verildi.

Kadınların PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık öncesi ve sonrası kadın cinsel işlev ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.7'te verilmiştir.

Tablo 4.7: Kadınların PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

	Cinsel Danışmanlık Grubu (n=32)		Kontrol Grubu (n=32)		Cinsel Danışmanlık DÖ/DS		Kontrol RBÖ/RBS		Cinsel Danışmanlık /Kontrol DÖ/RBÖ		Cinsel Danışmanlık /Kontrol DS/RBS	
	DÖ Ort±Ss	DS Ort±Ss	RBÖ Ort±Ss	RBS Ort±Ss	Z	p	Z	p	Z_{MWU}	p	Z_{MWU}	p
İstek Alt Boyutu	1,70±0,77	2,58±1,34	1,65±0,87	1,59±0,60	-2,555	0,011	-0,079	0,937	-0,629	0,529	-3,824	0,000
Uyarılma Alt Boyutu	1,09±1,07	2,09±2,36	0,90±1,36	0,21±0,90	-1,504	0,013	-2,512	0,020	-1,460	0,144	-4,195	0,000
Lubrikasyon Alt Boyutu	1,25±1,46	3,01±2,67	1,11±1,47	0,30±1,24	-2,624	0,009	-1,778	0,075	-0,608	0,543	-5,194	0,000
Orgazm Alt Boyutu	1,26±1,39	2,16±2,12	1,10±1,55	0,21±0,90	-1,708	0,008	-2,453	0,015	-0,772	0,440	-4,776	0,000
Doyum Alt Boyutu	2,22±0,77	3,12±1,64	1,92±0,64	1,41±1,18	-2,480	0,013	-2,166	0,030	-1,294	0,196	-4,789	0,000
Ağrı Alt Boyutu	1,08±1,11	0,97±0,93	0,16±0,44	0,78±2,01	-2,246	0,031	-1,206	0,228	-3,863	0,000	-4,138	0,000
KCİÖ Toplam	8,67±5,54	13,95±10,65	6,86±3,26	4,53±5,39	-2,220	0,034	-1,958	0,059	-1,092	0,275	-4,745	0,000

Z= Wilcoxon Signed Rank Test **Z_{MWU} = Mann Whitney-U Test** **Anlamlılık Düzeyi= p<0,05**

DÖ: Danışmanlık Öncesi **DS: Danışmanlık Sonrası** **RBÖ: Rutin Bakım Öncesi** **RBS: Rutin Bakım Sonrası**

Cinsel Danışmanlık ve kontrol grubunda bulunan kadınların PLISSIT modeli danışmanlığı öncesi ve sonrası KCİÖ puanları incelendiğinde gruplar içinde ve arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0,05$). Cinsel danışmanlık grubunda yer alan kadınların danışmanlık öncesi KCİÖ ortalama puanı 8,67±5,54, danışmanlık sonrası ortalama puanı ise 13,95±10,65 bulundu. Kadınların, cinsel danışmanlık sonrası KCİÖ puanlarının danışmanlık öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlendi ($Z=-2,220$; $p=0,034$). Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde ise tüm alt boyutlarında danışmanlık öncesi ve sonrası dönemde anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Kontrol grubunda yer alan kadınların rutin bakım öncesi KCİÖ puanı 6,86±3,26, rutin bakım sonrası KCİÖ puanı ise 4,53±5,39 bulundu. Kadınların, rutin bakım öncesi ve sonrası KCİÖ puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Yalnızca uyarılma, orgazm ve doyum alt boyut puanlarının rutin bakım öncesine göre sonrası dönemde anlamlı şekilde düşüş gösterdiği bulundu ($p<0,05$). Cinsel danışmanlık ve kontrol grubunda yer alan kadınlar KCİÖ puanları yönünden karşılaştırıldığında danışmanlık öncesinde iki grup arasında yalnızca ağrı alt boyutu yönünden anlamlı bir fark olduğu ($Zmwu=-3,863$; $p=0,000$), diğer alt boyutlar ve toplam puan yönünden anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlendi. Danışmanlık sonrasında ise cinsel danışmanlık grubunda yer alan kadınların KCİÖ puanları kontrol grubundaki kadınlara göre daha yüksek bulundu ($Zmwu=-4,745$; $p=0,000$). KCİÖ alt boyutları incelendiğinde ise tüm alt boyutlarında iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0,05$), (Tablo 4.7).

4.5. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Programının Kadınların Cinsel Yaşam Kaliteleri Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde cinsel danışmanlık ve kontrol grubunda yer alan kadınlara PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık programının cinsel yaşam kaliteleri üzerine etkinliğinin değerlendirilmesine ilişkin bulgulara yer verildi.

Kadınların PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık öncesi ve sonrası cinsel yaşam kalitesi ölçeği-kadın formu puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.8'da verilmiştir.

Tablo 4.8: Kadınların PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

	Cinsel Danışmanlık Grubu (n=32)		Kontrol Grubu (n=32)		Cinsel Danışmanlık DÖ/DS		Kontrol RBÖ/RBS		Cinsel Danışmanlık /Kontrol DÖ/RBÖ		Cinsel Danışmanlık /Kontrol DS/RBS	
	DÖ Ort±Ss	DS Ort±Ss	RBÖ Ort±Ss	RBS Ort±Ss	Z	p	Z	p	Z_{MWU}	p	Z_{MWU}	p
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu	46,49±21,02	61,42±30,69	38,92±12,36	43,61±19,11	-2,039	0,041	-0,852	0,394	-1,264	0,206	-2,063	0,039

Z= Wilcoxon Signed Rank Test **Z_{MWU} = Mann Whitney-U Test** **Anlamlılık Düzeyi= p<0,05**

DÖ: Danışmanlık Öncesi **DS: Danışmanlık Sonrası** **RBÖ: Rutin Bakım Öncesi** **RBS: Rutin Bakım Sonrası**

Cinsel Danışmanlık ve kontrol grubunda bulunan kadınların PLISSIT modeli danışmanlığı öncesi ve sonrası CYKÖ-KF puanları incelendiğinde gruplar içinde ve arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi (p<0,05). Cinsel danışmanlık grubundaki kadınların danışmanlık öncesi CYKÖ-KF puanı 46,49±21,02, danışmanlık sonrası CYKÖ-KF puanı ise 61,42±30,69 bulundu. Kadınların danışmanlık sonrasında CYKÖ-KF puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde yükseldiği belirlendi (Z=-2,039; p=0,041). Kontrol grubundaki kadınların rutin bakım öncesi CYKÖ-KF puanı 38,92±12,36, rutin bakım sonrası CYKÖ-KF puanı ise 43,61±19,11 bulundu. Kadınların rutin bakım öncesi ve sonrası dönemde CYKÖ-KF puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05). Cinsel danışmanlık ve kontrol grubundaki kadınlar CYKÖ-KF puanları yönünden karşılaştırıldığında danışmanlık öncesi dönemde anlamlı bir fark bulunmazken (p>0,05), danışmanlık sonrası dönemde cinsel danışmanlık grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre CYKÖ-KF ortalama puanı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulundu (Zmwu=-2,063; p=0,039) (Tablo 4.8).

5. TARTIŞMA

Açık kalp cerrahisi geçirecek kadınlara PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın cinsel fonksiyon ve cinsel yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda verilen başlıklar halinde tartışılmıştır:

5.1. Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik, Jinekolojik, Genel Sağlık ve Mevcut Hastalık Verilerine İlişkin Bulgularının Tartışılması

5.2. Kadınların Cinsel Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyon Verilerine İlişkin Bulgularının Tartışılması

5.3. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Programının Kadınların Depresyon Belirtileri Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Programının Kadınların Cinsel Fonksiyonları Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.5. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Programının Kadınların Cinsel Yaşam Kaliteleri Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik, Jinekolojik, Genel Sağlık ve Mevcut Hastalık Verilerine İlişkin Bulgularının Tartışılması

Bu bölümde kadınların sosyo-demografik, obstetrik, jinekolojik, genel sağlık ve mevcut hastalık verilerine ilişkin bulgular tartışılacaktır.

Açık kalp cerrahisi geçirecek cinsel danışmanlık ve kontrol grubundaki kadınlar sosyo-demografik, obstetrik, jinekolojik, genel sağlık ve mevcut hastalık verileri yönünden benzerdir (Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3) ($p>0,05$). Bu benzerlik grupların karşılaştırılabilirliğini göstermesi ve sonuçların güvenilirliği açısından önemlidir.

Cinsel danışmanlık grubundaki kadınların yaş ortalaması 62,21±5,96 olup, kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması ise 60,25±8,00 idi. Yaş, kadınlarda kalp hastalıkları için bir risk faktörü olarak belirtilmektedir. Kadınlarda kalp hastalıkları özellikle ileri yaşlarda daha fazla görülmektedir (Zaman ve ark. 2021). Mehilli ve Presbitero'nun (2020) yaptığı derlemede 55 yaş ve üzeri kadınlarda koroner arter hastalığının daha çok görüldüğü belirtilmektedir. Koroner arter hastalığına benzer şekilde kalp kapak hastalıkları da ileri yaş kadınlarda daha fazla görülmektedir (Crousillat ve Wood, 2019). Koroner arter bypass greft cerrahisi geçirmiş 3057 kadının incelendiği bir çalışmada kadınların yaş ortalaması 69.6±8.7 bulunmuştur (Kytö ve ark. 2021). Bu çalışmada kadınların yaş ortalaması ile ilgili olan bulgular literatür verileriyle uyum göstermektedir. Kadınlarda yaşla birlikte kalp hastalıklarının artış göstermesinin bir diğer önemli nedeni de menopoz dönemine girmeleridir. Östrojenin kalp sağlığını koruyucu etkisi nedeniyle menopoz öncesi dönemde, kadınlarda kalp hastalıklarına daha az rastlanmaktadır. Premenopozal dönemdeki kadınlarda, kalbi koruyan ve kalp hastalığında düz kas proliferasyonunu engelleyen nitrik oksit (NO) düzeyleri daha yüksektir. Vücudun oksidasyon sistemi ve antioksidan savunma sisteminin dengesinin bozulması sonucu ortaya çıkan ve kardiyovasküler yapıyı bozan oksidatif stres düzeyi de premenopozal dönemdeki kadınlarda daha düşüktür (Xiang ve ark. 2021). Menopoz sonrası over foliküllerinin tükenmesi nedeniyle östrojen üretimi büyük ölçüde azalır. Östrojen düzeyindeki azalma nedeniyle postmenopozal dönemdeki kadınlarda kalp hastalıkları görülme riski artar. Nitrik oksit düzeyinin azalması ve oksidatif stresin artmasının yanı sıra azalan östrojen nedeniyle serbest yağ asitleri oranı da artış gösterir. Bunun sonucunda kardiyovasküler hastalıklar için risk kabul edilen metabolik sendrom ve insülin direnci gelişme olasılığı artar (Lorga ve ark. 2017). Bu çalışmada yer alan cinsel

danışmanlık grubundaki kadınların neredeyse tamamı, kontrol grubundaki kadınların ise hepsi menopoz dönemindeydi. Kadınların menopoz süreleri göz önüne alındığında ise postmenopozal dönemde oldukları görülmektedir (Tablo 4.2).

Ülkemizde zorunlu eğitim süresi geçmişten günümüze değişim göstermiştir. 1973 ile 1997 yılları arasında 5 yıllık ilköğretim zorunlu hale getirilmiştir. 1997 yılı sonrası ise zorunlu eğitim süresi 8 yıla çıkarılmıştır (Çınar ve ark. 2007). Bu gelişmelerle birlikte Ülkemizde kadınların eğitim seviyesi artış gösterse de geçmiş yıllarda bu oran oldukça düşük seyretmektedir. 1998 TNSA verilerine göre 45 yaş ve üzeri ilköğretim mezunu kadın oranı %36,20, 2003 TNSA verilerine göre ise %50,00 bulunmuştur. Bu çalışmadaki kadınların ileri yaşta olmaları göz önünde bulundurulduğunda, hem cinsel danışmanlık hem de kontrol grubundaki kadınların %87,50'sinin (n=28) 8 ve altı yıl eğitim seviyesine sahip olmalarının Türkiye veriyle benzerlik gösterdiği söylenebilir. Çalışmadaki kadınların büyük bir çoğunluğunun (cinsel danışmanlık grubunda %87,50, kontrol grubunda %81,30) ev hanımı olması da eğitim seviyelerinin düşük olması ile açıklanabilir.

Vücutta sağlığa zarar verecek şekilde adipoz doku artışı olarak tanımlanan obezite, son yılların en önemli toplumsal sağlık sorunu haline gelmiştir (Ural ve ark. 2018). Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü'nün (OECD) 2017 raporuna göre obezite, Dünya genelinde önemli bir artış göstermektedir (Obesity Update, 2017). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Dünya genelinde yaklaşık 700 milyon kişi obezdir (Obesity and Overweight, 2021). Ahirwar ve Mondal'ın Hindistan'da yaptıkları derlemede obezite prevelansının %16,00 ile %39,00 arasında değiştiği belirtilmektedir. Lemamsha ve ark.'nın (2019) Libya'da yaptıkları çalışmada obezite prevelansı kadınlarda %33,20, erkeklerde ise %32,4 olarak bulunmuştur. Erkeklerin metabolizma hızının daha yüksek olması ve postmenopozal dönemde kadınların metabolizma hızlarının düşmesi nedeniyle obezite, kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmektedir. Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) verilerine göre 2017-2018 yılları arasında Amerika'da kadınların %42,40'ı obezdir (Prevalence of Obesity and Severe Obesity Among Adults, 2020). Türkiye Beden Algısı Araştırması 2012 verilerine göre ise kadınların %21,00'i obezdir. Hemen hemen bütün vücut sistemlerinde hastalıkların artışına neden olan obezite, kardiyovasküler hastalıkları da beraberinde getirmektedir (Ural ve ark. 2018). Obezite nedeniyle sıklıkla meydana gelen hipertansiyon, hiperlipidemi, inflamasyon ve endotel hasarı kardiyovasküler hastalıkların görülme sıklığını artırmaktadır (Piché ve ark. 2020). Bu çalışmada da cinsel danışmanlık grubundaki

kadınların %68,80'inin, kontrol grubundaki kadınların da %87,50'sinin BKİ'ne göre fazla kilolu ve obez sınıfında yer aldıkları (25 kg/m2 ve üzeri) belirlendi. Bu sonuç literatürle benzerlik göstermesinin yanısıra ülkemizdeki kadınlar arasında obezite oranının artışını göstermesi açısından da önemlidir.

Kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleri arasında yer alan çok sayıda kronik hastalıklar bulunmaktadır. Bu hastalıklardan en çok görülenler diyabetes mellitus, hipertansiyon ve hiperlipidemidir (Dülek ve ark. 2018). Diyabet, hiperglisemi nedeniyle arteriyel sertlik artışına ve intima tabakasının kalınlaşmasına neden olarak vasküler yapının bozulmasına yol açmaktadır. Hipertansiyon ise endotel hasarına ve aterosklerozun hızlanmasına neden olarak vasküler yapıyı bozmaktadır. Hiperlipidemi ise ateroskleroz plaklarının oluşumuna neden olmaktadır (de Ferranti ve ark. 2015; Dülek ve ark. 2018; Strain ve Paldanius, 2018). Bu çalışmada cinsel danışmanlık grubundaki kadınların %87,50'sinde kronik hastalık görüldüğü ve %53,10'unda diyabet, %53,10'unda hipertansiyon ve %15,60'ında hiperlipidemi bulunduğu belirlendi. Kontrol grubundaki kadınların ise %84,40'ında kronik hastalık olduğu ve %40,60'ında diyabet, %68,80'inde hipertansiyon, %18,80'inde hiperlipidemi görüldüğü belirlendi (Tablo 4.1). Literatür incelendiğinde ise Beştepe ve ark.'nin (2020) çalışmasında kardiyovasküler hastalığı bulunan kadınların %65,61'inde diyabet, hipertansiyon ve hiperlipidemiyi içeren metabolik sendrom kriterlerine rastlanmıştır. Koçaşlı ve Kanan'ın (2020) çalışmasında da açık kalp cerrahisi geçirecek hastaların %46,70'inde kronik hastalık bulunduğu belirlenmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl yaklaşık 16.7 milyon kişi kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Bu ölümlerin 7.2 milyonu ise koroner arter hastalığı kaynaklı meydana gelmektedir (Cardiovascular diseases, 2016). Amerikan Kalp Derneği'nin verilerine göre ise 2018 yılında 20 yaş üzeri bireylerde kardiyovasküler hastalık görülme oranı %49,20'dir. Bunların %12,90'ını koroner arter hastalığı oluşturmaktadır (Aparicio, 2021). Dünya verilerine paralel olarak Ülkemizde de en fazla görülen kalp hastalığı, koroner arter hastalığıdır (Onat ve ark. 2017). T.C. Sağlık Bakanlığı verilerine göre kalp hastalıkları bulunan bireylerin %39,60'ı koroner arter hastalığına sahiptir (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020). Bu çalışmada cinsel danışmanlık ve kontrol grubunda en fazla görülen kalp hastalığı da Dünya ve Ülkemiz verilerine benzer şekilde koroner arter hastalığıydı (Tablo 4.3).

5.2. Kadınların Cinsel Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Cinsel Fonksiyon Verilerine İlişkin Bulgularının Tartışılması

Bu bölümde kadınların cinsel danışmanlık öncesi ve sonrası cinsel fonksiyon verilerine ilişkin bulgular tartışılacaktır.

Açık kalp cerrahisi geçirecek cinsel danışmanlık ve kontrol grubundaki kadınlar danışmanlık öncesi cinsel fonksiyona ilişkin veriler yönünden benzerdir (Tablo 4.4), ($p>0,05$). Bu benzerlik grupların karşılaştırılabilirliğini göstermesi ve sonuçların güvenilirliği açısından önemlidir.

İleri yaş, kronik hastalıklar ve menopoz dönemi gibi faktörler kadınların tüm yaşamını olumsuz etkilediği gibi cinsel yaşamını da olumsuz etkilemektedir. Menopoz nedeniyle östrojenin azalması sonucu yaşanılan vazomotor semptomlar (sıcak basmaları, gece terlemeleri), vajinal epitelinde atrofi ve kuruluk, cinsel uyarılmada azalma, deride meydana gelen elastikiyet kaybı nedeniyle kırışıklık ve sarkmalar, menopozun üreme fonksiyonunun kaybı nedeniyle kadın kimliğinin kaybı olarak düşünülmesi ve eş ile iletişimde azalma gibi faktörler nedeniyle cinsel fonksiyon olumsuz etkilenmektedir (Demirel Bozkurt ve Sevil, 2016). Marvan ve ark.'nın (2017) çalışmasında postmenopozal dönemdeki kadınların premenopozal dönemdeki kadınlara göre cinsel fonksiyonlarını ölçen Kadın Cinsel İşlev Ölçeği puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Trento ve ark.'nın (2021) çalışmasında postmenopozal dönemdeki kadınların %64,00'ünde cinsel disfonksiyon görüldüğü belirlenmiştir. Yağmur ve Orhan'ın (2019) çalışmasında ise menopoz dönemindeki kadınların %59,70'inin cinsel disfonksiyon yaşadığı belirtilmiştir. Bu çalışmada ise cinsel danışmanlık grubundaki kadınların %62,50'si, kontrol grubundaki kadınların ise %65,60'ı cinsel yaşamlarından memnun olmadıklarını belirtti. Her iki grupta da haftalık cinsel ilişki sayısı oldukça azdı (Tablo 4.4). Bu çalışmada literatürden farklı şekilde kadınların daha fazla oranda cinsel sorunlara sahip olmasının nedeni olarak; cinsel danışmanlık grubundaki kadınların %87,50'sinin, kontrol grubundaki kadınların %84,40'ının kronik hastalıklara sahip olması, beta bloker, antihipertansif ve diüretik gibi cinsel istek ve uyarılmayı etkileyen ilaçlar kullanmaları ve kardiyovasküler hastalıklarının bulunması söylenebilir.

Kardiyovasküler hastalıklar tüm yaşamı olumsuz etkilediği gibi cinsel yaşamı da olumsuz etkilemektedir. Cinsel aktivite çoğunlukla kardiyovasküler sistem ile ilişkili

olduğundan kalp hastalıklarının varlığında cinsel fonksiyon göz ardı edilmemelidir. Örneğin; kadın genital uyarılması ve vajinal lubrikasyon, damarlarda meydana gelen vazokonjesyon yoluyla majör ve minör labialara ve vajinaya kan akışını arttırdığında sağlanır. Bu nedenle kalp ve damar hastalıkları varlığında genital organlara olan kan akımı etkilendiğinden cinsel isteksizlik, vajinal kuruluk, anorgazmi gibi sorunlar meydana gelebilmektedir (Steptoe ve ark. 2018). Aynı zamanda her cinsel ilişkinin kardiyovasküler sistemde fizyolojik değişimler meydana getirdiği de bilinmektedir. Cinsel ilişki esnasında sempatik sinir sisteminin aktivasyonu sonucu sistolik ve diyastolik kan basıncı ve solunum sayısında artış meydana gelmektedir (Karpuz, 2017). Tüm bu nedenlerle kadınlar cinsel ilişki sırasında kardiyak bir sorun yaşama korkusu, anksiyete, dispne ve korku nedeniyle cinsel disfonksiyon yaşamakta ve cinsel ilişkiden uzak durmaktadır (Polland ve ark. 2019). Maseroli ve ark.'nın çalışmasında (2018) kardiyovasküler hastalıkları ve kardiyometabolik riskleri bulunan kadınların cinsel disfonksiyon yaşadıkları belirlenmiştir. Şalvarcı ve ark.'nın (2020) çalışmasında kardiyovasküler hastalığı bulunan kadınların hastalık tanısı aldıktan sonraki süreçte, hastalık tanısı almadan önceki döneme göre cinsel fonksiyonlarının daha kötü olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada literatüre benzer şekilde cinsel danışmanlık grubundaki kadınların hastalık tanısı almadan önce %31,30'u cinsel sorunları olduğunu bildirirken, hastalık tanısı aldıktan sonra ise bu oranın %68,80'e yükseldiği bulundu. Kontrol grubundaki kadınlarda da benzer şekilde kardiyovasküler hastalık tanısı almadan önce cinsel sorunları olduğunu bildirenlerin oranı %53,10 iken, hastalık tanısı aldıktan sonra bu oranın %81,30'a yükseldiği belirlendi (Tablo 4.4). Hastalık tanısı aldıktan sonra iki grupta da en fazla görülen cinsel sorun dispneye bağlı cinsel isteksizlik olarak bildirildi. Cinsel danışmanlık grubundaki kadınların %75,00'i, kontrol grubundaki kadınların ise %62,50'si kalbe zarar verir korkusu nedeniyle hastaneye yatmadan önce cinsel ilişkide bulunmadıklarını belirtti. İki grupta da kadınların büyük bir kısmı hem kendilerinin hem de eşlerinin ameliyat sonrası cinsel yaşama dönüşle ilgili endişelerinin olduğunu bildirdi (Tablo 4.4).

Kardiyovasküler hastalıklar sonucu meydana gelen tüm bu cinsel sorunların rehabilitasyon sürecinde göz önünde bulundurulmadan tam bir iyileşme sağlanması mümkün olmamaktadır. Cinsel bir varlık olan insanın, geçirdiği hastalıklar ve operasyonlar sonrası cinsel fonksiyonunun göz ardı edilmesi iyileşme sürecini eksik ve etkisiz kılacaktır (Huang ve Cook, 2018). Özellikle kardiyovasküler hastalıklar ve kalp ameliyatları sonrası

rehabilitasyon sürecini sağlıklı bir şekilde tamamlayabilmek için sağlıklı bir cinsel fonksiyonun kazandırılması önemlidir. Çünkü kardiyovasküler sistemle tamamen ilişkili olan cinsel fonksiyonun kalp sağlığı hakkında bize ipuçları vermesinin yanı sıra cinsel ilişki sırasında salgılanan oksitosin hormonunun kalbi iyileştirici etkisinden de yararlanılması olasıdır (Jankowski ve ark. 2020). Aynı zamanda medikal ve cerrahi tedaviler sonrasında hastaların fonksiyonel kapasiteleri artış gösterdiği için de bireyler cinsel aktivitelerini kolayca gerçekleştirebilirler (Araujo ve ark. 2018). Bu nedenle kalp hastalıkları sonrası sağlık profesyonelleri tarafından cinsel danışmanlık verilmesi oldukça önemlidir. Amerikan Kardiyoloji Birliği ve Amerikan Kalp Derneği kardiyak hastalıklar sonrasında cinsel danışmanlık verilmesi gerektiğini ve danışmanlık için PLISSIT modeli kullanımını tavsiye etmişlerdir (Abramsohn ve ark. 2013). Bu çalışmada PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık verilen grupta, danışmanlık öncesi dönemde cinsel fonksiyona ilişkin bir fark yokken, danışmanlık sonrası cinsel fonksiyona ilişkin bulgularının kontrol grubuna göre anlamlı şekilde arttığı görüldü ($p<0,05$). Buna göre cinsel danışmanlık grubundaki kadınların %65,60'ı cinsel ilişkide bulunduğunu belirtirken, kontrol grubundaki kadınların yalnızca %18,80'i cinsel ilişkide bulunduğunu belirtti. Cinsel yaşamından memnun olan kadın oranı da kontrol grubuna göre daha fazlaydı ($p<0,05$). Danışmanlık sonrası cinsel sorun bildiren kadın oranı cinsel danışmanlık grubunda %34,40 iken, kontrol grubunda ise %81,30 olarak oldukça yüksekti. Cinsel yaşama dönüşle ilgili kontrol grubundaki kadınların cinsel danışmanlık grubundaki kadınlara göre daha endişeli olduğu bulundu (Tablo 4.5), ($p<0,05$). Boothby ve ark.'nın (2018) yaptığı sistematik derlemede dahil edilen 14 çalışmanın 7'sinde kardiyovasküler hastalıklar sonrası cinsel danışmanlık verilmesinin cinsel fonksiyonu iyileştirdiği belirlenmiştir. Rundblad ve ark.'nın (2017) çalışmasına göre kalp hastalıklarının kadınlarda cinsel disfonksiyona neden olduğu, buna rağmen az sayıda kadının cinsel danışmanlık alabildiği ve cinsel danışmanlık alan kadınların cinsel fonksiyonlarının daha iyi olduğu gösterilmiştir. Travensolo ve ark. göre ise (2018) kalp hastalıkları ve ameliyatları sonrası rehabilitasyon sürecinde cinsel danışmanlık verilmesi, hastaların cinsel aktivitenin kalbi etkilemesiyle ilgili korkularını azaltmakta, sağlıkla ilgili kendine güvenlerini, öz yeterliklerini ve beden imajlarını geliştirmektedir. Literatürde kardiovasküler hastalıklarda PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık verilen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak PLISSIT modeli ile cinsel danışmanlık verilen diğer çalışmalarda PLISSIT modelinin cinsel danışmanlık için etkili, basit ve kullanışlı bir model

olduğu belirtilmektedir (Tuncer ve Oskay, 2021). Bu çalışmada da PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın kadınların cinsel fonksiyonunu olumlu yönde etkilediği belirlendi.

5.3. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Programının Kadınların Depresyon Belirtileri Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde kadınların cinsel danışmanlık öncesi ve sonrası beck depresyon envanteri puanlarına ilişkin bulgular tartışılacaktır.

Açık kalp cerrahisi geçirecek cinsel danışmanlık ve kontrol grubundaki kadınlar danışmanlık öncesi beck depresyon envanteri puanları yönünden benzerdir (Tablo 4.6), ($p>0,05$). Bu benzerlik çalışma sonuçlarının güvenilirliğini göstermesi açısından önemlidir.

Dünya çapında yaklaşık 300 milyon insanı etkileyen depresyon, en yaygın görülen mental hastalıklardandır (Khal ve ark. 2018). Depresyon gelişiminde pek çok faktör etkili olmaktadır. Bunlardan biri olan kardiyovasküler hastalıklar, bireylerin sağlık ve bilişsel işlev durumlarını etkileyerek depresyonun oluşumunu tetikleyebilen somatik işlev bozukluklarına yol açmaktadır (Zhang ve ark. 2018). Kardiyovasküler hastalıkların depresyona yol açtığı gibi depresyonun da kardiyovasküler hastalıkları tetiklediği bilinmektedir. Depresif bireylerde yaşamları boyunca kardiyovasküler hastalık gelişme riski iki ila dört kat daha fazladır (Halaris, 2016). Depresyon ve kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişki kalp ritminde bozulma, sistemik kronik inflamasyon, hipotalamik-hipofiz-adrenal eksen işlev bozukluğu ve endotel hasarı ile açıklanmaktadır (Zhang ve ark. 2018). Depresyon için diğer risk faktörleri arasında kadın cinsiyet, menopoz döneminde olma ve kronik hastalıklar gibi faktörler yer almaktadır. Kadınlar gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem gibi depresyonu etkileyen yaşam dönemlerine sahip olmaları, toplumsal statüleri ve toplumsal cinsiyet eşitsizliklerine maruz kalmaları nedeniyle erkeklere oranla daha fazla depresyon belirtileri göstermektedir (Keskin ve ark. 2012). Labaka ve ark.'nin (2018) yaptığı sistematik derlemede kadınlarda daha fazla oranda depresyon görüldüğü belirlenmiştir. Kronik hastalıkların depresyon ile ilişkisi incelendiğinde ise özellikle hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıkların depresyonu tetiklediği bilinmektedir. Zhang ve ark.'nin (2018) çalışmasında hipertansiyon ve diyabet varlığında depresyon görülme sıklığının arttığı belirtilmektedir. Kronik hastalıklar ve kadın cinsiyetin yanı sıra menopoz döneminde olmak da kadınlarda depresyon görülme sıklığını artırmaktadır (Durukan Duran ve Sinan, 2020).

Bromberger ve Epperson'ın (2018) çalışmasında menopoz dönemindeki kadınlarda depresyon belirtileri görülme oranının arttığı bulunmuştur. Ayrıca menopoz dönemi, kronik hastalıklar ve kardiyovasküler hastalıkların etkilediği cinsel sorunlara sahip olmak da depresyon belirtileri görülme oranını arttırmaktadır (Basson ve Gilks, 2018). Bu çalışmada cinsel danışmanlık öncesi dönemde iki grupta da kadınların ölçek puan aralıklarına göre orta düzeyde depresyon belirtilerine sahip olduğu belirlendi. Katılımcıların kadın cinsiyette olmaları, neredeyse tamamının menopoz döneminde olması, birçoğunun hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklara ve tümünün kardiyovasküler hastalıklara sahip olması ve önemli bir çoğunluğunun cinsel sorunları olması gibi faktörler kadınların orta düzeyde depresyon belirtilerine sahip olmalarını açıklayabilir. Danışmanlık öncesi dönemde iki grup arasında anlamlı bir fark olmaması da depresyon belirtilerinin çalışmanın sonucuna etki etmemesi açısından önemlidir.

Cinsel danışmanlık sonrası dönem incelendiğinde kadınların danışmanlık öncesi döneme göre beck depresyon envanteri puanlarının anlamlı şekilde düştüğü bulundu. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında da danışmanlık sonrası dönemde daha düşük beck depresyon envanteri puanlarına sahip oldukları belirlendi (Tablo 4.6), ($p<0,05$). Bu sonuca göre açık kalp cerrahisi sonrası PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık verilmesi kadınların depresyon düzeylerini azalttı. Literatürde araştırma grubumuzla benzer çalışmalara rastlanmamıştır. Ancak, PLISSIT modeliyle verilen cinsel danışmanlık sonrası bireylerin cinsel fonksiyonlarının arttığı bu sayede depresyon belirtilerinin de azaldığı belirtilmektedir (Dangesaraki ve ark. 2019; Tuncer ve Oskay, 2021). Banaei ve ark.'nın (2015) çalışmasında PLISSIT modeliyle danışmanlık verilen doğum sonu dönemdeki kadınlarda kontrol grubuna göre postpartum depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Karimi ve ark.'nın (2019) çalışmasında PLISSIT modeliyle danışmanlık verilen doğum sonu dönemdeki kadınlarda kontrol grubuna göre Depresyon Anksiyete Stres-21 ölçeği puanlarının anlamlı şekilde düştüğü belirlenmiştir.

5.4. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Programının Kadınların Cinsel Fonksiyonlari Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde kadınların cinsel danışmanlık öncesi ve sonrası kadın cinsel işlev ölçeği puanlarına ilişkin bulgular tartışılacaktır.

Açık kalp cerrahisi geçirecek cinsel danışmanlık ve kontrol grubundaki kadınlar danışmanlık öncesi kadın cinsel işlev ölçeği puanları yönünden benzerdir (Tablo 4.7), ($p>0,05$). Bu benzerlik çalışma sonuçlarının güvenilirliğini göstermesi açısından önemlidir. Danışmanlık öncesi dönemde KCİÖ puanı hem cinsel danışmanlık grubundaki kadınlarda (8,67±5,54) hem de kontrol grubundaki kadınlarda (6,86±3,26) ölçeğin kesme puanına göre (26,55) oldukça düşüktü. Kadınlar yalnızca ölçeğin ağrı alt boyutu yönünden istatistiksel farklılık göstermiştir. Cinsel danışmanlık grubundaki kadınların ağrı alt boyut puanı kontrol grubuna göre daha yüksekti ($p<0,05$).

Cinsel bir varlık olan insan için cinsellik, normal insan işlevinin, fiziksel ve psikososyal iyilik halinin ve yaşam kalitesinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Cinsellik kardiyovasküler, endokrin ve nörolojik sistem başta olmak üzere tüm vücut sistemlerini etkiler ve bu sistemlerden etkilenir. Bu nedenle pek çok faktöre bağlı olarak cinsel sorunlar meydana gelebilmektedir (Jelavic ve ark. 2018). Bu çalışmada yer alan kadınların KCİÖ puanlarının kesme noktasına göre (26,55) oldukça düşük olmasının nedeni ileri yaş, kronik hastalıklar, menopoz döneminde olma ve kardiyovasküler hastalıklar olarak söylenebilir. Kalp ameliyatları sonrası uygun zamanda ve koşullarda yaşanan cinsel ilişki inanılanın aksine kalp sağlığını, ameliyat sonrası iyileşme sürecini ve yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir (Rakhshan ve ark. 2019). Bu nedenle hastaların ameliyat sonrası cinsel yaşama ilişkin yanlış bildiklerini düzeltmek, eksik bilgilerini tamamlamak, bilmediklerini öğretmek ve korkularını gidermek için cinsel danışmanlık vermek çok önemli ve gereklidir (Jelavic ve ark. 2018). Cinsel danışmanlık verirken cinselliğin kapsamlı bir şekilde değerlendirilebilmesi ve cinsel sorunların çözümüne odaklanılabilmesi için model kullanılması önerilmektedir (Büyükkayacı Duman, 2019). PLISSIT modeli bu doğrultuda kullanılabilecek ve Amerikan Kardiyoloji Birliği ve Amerikan Kalp Derneği gibi önemli otoriteler tarafından da kullanımı önerilen modellerden birisidir (Abramsohn ve ark. 2013).

Bu çalışmanın sonuçlarına göre açık kalp ameliyatı geçiren kadınlara PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık verilmesinin, cinsel danışmanlık grubunda hem grup içinde hem de kontrol grubuna göre KCİÖ ve alt boyut puanlarını anlamlı şekilde arttırdığı belirlendi ($p<0,05$). Danışmanlık verilmeyen kontrol grubunda ise KCİÖ uyarılma, orgazm ve doyum alt boyut puanlarının anlamlı şekilde düştüğü görüldü ($p<0,05$), (Tablo 4.7). PLISSIT modeliyle yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Asadi ve ark.'nın (2018) çalışmasında HIV pozitif evli kadınlara PLISSIT modeliyle cinsel danışmanlık verilmesinin KCİÖ skorlarını kontrol gurubuna göre anlamlı şekilde arttırdığı belirlenmiştir. Khakbazan ve ark'nın çalışmasında (2016) PLISSIT modeliyle cinsel danışmanlık verilen multiple sklerozlu hastalarda KCİÖ puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı şekilde arttığı bulunmuştur. Mehrabi ve ark.'nın (2019) çalışmasında PLISSIT modeli kullanılarak cinsel danışmanlık verilen Tip-2 diyabetli hastalarda kontrol grubuna göre daha yüksek KCİÖ puanlarına rastlanmıştır. Tütüncü ve Yıldız'ın çalışmasında (2012) ise PLISSIT modeliyle cinsel danışmanlık verilen histerektomi geçirmiş kadınlarda ameliyat sonrası KCİÖ puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

PLISSIT modeliyle verilen cinsel danışmanlık sonrası kadınların KCİÖ puanlarında bir artış meydana gelse de ölçeğin kesme puanına göre (26,55) düşük olduğu görüldü (Cinsel danışmanlık: 13,95±10,65; kontrol: 4,53±5,39). Cinsel fonksiyon nörolojik, endokrin ve vasküler sistem ile ilişkili çok boyutlu karmaşık bir süreçtir. Nörolojik, endokrin ve vasküler sistemin olumsuz etkilendiği durumlar varlığında cinsel fonksiyonun da olumsuz etkilenmesi kaçınılmazdır. Bu nedenle kalp hastalıkları ve tedavileri sonrası hastalarda cinsel disfonksiyona sık rastlanmaktadır (Çamcı ve Can, 2014; Jelavic ve ark. 2018). Çalışmamızdaki kadınların cinsel disfonksiyonlarının devam etmesi kalp hastalıkları nedeniyle açık kalp cerrahisi geçirmiş olmaları, hipertansiyon, diyabet gibi kronik hastalıklara sahip olmaları ve menopoz dönemi gibi faktörler nedeniyle açıklanabilir. Ayrıca kalp ameliyatları sonrası çoğunlukla kullanılması gereken beta bloker, antihipertansif ve diüretik türü ilaçlar da cinsel istek ve uyarılmayı olumsuz etkilemektedir (Jelavic ve ark. 2018).

Farklı hastalıklara sahip bireylerde PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık verilen çalışmalar yapılmıştır. Ancak, literatürde kalp hastalıkları ve kalp ameliyatları sonrası PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık verilen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın sonuçları PLISSIT modelinin kalp hastalıkları ve kalp ameliyatları sonrası

cinsel fonksiyonu olumlu etkileyen bir cinsel danışmanlık modeli olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

5.5. PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlık Programının Kadınların Cinsel Yaşam Kaliteleri Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde kadınların cinsel danışmanlık öncesi ve sonrası cinsel yaşam kalitesi ölçeği-kadın formu puanlarına ilişkin bulgular tartışılacaktır.

Açık kalp cerrahisi geçirecek cinsel danışmanlık ve kontrol grubundaki kadınlar danışmanlık öncesi cinsel yaşam kalitesi ölçeği-kadın formu puanları yönünden benzerdir (Tablo 4.8), ($p>0,05$). Bu benzerlik çalışma sonuçlarının güvenilirliğini göstermesi açısından önemlidir.

Cinsel yaşam kalitesi; kişinin cinsel yaşantısının olumlu ve olumsuz yönlerini öznel olarak değerlendirmesi ve bu değerlendirme sonrası verdiği duygusal tepki olarak tanımlanmaktadır (Doğan ve ark. 2013). Cinsel yaşam kalitesi; cinselliğin fiziksel, duygusal ve ilişkisel yönleriyle ilgilidir. Cinsel cinsel ilişki sıklığı, cinsel istek duyma ve orgazm olma gibi durumlar cinsel yaşam kalitesinin fiziksel yönlerini; utanç, suçluluk, endişe ve hayal kırıklığı gibi durumlar cinsel yaşam kalitesinin duygusal yönlerini; partnerle iletişim kurabilmek ve yakın hissetmek gibi durumlar da cinsel yaşam kalitesinin ilişkisel yönlerini oluşturmaktadır (Symonds ve ark. 2005). Cinsel yaşam kalitesinin değerlendirilmesi bireylerin cinsel fonksiyonlarını, cinsel fonksiyona ilişkin sorunlarını ve cinselliğe ilişkin algılarını göstermesi açısından önemlidir. Bu çalışmada cinsel danışmanlık (46,49±21,02) ve kontrol (38,92±12,36) grubundaki kadınların danışmanlık öncesi dönemde cinsel yaşam kalitelerinin orta seviyenin altında olduğu bulundu. PLISSIT modeliyle verilen cinsel danışmanlık sonrası ise kadınların hem danışmanlık öncesi döneme göre cinsel yaşam kalitelerinin arttığı, hem de danışmanlık sonrası kontrol grubuna göre cinsel yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.8), ($p<0,05$). Faghani ve Gaffari'nin çalışmasında (2016) PLISSIT modeliyle cinsel danışmanlık verilen meme kanserli kadınların cinsel yaşam kalitelerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Kazemi ve ark.'nın (2021) çalışmasında PLISSIT modeliyle danışmanlık verilen multipl sklerozlu kadınların cinsel yaşam kalitelerinin kontrol grubuna göre artış gösterdiği bulunmuştur. PLISSIT modeliyle danışmanlık verilen hemodiyaliz hastalarının

değerlendirildiği bir çalışmada ise deney grubundaki hastaların kontrol grubuna göre danışmanlık sonrası cinsel yaşam kalitelerinin arttığı görülmüştür (Alvandijam ve ark. 2014). Farklı hastalıklara sahip hasta gruplarıyla yapılmış olsa da literatür sonuçları bu çalışmanın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık sonrası kadınların KCİÖ puanları danışmanlık öncesi dönemle karşılaştırıldığında ölçeğin kesme noktası göre (26,55) düşük seviyede kalsa da cinsel yaşam kalitelerinin önemli oranda artış gösterdiği (cinsel danışmanlık: 61,42±30,69) belirlendi (Tablo 4.8). Cinsellik ve cinsel ilişki yalnızca penetrasyon ile sınırlı değildir. Cinsellik sevme, sevilme ve ait olma gibi unsurları içeren düşünsel, duygusal ve davranışsal boyutlarıyla iki insan arasındaki etkileşimdir. Cinsellik insanların değerleri, inanışları, duyguları, kişilikleri, sevdikleri ve sevmedikleri şeyler, tutumları, davranışları, fiziksel görünümleri ve yaşadıkları toplumlara göre şekillenen ve değişiklik gösteren bir kavramdır. Özellikle kadınlar için karşılıklı anlayış, saygı, duygusal bağlılık ve içtenlik cinsellik açısından oldukça önemlidir (Höbek Akarsu ve Kızılkaya Beji, 2016; Motta-Mena ve Puts, 2017). Bu nedenle kadın cinselliğini tüm boyutlarıyla değerlendirebilmek için fiziksel olarak cinsel fonksiyonun değerlendirilmesinin yanında cinsel yaşam kalitesinin değerlendirilmesi önemli ve gereklidir. Bu çalışmada PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık sonrası KCİÖ puanlarında istenilen artış sağlanamasa da cinsel yaşam kalitelerinin önemli oranda artış gösterdiği belirlendi (Tablo 4.8). Buna göre PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın açık kalp ameliyatı geçiren kadınların cinsel fonksiyon ve cinsel yaşam kalitesi üzerine olumlu etki gösterdiği açıkça görülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Açık kalp cerrahisi geçirecek kadınlara PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın cinsel fonksiyon ve cinsel yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışma, randomize kontrollü deneysel araştırma niteliğindedir. Araştırmanın başlangıcında belirlenen hipotezler sınanmıştır.

Açık kalp cerrahisi geçirecek kadınlara PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık;

- ✓ Kadınların cinsel fonksiyonlarını daha iyi hale getirir. **(H_1 hipotezi doğrulanmıştır.)**
- ✓ Kadınların cinsel yaşam kalitelerini daha iyi hale getirir. **(H_2 hipotezi doğrulanmıştır.)**

✓ Kadınların depresyon belirtileri gösterme durumunu azaltır **(H_3 hipotezi doğrulanmıştır.)**

Araştırmadan elde edilen sonuçlar şu şekilde ifade edilebilir:

✓ Cinsel danışmanlık ve kontrol grubundaki kadınlar arasında sosyo-demografik, obstetrik, jinekolojik, genel sağlık, mevcut hastalık ve cinsel fonksiyon verileri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmadı ($p>0,05$).

✓ PLISSIT modeline dayalı danışmanlık sonrası, cinsel danışmanlık grubundaki kadınların kontrol grubuna göre cinsel ilişkide bulunma ve cinsel yaşamdan memnuniyet oranlarının daha yüksek, cinsel sorun ve cinsel yaşam dönüşle ilgili endişe duyma oranlarının ise daha düşük olduğu belirlendi ($p<0,05$).

✓ Cinsel danışmanlık ve kontrol grubundaki kadınlar arasında PLISSIT modeline dayalı danışmanlık öncesi BDE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), danışmanlık sonrası cinsel danışmanlık grubundaki kadınların BDE puanlarının daha düşük olduğu belirlendi ($p>0,05$). Buna göre PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın kadınların depresyon belirtilerini azalttığı görüldü.

✓ Cinsel danışmanlık ve kontrol grubundaki kadınlar arasında PLISSIT modeline dayalı danışmanlık öncesi KCİÖ ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), danışmanlık sonrası cinsel danışmanlık grubundaki kadınların KCİÖ ve alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$). PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın kadınların cinsel fonksiyonuna olumlu etki gösterdiği belirlendi. Cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum gibi cinsel işlevlerin daha iyi hale geldiği, cinsel ilişki esnasında ağrı duyma durumunun ise azaldığı görüldü.

✓ Cinsel danışmanlık ve kontrol grubundaki kadınlar arasında PLISSIT modeline dayalı danışmanlık öncesi CYKÖ-KF puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), danışmanlık sonrası cinsel danışmanlık grubundaki kadınların CYKÖ-KF puanlarının daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$). PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın, kadınların cinsel yaşam kalitelerini artırdığı belirlendi.

✓ Çalışmanın sonucunda açık kalp cerrahisi geçirecek kadınlara PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın kadınların cinsel fonksiyonlarını ve cinsel yaşam kalitelerini arttırdığı, depresyon belirtilerini ise azalttığı belirlendi.

Araştırmanın sonucu doğrultusunda öneriler:

- ✓ Kalp hastalıkları ve açık kalp cerrahisi kadınların cinsel fonksiyonlarını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle kadınlar cinsel fonksiyon yönünden mutlaka değerlendirilmelidir.
- ✓ Hemşireler ve tüm sağlık profesyonelleri, açık kalp cerrahisi geçirecek kadınların bakımını planlarken cinsel fonksiyona ilişkin verilerini elde etmeli ve kadınların cinsel yönden kendilerini ifade etmelerine olanak sağlamalıdır.
- ✓ Açık kalp cerrahisi sonrası rehabilitasyon sürecinde kadınlara mutlaka cinsel danışmanlık verilmelidir.
- ✓ Cinsel danışmanlık verirken model kullanımı tüm sağlık profesyonellerine kolaylık sağlayacaktır.
- ✓ PLISSIT modeli açık kalp cerrahisi sonrası cinsel danışmanlık için etkili ve kullanımı kolay bir modeldir. Bu nedenle cinsel danışmanlık sağlayacak tüm hemşirelerin ve sağlık profesyonellerinin PLISSIT modelini kullanması sağlanmalıdır.
- ✓ Açık kalp cerrahisi geçirecek kadınlara PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın etkisinin değerlendirileceği deneysel çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

Abramsohn, E. M., Decker, C., Garavalia, B., Garavalia, L., Gosch, K., Krumholz, H. M., … Lindau, S. T. (2013). "I'm not just a heart, I'm a whole person here": a qualitative study to improve sexual outcomes in women with myocardial infarction. Journal of the American Heart Association, 2(4). https://doi.org/10.1161/JAHA.113.000199

Abu Ali, R.M., Abed, M.A., Khalil, A.A., Al-Kloub, M.I., Ashour, A.F., & Alnsour, I.A. (2018). A survey on sexual counseling for patients with cardiac disease among nurses in Jordan. Journal of Cardiovascular Nursing, 1-7.

Ahirwar, R., & Mondal, P. R. (2019). Prevalence of obesity in India: A systematic review. Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews, 13(1), 318–321. https://doi.org/10.1016/j.dsx.2018.08.032

Akarsu, R. H., & Beji, N. K. (2016). Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları Sınıflandırılmasında DSM-V Kapsamında Yapılan Değişiklikler. Androloji Bülteni, 18(65), 134–137.

Akinseye, O. A., Pathak, A., & Ibebuogu, U. N. (2018). Aortic Valve Regurgitation: A Comprehensive Review. Current Problems in Cardiology, 43(8), 315–334. https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2017.10.004

Akyolcu, N., Kanan, N., & Aksoy, G. (2020). Cerrahi Hemşireliği II. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Akyüz, E., Karadağ, M., & Bulut, H. D. (2016). The Nurse's Role and Responsibilities in Informed Consent: Review. Turkiye Klinikleri Journal of Nursing, 8(4), 348–353. https://doi.org/10.5336/nurses.2016-49921

Al-Sabeq, B. & Chamsi-Pasha, M. A. (2020). Imaging in mitral stenosis. Current Opinion in Cardiology, 35, 445-453.

Alvandijam, A., Afshari, A., Talebi, M., Abbasi, R. (2015). The effect of Sexual rehabilitation on (Sexual) quality of life for hemodialysis patients referred to dialysis center in Labafinejad Hospital. Journal of Taibah University Medical Sciences, 22, 45-52.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Antunes, M. J., Rodríguez-Palomares, J., Prendergast, B., De Bonis, M., Rosenhek, R., Al-Attar, N., … Zamorano, P. (2017). Management of tricuspid valve regurgitation: Position statement of the European Society of Cardiology Working Groups of Cardiovascular Surgery and Valvular Heart Disease. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery, 52(6), 1022–1030. https://doi.org/10.1093/EJCTS/EZX279

Aort Kapak Regürjitasyonu, 8 Aralık 2019 tarihinde http://www.ahmetalpman.com/defkonuoku.asp?id=2654 adresinden erişildi.

Aparicio, H. J., Benjamin, E. J., Callaway, C. W., Carson, A. P., Cheng, S., Elkind, M. S. V, Evenson, K. R., Ferguson, J. F., Knutson, K. L., Lee, C. D., Lewis, T. T., Loop, M. S., Lutsey, P. L., Mackey, J., & Matchar, D. B. (2021). Heart Disease and Stroke Statistics-2021 Update A Report from the American Heart Association. In Circulation. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000950.

Araujo, C. G. S., Stein, R., & Sardinha, A. (2018). Sexual counselling in cardiac rehabilitation: an urgent need for more consideration and study. Canadian Journal of Cardiology, 34, 1546-1548.

Arsalan, M., & Mack, M. J. (2016). Coronary artery bypass grafting is currently underutilized. Circulation, 133(10), 1036–1045. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018032

Asadi, L., Ziaei, T., Koochak, H. E., Montazeri, A., Rezaei, E., Moghadam, Z. B., & Shahmohammadi, L. (2018). Effect of counseling based on PLISSIT model on sexual function of HIV-positive married women. HIV and AIDS Review, 17(3), 169–175. https://doi.org/10.5114/hivar.2018.78487.

Assari, S. (2014). Intercourse avoidance among women with coronary artery disease. Journal of Sexual Medicine, 11(7), 1709–1716. https://doi.org/10.1111/jsm.12459

Avcı, K., & Özdedeli, K. (2015). Kadın cinselliği ve kültürel farklılıklar. Kadın Cinsel Sağlığı, 17(62), 224–230.

Ayaz, S. (2009). Approach to sexual problems of patients with stoma by PLISSIT model: An alternative. Sexuality and Disability, 27(2), 71–81. https://doi.org/10.1007/s11195-009-9113-4

Aydin, A., & Çilingir, D. (2017). Reoperation and Nursing Care. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 14(88), 218–222. https://doi.org/10.5222/head.2017.218

Aygin, D., & Eti Aslan, F. (2005). Kadın cinsel işlev ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. Türkiye Klinikleri, 25, 393-399.

Aytaç, A. (1991). Dünyada ve Türkiye'de Kalp Cerrahisi. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg, 1, 8–12.

Banaei, M., Torkzahrani, S., Ozgoli, G., Azad, M., Mahmoudikohani, F., & PormehrYabandeh, A. (2018). Addressing the Sexual Function of Women During First Six Month After Delivery: Aquasi-Experimental Study. Materia Socio Medica, 30(2), 136. https://doi.org/10.5455/msm.2018.30.136-140.

Basson, R., & Gilks, T. (2018). Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. Women's Health, 1-16.

Beck, A.T. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4(6), 561-571.

Belluschi, I., Del Forno, B., Lapenna, E., Nisi, T., Iaci, G., Ferrara, D., … De Bonis, M. (2018). Surgical Techniques for Tricuspid Valve Disease. Frontiers in Cardiovascular Medicine, 5(August), 1–6. https://doi.org/10.3389/fcvm.2018.00118

Benjamin, E. J., Muntner, P., Alonso, A., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., … Virani, S. S. (2019). Heart Disease and Stroke Statistics-2019 Update: A Report From the American Heart Association. In Circulation (Vol. 139). https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000659

Beştepe, N., Dönderici, Ö., & Demirkan, B. (2020). Koroner Arter Hastalığı Riskini Öngörmede Major Risk Faktörleri ve Metabolik Sendrom Kriterlerinin Değerlendirilmesi. Ankara Tıp Dergisi, 20(4), 844–857. https://doi.org/10.5505/amj.2020.93276

Bilge, Ç. (2017). Jinekolojik Kanserli Kadınlarda PLISSIT Modeli Doğrultusunda Yapılan Cinsel Danışmanlığın Etkinliği [Doktora Tezi]. İstanbul: T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Bilgin, R. (2016). Geleneksel ve modern toplumda kadin bedeni ve cinselliği. 219–243.

Bilgin, Z., & Kömürcü, N. (2016). Female Sexuality and Evidence. Androloji, 18(64), 48–55.

Boothby, C. A., Dada, B. R., Rabi, D. M., Campbell, T. S., & Tang, K. L. (2018). The effect of cardiac rehabilitation attendance on sexual activity outcomes in cardiovascular disease patients: A systematic review. Canadian Journal of Cardiology, 34, 1590-1599.

Braga, J. R., Austin, P. C., Ross, H. J., Tu, J. V., & Lee, D. S. (2019). Importance of Nonobstructive Coronary Artery Disease in the Prognosis of Patients With Heart Failure. JACC: Heart Failure, 7(6), 493–501. https://doi.org/10.1016/j.jchf.2019.02.014

Bromberger, J. T., Epperson, J. N. (2018). Depression during and after the perimenopause: Impact of hormones, genetics, and environmental determinants of disease. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 45(4): 663–678. doi:10.1016/j.ogc.2018.07.007.

Buemann, B., & Uvnäs-Moberg, K. (2020). Oxytocin may have a therapeutical potential against cardiovascular disease. Possible pharmaceutical and behavioral approaches. Medical Hypotheses, 138(January), 109597. https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109597

Burke, A., & Tavora, F. (2016). The 2015 WHO Classification of tumors of the heart and pericardium. Journal of Thoracic Oncology, 11(4), 441–452. https://doi.org/10.1016/j.jtho.2015.11.009

Büyükkayacı Duman, N. (2019). Cinsel Sağlık: Cinsel Sağlığın Değerlendirilmesi. Nobel Tıp Kitabevleri.

Byrne, M., Doherty, S., Fridlund, B. G., Mårtensson, J., Steinke, E. E., Jaarsma, T., & Devane, D. (2016). Sexual counselling for sexual problems in patients with cardiovascular disease. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016(2). https://doi.org/10.1002/14651858.CD010988.pub2

Cassar, A., Holmes, D.R., Rihal, C.S., & Gersh, B.J. (2009). Chronic coronary artery disease: Diagnosis and management. Mayo Clinic Proceedings, 84(12), 1130-1146.

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Prevalence of Obesity and Severe Obesity Among Adults: United States, 2017–2018.

Chen, X., Zhang, Q., & Tan, X. (2009). Cardiovascular effects of sexual activity. Indian Journal of Medical Research, 130(6), 681–688.

Ciftci, H. O., & Dursun, M. (2019). Kardiyak Kitlelerde Kardiyak MRG Bulgulari. Türk Radyoloji Seminerleri, 6(2), 266–289. https://doi.org/10.5152/trs.2018.663

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). (2008). Kadın Cinselliği. 7–16.

Clayton, A. H., & Valladares Juarez, E. M. (2019). Female Sexual Dysfunction. Medical Clinics of North America, 103(4), 681–698. https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.02.008

Crousillat, D. R., & Wood, M. J. (2019). Valvular Heart Disease and Heart Failure in Women. Heart Failure Clinics, 15(1), 77–85. https://doi.org/10.1016/j.hfc.2018.08.008.

Çamcı, G., & Can, G. (2014). Miyokard İnfarktüsü Sonrası Kadınlarda Cinsel Yaşam. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 22(2), 114-119.

Çayır, G., Nezihe, P., & Beji, K. (2016). Cinsel sağlık eğitimi. Cinsel Sağlık Eğitimi, (3), 231–240. https://doi.org/10.14527/9786053185956

Çınar, C., Çizmeci, F., & Akdemir, Z. (2007). 8 yıllık temel eğitim okullarında müfredatın gerektirdiği mekan standartlarının İstanbul okulları üzerinden analizi. Yıldız Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi Elektronik Dergisi, 2(4), 188-203.

Dangesaraki, M. M., Maasoumi, R., Hamzehgardeshi, Z., & Kharaghani, R. (2019). Effect of the EX-PLISSIT model on sexual function and sexual quality of life among women after hysterectomy: a randomised controlled trial. Sexual Health. doi:10.1071/sh18107

Dawson, M. ., Shah, N. ., Rinko, R. ., Veselis, C., & K.E, W. (2017). The evaluation and management of female sexual dysfunction Understanding the types of female sexual dysfunction. The Journal of Family Practice, 66(12), 722–728. Retrieved from https://www.mdedge.com/sites/default/files/Document/November-2017/JFP06612722.PDF

De Ferranti, S. D., De Boer, I. H., Fonseca, V., Fox, C. S., Golden, S. H., Lavie, C. J., Magge, S. N., Marx, N., McGuire, D. K., Orchard, T. J., Zinman, B., & Eckel, R. H. (2014). Type 1 diabetes mellitus and cardiovascular disease a scientific statement from the

american heart association andamerican diabetes association. In Circulation (Vol. 130, Issue 13). https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000034.

Demirbağ, R., Sade, L.E., Aydın, M., Bozkurt, A., & Acartürk, E. (2013). The Turkish registry of heart valve disease. Turk Kardiyoloji Dernegi Arsivi, 41(1), 1-10.

Demirbağ, R. (2017). The new changes in the European Society of Cardiology 2017 Guidelines for the Management of Valvular Heart Disease. Turk Kardiyoloji Dernegi Arsivi, 45(7), 584–589. https://doi.org/10.5543/tkda.2017.79359

Demirel Bozkurt, Ö., & Sevil, Ü. (2016). Menopoz ve Cinsel Yaşam. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dergisi, 3(4):497-503.

Dişsiz, M., Mamuk, R., & Oskay, Ü. (2019). Genito Pelvik Ağrı / Penetrasyon Bozuklukları ve Güncel Yaklaşımlar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 9(3), 202–208.

Djurović, A., Marić, D., Brdareski, Z., Konstantinović, L., Rafajlovski, S., Obradović, S., … Mijailović, Z. (2010). Sexual rehabilitation after myocardial infarction and coronary bypass surgery: Why do we not perform our job? | Seksualna rehabilitacija posle infarkta miokarda i bajpasa na koronarnim arterijama. zašto ne obavljamo svoj posao? Vojnosanitetski Pregled, 67(7), 579–587.

Doğan, T., Tuğut, N., Gölbaşı, Z.(2013). The Relationship Between Sexual Quality of Life, Happiness, and Satisfaction with Life in Married Turkish Women. Sexuality and Disability, 31(3): 239–247.

Doğu, Ö. (2013). Cerrahi girişim planlanan hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanması ve eğitimin hasta bireyin psikolojik hazırlığına etkisi-Sakarya örneği. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 3(3), 10–13.

Doğu, Ö., Çolak Güngörsün, H., & Erkorkmaz, Ü. (2015). Koroner by-pass ameliyatı olan hastalarda yaşam kalitesinin incelenmesi. Journal of Human Rhythm, 1(3), 155-161.

Dulgheru, R., Marchetta, S., Sugimoto, T., Go, Y. Y., Girbea, A., Oury, C., & Lancellotti, P. (2017). Exercise Testing in Mitral Regurgitation. Progress in Cardiovascular Diseases, 60(3), 342–350. https://doi.org/10.1016/j.pcad.2017.10.004

Durukan Duran, A., & Sinan, Ö. (2020). Doğal ve cerrahi menopoza giren kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının ve depresyon durumlarının belirlenmesi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(2):150-156.

Dutta, P., & Lincoln, J. (2018). Calcific Aortic Valve Disease: a Developmental Biology Perspective. Current Cardiology Reports, 20(4). https://doi.org/10.1007/s11886-018-0968-9

Dülek, H., Tuzcular Vural, Z., & Gönenç, I. (2018). Kardiyovasküler Hastalıklarda Risk Faktörleri. The Journal of Turkish Family Physician, 9(2), 53–58. https://doi.org/10.15511/tjtfp.18.00253.

Elevli, M., Şaşmazel, A., Çivilibal, M., Çelebi, A., Şahin, M., Amed, C., & Kılınç, E. (2017). Çocukluk Çağında Ender Görülen Bir Kardiyak Tümör. Haseki Tip Bulteni, 55(3), 229–231. https://doi.org/10.4274/haseki.02996

Esencan, T. Y., & Beji Kızılkaya, N. (2018). Günümüze değin cinsellik konusunda yapılan çalışmaların irdelenmesi. Kadın Cinsel Sağlığı, (7), 301–310.

Faghani, S., & Ghaffari, F. (2016). Effects of sexual rehabilitation using the PLISSIT model on quality of sexual life and sexual functioning in post-mastectomy breast cancer survivors. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 17(11), 4845-4851.

Foruzan-Nia, S. K., Abdollahi, M. H., Hekmatimoghaddam, S. H., Namayandeh, S. M., & Mortazavi, M. H. (2011). Incidence of sexual dysfunction in men after cardiac surgery in Afshar hospital, Yazd. Journal of Computational and Theoretical Nanoscience, 9(2), 89–94.

Fuentealba-Torres, M., Cartagena-Ramos, D., Fronteira, I., Lara, L. A., Arroyo, L. H., Arcoverde, M. A. M., … Arcêncio, R. A. (2019). What are the prevalence and factors associated with sexual dysfunction in breastfeeding women? A Brazilian cross-sectional analytical study. BMJ Open, 9(4), 1–9. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025833

Goldstone, A. B., & Woo, Y. J. (2015). Alternative approaches for mitral valve repair. Annals of Cardiothoracic Surgery, 4(5), 469–46973. https://doi.org/10.3978/j.issn.2225-319X.2015.08.10

Grafenberg Noktası (G Noktası), 26 Ocak 2020 tarihinde http://www.cinselegitim.org/?pnum=120&pt=GNoktas%C4%B1+Nedir%3F+Nas%C4%B1l+Bulunur%3F adresinden erişildi.

Guy W. (1976). Clinical Global Impressions: ECDEU Assessment Manual for Pharmacology. Dept. of Health, 218-222.

Gültekin, Y., Gemalmaz, H., & Hasanov, Y. (2020). Yeni kurulan bir uluslararası kalp cerrahisi merkezinde yapılan vakaların klinik analizi. Anadolu Güncel Tıp Dergisi, 2(4), 123–128. https://doi.org/10.38053/acmj.772500

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (1999). 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2004). 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara.

Halaris, A. (2016). Inflammation-associated co-morbidity between depression and cardiovascular disease. Current Topics in Behavioral Neurosciences, 45–70. doi:10.1007/7854_2016_28.

Harb, S. C., & Griffin, B. P. (2017). Mitral Valve Disease: a Comprehensive Review. Current Cardiology Reports, 19(8). https://doi.org/10.1007/s11886-017-0883-5

Helms, A. S. (2013). H e a r t Va l v e D i s e a s e Aortic stenosis Mitral regurgitation Heart valve disease Valve lesion. 40, 4543.

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. Psikoloji Dergisi, 7, 3-13.

Hoekstra, T., Lesman-Leegte, I., Couperus, M. F., Sanderman, R., & Jaarsma, T. (2012). What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure? Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care, 41(5), 492–499. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2012.04.009

Hoit, B. D. (2017). Pericardial Effusion and Cardiac Tamponade in the New Millennium. Current Cardiology Reports, 19(7). https://doi.org/10.1007/s11886-017-0867-5

Huang, S., & Cook, S. C. (2018). It Is Not Taboo: Addressing Sexual Function in Adults with Congenital Heart Disease. Current Cardiology Reports, 20(10). https://doi.org/10.1007/s11886-018-1029-0

İncesu, C. (2004). Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. Klinik Psikiyatri Dergisi, 3, 3–13.

Jankowski, M., Broderick, T. L., & Gutkowska, J. (2020). The role of oxytocin in cardiovascular protection. Frontiers in Psychology, 11, 1-17.

Jelavic, M. M., Krstačić, G., Perenčević, A., & Pintarić, H. (2018). Sexual activity in patients with cardiac diseases. Acta Clinica Croatica, 57:141-148. doi: 10.20471/acc.2018.57.01.18.

Johnson, B. K. (2004). Sexuality and heart disease: Implications for nursing. Geriatric Nursing, 25(4), 224–226. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2004.06.022

Kalsifik Aort Stenozu, 8 Aralık 2019 tarihinde http://teomankilic.com/tr/kalp-hastaliklari/aort-kapak-darligi adresinden erişildi.

Kankaya, E. A., & Bilik, Ö. (2018). Current Nursing Approaches After Heart Valve Surgery: Why care is important? Balikesir Health Sciences Journal, 7(2), 101–111. https://doi.org/10.5505/bsbd.2018.93585

Karimi, F., Babazadeh, R., Asgharipour, N., Esmaily, H., & Roudsari, R. L. (2019). The Effectiveness of Counseling using PLISSIT Model on Depression, Anxiety and Stress, among Postpartum Women with Sexual Dysfunction: A Randomized Trial. Journal of Midwifery & Reproductive Health, 7(4), 1912–1920. https://doi.org/10.22038/jmrh.2019.36434.1399.

Karpuz, H. (2017). Sexual life in elderly patients with cardiovascular disease. Turk Kardiyoloji Dernegi Arsivi, 45, 134–137. https://doi.org/10.5543/tkda.2017.86581

Kasapoğlu, E. S., & Enç, N. (2017). A Guide for Coronary Artery Patients. Journal of Cardiovascular Nursing, 8(15), 1–7. https://doi.org/10.5543/khd.2017.42713

Kahl, K. G., Stapel, B., & Frieling, H. (2018). Link between depression and cardiovascular diseases due to epigenomics and proteomics: Focus on energy metabolism.

Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. doi:10.1016/j.pnpbp.2018.09.004.

Kazemi, Z., Mousavi, M. S., &Etemadifar, M. (2021). The effect of counseling based on the PLISSIT model on sexual quality of life of married women with multiple sclerosis referring to MS center in 2019: A randomized, controlled trial. Archives of Women's Mental Health, 24:437-444.

Keskin, A., Ünlüoğlu, İ., Bilge, U., & Yenilmez, Ç. (2012). Ruhsal bozuklukların yaygınlığı, cinsiyetlere göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma ile ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 50, 344-351.

Khakbazan, Z., Daneshfar, F., Behboodi-Moghadam, Z., Nabavi, S. M., Ghasemzadeh, S., & Mehran, A. (2016). The effectiveness of the Permission, Limited Information, Specific suggestions, Intensive Therapy (PLISSIT) model based sexual counseling on the sexual function of women with Multiple Sclerosis who are sexually active. Multiple Sclerosis and Related Disorders, 8, 113–119. https://doi.org/10.1016/j.msard.2016.05.007

Kılınç, E., & Kartal, A. (2019). Akut Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Genç Erişkin Bireye Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Hemşirelik Bakımı. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 11(2), 219-230.

Kırali, K., & Saçlı, H. (2015). Coronary Artery Bypass Surgery. Intech Open, 148-177.

Koçaşlı, S., & Kanan, N. (2020). Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Hastaların Fiziksel ve Psikososyal İyileşme Durumları. Necmettin Erbakan Üniversitesi Genel Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3), 146–158. https://doi.org/10.51123/jgehes.2020.5

Korkmaz, Ş. (2010). Yaşlılarda mitral kapak hastalığın yönetimi. Turkish Journal of Geriatrics, 2, 87-92.

Kytö, V., Sipilä, J., Tornio, A., Rautava, P., & Gunn, J. (2021). Sex-Based Outcomes After Coronary Artery Bypass Grafting. Annals of Thoracic Surgery, 112(6), 1974–1981. https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2021.01.014.

Labaka, A., Gon˜i-Balentziaga, O., Lebena, A., & Perez-Tejada, J. (2018). Biological sex differences in depression: A systematic review. Biological Research for Nursing, 20(4) 383-392.

Lai, Y. H., Hsieh, S. R., Ho, W. C., & Chiou, A. F. (2011). Factors associated with sexual quality of life in patients before and after coronary artery bypass grafting surgery. Journal of Cardiovascular Nursing, 26(6), 487–496. https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182050269

Lee, S., Chae, J., & Cho, Y. (2006). Causes of Sudden Death Related to Sexual Activity: Results of a Medicolegal Postmortem Study from 2001 to 2005. Journal of Korean Medical Science, 21, 995-999.

Leiva, E. H., Carreño, M., Bucheli, F. R., Bonfanti, A. C., Umaña, J. P., & Dennis, R. J. (2018). Factors associated with delayed cardiac tamponade after cardiac surgery. Annals of Cardiac Anaesthesia, 21(2), 158–164. https://doi.org/10.4103/aca.ACA_147_17

Lemamsha, H., Randhawa, G., & Papadopoulos, C. (2019). Prevalence of overweight and obesity among Libyan men and women. BioMed Research International, 2019. https://doi.org/10.1155/2019/8531360.

Levin, R. J. (2014). The pharmacology of the human female orgasm - Its biological and physiological backgrounds. Pharmacology Biochemistry and Behavior, 121, 62–70. https://doi.org/10.1016/j.pbb.2014.02.010

Levin, R. J., Both, S., Georgiadis, J., Kukkonen, T., Park, K., & Yang, C. C. (2016). The Physiology of Female Sexual Function and the Pathophysiology of Female Sexual Dysfunction (Committee 13A). Journal of Sexual Medicine, 13(5), 733–759. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.172

Levine, G. N., Steinke, E. E., Bakaeen, F. G., Bozkurt, B., Cheitlin, M. D., Conti, J. B., … Stewart, W. J. (2012). Sexual activity and cardiovascular disease: A scientific statement from the American Heart Association. Circulation, 125(8), 1058–1072. https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e3182447787

Lopes, C. T., dos Santos, T. R., Brunori, E. H. F. R., Moorhead, S. A., de Lima Lopes, J., & Leite de Barros, A. L. B. (2015). Excessive bleeding predictors after cardiac surgery in

adults: Integrative review. Journal of Clinical Nursing, 24(21–22), 3046–3062. https://doi.org/10.1111/jocn.12936

Lorga, A., Cunningham, C. M., Moazeni, S., Ruffenach, G., Umar, S., & Eghbali, M. (2017). The protective role of estrogen and estrogen receptors in cardiovascular disease and the controversial use of estrogen therapy. Biology of Sex Differences, 8(1), 33. https://doi.org/10.1186/s13293-017-0152-8

Mahmoud, O. E., Ahmed, A. R., & Arafa, A. E. (2018). Patterns of female sexual dysfunction in premenopausal women with moderate to severe depression in Beni-Suef, Egypt. Middle East Fertility Society Journal, 23(4), 501–504. https://doi.org/10.1016/j.mefs.2018.05.003

Maki, Y., Toyoda, D., Tomichi, K., Onodera, J., & Kotake, Y. (2018). Association of Oral Intake and Transient Mixed Venous Oxygen Desaturation in Patients Undergoing Fast-Track Postoperative Care After Open-Heart Surgery. Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia, 32(5), 2236–2240. https://doi.org/10.1053/j.jvca.2017.12.028

Marván, M. L., Espinosa-Hernández, G., Martínez-Garduño, M. D., & Jasso, K. (2018). Attitudes toward menopause, sexual function and depressive symptoms in Mexican women. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 39(2), 121–127. https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1308350

Maseroli, E., Scavello, I., & Vignozzi, L. (2018). Cardiometabolic Risk and Female Sexuality-Part I. Risk Factors and Potential Pathophysiological Underpinnings for Female Vasculogenic Sexual Dysfunction Syndromes. Sexual Medicine Reviews, 6(4), 508–524. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.02.009.

McMahon, S., & Bird, R. L. (2019). Postoperative care and analgesia in vascular surgery. Anaesthesia and Intensive Care Medicine, 20(5), 277–280. https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2019.02.002

Mehilli, J., & Presbitero, P. (2020). Coronary artery disease and acute coronary syndrome in women. Heart, 106(7), 487–492. https://doi.org/10.1136/heartjnl-2019-315555.

Mehrabi, M., Lotfi, R., Rahimzadeh, M., & Khoei, E. M. (2019). Effectiveness of sexual counseling using PLISSIT model on sexual function of women with type 2 diabetes

mellitus: results from a randomized controlled trial. International Journal of Diabetes in Developing Countries, 39(4):626–632. https://doi.org/10.1007/s13410-019-00726-1.

Melly, L., Torregrossa, G., Lee, T., Jansens, J., & Puskas, J.D. (2018). Fifty years of coronary artery bypass grafting. Journal of Thoracic Disease, 10(3), 1960-1967.

Mitrak Kapak Regürjitasyonu, 8 Aralık 2019 tarihinde https://www.tipacilar.com/mitral-kapak-yetmezligi-mky/ adresinden erişildi.

Mitral Kapak Stenozu, 8 Aralık 2019 tarihindehttp://drmuratmert.com/mitral-kapak-ameliyati.html adresinden erişildi.

Moghimian, M., Akbari, M., Moghaddasi, J., & Niknajad, R. (2019). Effect of digital storytelling on anxiety in patients who are candidates for open-heart surgery. Journal of Cardiovascular Nursing, 34(3), 231–235. https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000569

Motta-Mena, N. V., & Puts, D. A. (2017). Endocrinology of human female sexuality, mating, and reproductive behavior. Hormones and Behavior, 91, 19–35. https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2016.11.012

Mourad, F., El Ghanam, M., Mostafa, A. E., Sabry, W., & Bastawy, M. (2017). Sexual dysfunction before and after coronary artery bypass graft surgery in males. Journal of the Egyptian Society of Cardio-Thoracic Surgery, 25(1), 45–51. https://doi.org/10.1016/j.jescts.2017.03.001

Naoum, C., Blanke, P., Cavalcante, J. L., & Leipsic, J. (2017). Cardiac Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging in the Evaluation of Mitral and Tricuspid Valve Disease: Implications for Transcatheter Interventions. Circulation: Cardiovascular Imaging, 10(3), 1–17. https://doi.org/10.1161/CIRCIMAGING.116.005331

Nezhad, Z. M., De Kerchove, L., Hechadi, J., Tamer, S., Boodhwani, M., Poncelet, A., … Khoury, G. El. (2014). Aortic valve repair with patch in non-rheumatic disease: Indication, techniques and durability. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery, 46(6), 997–1005. https://doi.org/10.1093/ejcts/ezu058

Nherera, L. M., Trueman, P., Schmoeckel, M., & Fatoye, F. A. (2018). Cost-effectiveness analysis of single use negative pressure wound therapy dressings (sNPWT) compared to standard of care in reducing surgical site complications (SSC) in patients

undergoing coronary artery bypass grafting surgery. Journal of Cardiothoracic Surgery, 13(1), 1–8. https://doi.org/10.1186/s13019-018-0786-6

Nishimura, R. A., Vahanian, A., Eleid, M. F., & Mack, M. J. (2016). Mitral valve disease - Current management and future challenges. The Lancet, 387(10025), 1324–1334. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00558-4

Oliveira, D., Srinivasan, J., Espino, D., Buchan, K., Dawson, D., & Shepherd, D. (2020). Geometric description for the anatomy of the mitral valve: A review. Journal of Anatomy, 237(2), 209–224. https://doi.org/10.1111/joa.13196

Onat, A., & Can, G. (2017). Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevalansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı. In Tekharf 2017. Retrieved from http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2017). Obesity Update 2017. 7 Şubat 2022 tarihinde www.oecd.org/health/obesity-update.htm adresinden erişildi.

Örer, A., & Oto, Ö. (1999). Dünden Bugüne Kalp Cerrahisi. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 7, 1–6. Retrieved from http://tgkdc.dergisi.org/uplÖrer A, Oto Ö. Dünden Bugüne Kalp Cerrahisi. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi. 1999; 7:1–6.oads/pdf/pdf_TGKDC_282.pdf

Özcan, H., & Beji, N. K. (2018). Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları. Androl Bul, (20), 133–137.

Özdelikara, A., & Baba, E. (2017). Kalp Hastaları Cinsel Aktiviteden Uzak Durmalı mı ? 7(3), 165–169.

Özdemir, B., & Önler, E. (2020). The effect of a structured patient education intervention on the quality of life for coronary artery bypass grafting patients: A prospective randomised controlled study. Journal of Perioperative Practice. https://doi.org/10.1177/1750458920936915

Pacik, P. T. (2014). Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction, 25(12), 1613–1620. https://doi.org/10.1007/s00192-014-2421-y

Pacik, P. T., & Geletta, S. (2017). Vaginismus Treatment: Clinical Trials Follow Up 241 Patients. Sexual Medicine, 5(2), e114–e123. https://doi.org/10.1016/j.esxm.2017.02.002

Pan, S., Leung, C., Shah, J., & Kilchevsky, A. (2015). Clinical anatomy of the G-spot. Clinical Anatomy, 28(3), 363–367. https://doi.org/10.1002/ca.22523

Perdoncin, E., & Duvernoy, C. (2017). Treatment of Coronary Artery Disease in Women. Methodist DeBakey Cardiovascular Journal, 13(4), 201–208. https://doi.org/10.14797/mdcj-13-4-201

Piché, M. E., Tchernof, A., & Després, J. P. (2020). Obesity Phenotypes, Diabetes, and Cardiovascular Diseases. Circulation Research, 1477–1500. https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.120.316101.

Polland, A. R., Davis, M., Zeymo, A., & Iglesia, C. B. (2019). Re: Association between Comorbidities and Female Sexual Dysfunction: Findings from the Third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). Journal of Urology, 201(4), 648–649. https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000093

Puppo Moreno, A. M., Abella Alvarez, A., Morales Conde, S., Pérez Flecha, M., & García Ureña, M. Á. (2019). The intensive care unit in the postoperative period of major abdominal surgery. Medicina Intensiva (English Edition), 43(9), 569–577. https://doi.org/10.1016/j.medine.2019.05.011

Rahim, L., Allana, S., Steinke, E. E., Ali, F., & Khan, A. H. (2017). Level of knowledge among cardiac nurses regarding sexual counseling of post-MI patients in three tertiary care hospitals in Pakistan. Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care, 46(6), 412–416. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.09.002

Rahman, S. (2018). Female Sexual Dysfunction Among Muslim Women: Increasing Awareness to Improve Overall Evaluation and Treatment. Sexual Medicine Reviews, 6(4), 535–547. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.02.006

Rahouma, M., Arsiha, M. J., Elmously, A., El-Sayed Ahmed, M. M., Spadaccio, C., Mehta, K., … Gaudino, M. (2020). Cardiac tumors prevalence and mortality: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Surgery, 76, 178-189.

Rakhshan, M., Toufigh, A., Dehghani, A., & Yaktatalab, S. (2019). Effect of Cardiac Rehabilitation on Sexual Satisfaction among Patients after Coronary Artery Bypass Graft Surgery. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, 39(6), E26–E30. https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000434

Reddy, P.R., Reinier, K., Singh, T., Mariani, R., Gunson, K., Jui, J., … Sumeet, S.C. (2009). Physical activity as a trigger of sudden cardiac arrest: The oregon sudden unexpected death study. International Journal of Cardiology, 131(3), 345–349.

Reese, J.B., Shelby, R.A., & Taylor, K.L. (2012). Sexual quality of life in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. Psychology and Health, 27(6), 721-736.

Roberts, R., & Chang, C. C. (2020). A Journey through Genetic Architecture and Predisposition of Coronary Artery Disease. Current Genomics, 21(5), 382–398. https://doi.org/10.2174/1389202921999200630145241

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Ferguson, D., … D'agostino, R. (2000). The female sexual function index (fsfı): a multimensional self-report instrument for the assesment of female sexual function. Journal of Sex & Marital Therapy, 26, 191-208.

Rundblad, L., Zwisler, A. D., Johansen, P. P., 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. The Journal of Sexual Medicine, 14, 785-796.

Salihoğlu, E. (2018). Evolution from Rapid Discharge Program to ERAS Protocols in Cardiovascular Surgery. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi, 10, 48–52. https://doi.org/10.5222/iksst.2018.40469

Sathyamurthy, I., & Alex, S. (2015). Calcific aortic valve disease: Is it another face of atherosclerosis? Indian Heart Journal, 67(5), 503–506. https://doi.org/10.1016/j.ihj.2015.07.033

Sedaghat, S., Rostami, S., Ebadi, A., & Fereidooni-Moghadam, M. (2019). Stressors in open-heart surgery patients: A qualitative study. ARYA Atherosclerosis, 15(4), 192–200. https://doi.org/10.22122/arya.v15i4.1840

Seehusen, D. A., Baird, D. C., & Bode, D. V. (2014). Dyspareunia in women. American Family Physician, 90(7), 465–470. https://doi.org/10.46388/ijass.2019.12.11.125

Selçuk, Ü. N., Taşdemir Mete, E. M., Kuplay, H., Bayer Erdoğan, S., Ustaalioğlu, R., Baştopçu, M., & Orhan, G. (2016). Surgical Drainage Methods for Late Cardiac Tamponade after Cardiac Surgery. The Medical Journal of Okmeydanı Training and Research Hospital, 32(3), 125–129. https://doi.org/10.5222/otd.2016.1053

Sert, G. S., Dede, Ş., Demir, Z. A., Ünal, U., & Özgök, A. (2018). Reoperations due to bleeding after open heart surgery: surgical bleeding? Coagulopathy? Journal of Cardio-Vascular-Thoracic Anaesthesia and Intensive Care Society, 24(4), 160–164. https://doi.org/10.5222/gkdad.2018.59454

Sezgin, D., Mert, H., Özpelit, E., & Akdeniz, B. (2017). The effect on patient outcomes of a nursing care and follow-up program for patients with heart failure: A randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies, 70, 17–26. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.013

Shaeer, O., Skakke, D., Giraldi, A., Shaeer, E., & Shaeer, K. (2020). Female Orgasm and Overall Sexual Function and Habits: A Descriptive Study of a Cohort of U.S. Women. Journal of Sexual Medicine, 17(6), 1133–1143. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.029

Shemin, R. J. (2016). The future of cardiovascular surgery. Circulation, 133(25), 2712–2715. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.023545

Shroff, S., Spataro, B., Jeong, K., Rothenberger, S., Rubio, D., & McNeil, M. (2018). Let's talk about sex: Development and evaluation of a sexual history and counseling curriculum for internal medicine interns. Patient Education and Counseling, 101(7), 1298–1301. https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.02.016

Shum, L. K., Bedaiwy, M. A., Allaire, C., Williams, C., Noga, H., Albert, A., … Yong, P. J. (2018). Deep Dyspareunia and Sexual Quality of Life in Women With Endometriosis. Sexual Medicine, 6(3), 224–233. https://doi.org/10.1016/j.esxm.2018.04.006

Stanton, A. M., Boyd, R. L., Fogarty, J. J., & Meston, C. M. (2019). Heart rate variability biofeedback increases sexual arousal among women with female sexual arousal

disorder: Results from a randomized-controlled trial. Behaviour Research and Therapy, 115(November 2018), 90–102. https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.016

Steg, P. G., & Ducrocq, G. (2016). Future of the prevention and treatment of coronary artery disease. Circulation Journal, 80(5), 1067–1072. https://doi.org/10.1253/circj.CJ-16-0266

Steinke, E. E., Barnason, S., Mosack, V., & Hill, T. J. (2016). Baccalaureate nursing students' application of social-cognitive sexual counseling for cardiovascular patients: A web-based educational intervention. Nurse Education Today, 44, 43–50. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.05.015

Steinke, E. E., & Jaarsma, T. (2015). Sexual counseling and cardiovascular disease: Practical approaches. Asian Journal of Andrology, 17(1), 32–39. https://doi.org/10.4103/1008-682X.135982

Steinke, E. E., Jaarsma, T., Barnason, S. A., Byrne, M., Doherty, S., Dougherty, C. M., … Moser, D. K. (2013). Sexual counselling for individuals with cardiovascular disease and their partners: A Consensus Document from the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). European Heart Journal, 34(41), 3217–3235. https://doi.org/10.1093/eurheartj/eht270

Steptoe, A., Jackson, S. E., & Wardle, J. (2016). Sexual activity and concerns in people with coronary heart disease from a population-based study. Heart, 102(14), 1095–1099. https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308993

Strain, W. D., & Paldánius, P. M. (2018). Diabetes, cardiovascular disease and the microcirculation. Cardiovascular Diabetology, 17(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12933-018-0703-2

Symonds, T., Boolell, M., & Quirk, F. (2005). Development of a Questionnaire on Sexual Quality of Life in Women. Journal of Sex and Marital Therapy, 31, 385-397.

Şahin, D., Şimşek, F., & Seyisoğlu, H. (2006). Cinsel Yaşam ve Sorunları-Bilgilendirme Dosyası 1. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Yayınları Bilgilendirme Dosyası-1, 11–14.

Şahin, M. A., Güler, A., Demirkol, S., Doğanci, S., Yokuşoğlu, M., Özal, E., … Arslan, M. (2011). Sol atriyal miksomalar ve cerrahi tedavisi. Gulhane Medical Journal, 53(1), 38–42.

Şalvarcı, A., Kaytazoğlu, A., Gürbüz, A. S., Balasar, M., İlgenli, T. F., & Çolakoğlu, M. (2020). Farklı kalp hastalığı tanılı Türk kadınların cinsel fonksiyonlarının hastalık öncesi ve sonrası eşleri ile birlikte değerlendirilmesi: Kontrol gruplu çalışma. Androloji Bülteni, 22, 159–166. https://doi.org/10.24898/tandro.2020.24196

Tabata, N., Sugiura, A., Tsujita, K., Nickenig, G., & Sinning, J. M. (2020). Percutaneous interventions for mitral and tricuspid heart valve diseases. Cardiovascular Intervention and Therapeutics, 35(1), 62–71. https://doi.org/10.1007/s12928-019-00610-z.

Tashbulatova, D. (2007). İnfertil kadinlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörler. Tıp Uzmanlık tezi Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı. Adana.

Takagi, H., Hari, Y., Kawai, N., Ando, T. (2020). Meta-Analysis and meta-regression of transcatheter aortic valve ımplantation for pure native aortic regurgitation. Heart, Lung and Circulation, 29, 729-741.

Taylor, B., & Davis, S. (2007). The extended PLISSIT model for addressing the sexual wellbeing of individuals with an acquired disability or chronic illness. Sexuality and Disability, 25(3), 135–139. https://doi.org/10.1007/s11195-007-9044-x

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü .(2012). Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması. Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. (2015). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı 2015-2020. Ankara.

Travensolo, C., Goessler, K., Poton, R., Pinto, R. R., & Polito, M. D. (2018). Measurement of physical performance by field tests in programs of cardiac rehabilitation: A systematic review and meta-analysis. Revista Portuguesa de Cardiologia, 37(6), 525-537.

Trento, S. R. S. S., Madeiro, A., & Rufino, A. C. (2021). Sexual Function and Associated Factors in Postmenopausal Women. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, 43(7), 522–529. https://doi.org/10.1055/s-0041-1735128.

Triküspid kapak regürjitasyonu, 8 Aralık 2019 tarihinde http://www.ahmetalpman.com/defkonuoku.asp?id=2655 adresinden erişildi.

Tsang, W. (2019). Recent advances in understanding and managing mitral valve disease. F1000Research, 8, 1686. https://doi.org/10.12688/f1000research.16066.1

Tuğut, N., & Gölbaşı, Z. (2010). Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Cumhuriyet Tıp Dergisi, 32, 172-180.

Tuğut, N., & Gölbaşı, Z. (2014). Cinselliğin Değerlendirilmesi: Hemşireler İçin Öneriler ve Klinik Stratejiler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 11(2), 59–64.

Tuncer, M., & Yeşiltepe Oskay, Ü. (2021). Sexual Counseling with the PLISSIT Model: A Systematic Review. Journal of Sex and Marital Therapy, 1-10. 10.1080/0092623X.2021.1998270.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2019). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710

Türkmen, E., Badır, A., & Ergün, A. (2012). Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. 223–231.

Tütüncü, B. (2009). PLISSIT Modeli Doğrultusunda Kadınlara Verilen Eğitimin Histerektomi Sonrası Cinselliklerine Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Tütüncü, B., & Yıldız, H. (2012). The influence on women's sexual functions of education given according to the PLISSIT model after hysterectomy. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 47, 2000-2004. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.06.939.

Tüysüz, M.E., & Dedemoğlu, M. (2018). Romatizmal mitral kapak hastalığı ülkemizde güncelliğini koruyor mu? Romatizmal kökenli mitral kapak replasmanı erken ve uzun dönem sonuçlarımız. Koşuyolu Heart Journal, 21(3), 198-203.

Ural, D., Kiliçkap, M., Göksülük, H., Karaaslan, D., Kayikçioğlu, M., Özer, N., … & Tokgözoğlu, L. (2018). Data on prevalence of obesity and waist circumference in Turkey: Systematic review, meta-analysis and meta-regression of epidemiological studies on

cardiovascular risk factors. Turk Kardiyoloji Dernegi Arsivi, 46(7), 577–590. https://doi.org/10.5543/tkda.2018.62200.

Uslu, E., İnfal, S., & Ulusoy, M. N. (2016). Cinsel Sorunların Çözümünde PLISSIT Modelinin Etkisi. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry, 8(1), 52. https://doi.org/10.18863/pgy.51356

Weatherby, L. (2018). Coronary artery bypass grafting: A clinical overview. Critical Care Nursing Quarterly, 41(4), 356–359. https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000220

Wei, H., Roscigno, C. I., & Swanson, K. M. (2017). Healthcare providers' caring: Nothing is too small for parents and children hospitalized for heart surgery. Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care, 46(3), 166–171. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.01.007

Wei, L., Jiang, L., & Li, Y. (2017). The use of artificial chordae in mitral valve repair. Journal of Cardiac Surgery, 32(4), 250–258. https://doi.org/10.1111/jocs.13120

Wolpe, R. E., Zomkowski, K., Silva, F. P., Queiroz, A. P. A., & Sperandio, F. F. (2017). Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: A systematic review. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, 211, 26–32. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.01.018

World Health Organization. (2016). Cardiovascular disease. 7 Şubat 2022 tarihinde https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds) adresinden erişildi.

World Health Organization. (2021). Obesity and Overweight. 7 Şubat 2022 tarihinde https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight adresinden erişildi.

Xia, J., & Yin, C. (2019). Glucose Variability and Coronary Artery Disease. Heart Lung and Circulation, 28(4), 553–559. https://doi.org/10.1016/j.hlc.2018.10.019

Xiang, D., Liu, Y., Zhou, S., Zhou, E., & Wang, Y. (2021). Protective Effects of Estrogen on Cardiovascular Disease Mediated by Oxidative Stress. Oxidative Medicine and Cellular Longevity, 1-15. https://doi.org/10.1155/2021/5523516

Yağmur, Y., & Orhan, İ. (2019). Examining sexual functions of women before and after menopause in Turkey. African Health Sciences, 19(2), 1881-1887.

Yanık, T. Ç., & Yılmaz, S. G. (2019). Kardiyovasküler Cerrahi Sonrası Yoğun Bakımda Yaşanan Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 1(2), 122–127. Retrieved from https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/788017

Yeşilbursa, D. (2017). Yaşlılarda mitral kapak hastalıklarına yaklaşım. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 45(5), 52-55.

Yörük, F. (2013). Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel Problemlerinin Çözümünde PLISSIT Modelin Etkinliği [Yüksek Lisans Tezi]. Aydın: T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yücesan, A. & Ayaz Alkaya, S. (2018). Okullarda göz ardı edilen bir konu: Cinsel sağlık eğitimi. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 0(312), 0–9. https://doi.org/10.17343/sdutfd.342828

Yuksel, M. B., Gecit, I., Karakose, A., Pirincci, N., Gunes, M., Aydin, C., & Kaba, M. (2015). Coronary Artery Bypass Surgery and Sexual Function. Medical Science and Discovery, 2(4), 4–9. https://doi.org/10.17546/msd.36693

Zaman, S., Chow, C., Lam, C. S. P., Saw, J., Nicholls, S. J., & Figtree, G. A. (2021). Heart Disease in Women: Where Are We Now and What is The Future? Heart Lung and Circulation, 30(1), 1–2. https://doi.org/10.1016/j.hlc.2020.11.001.

Zhang, Y., Chen, Y., & Ma, L. (2018). Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. Journal of Clinical Neuroscience, 47, 1–5. doi:10.1016/j.jocn.2017.09.022.

Zheng, J., Skiba, M. A., Bell, R. J., Islam, R. M., & Davis, S. R. (2020). The prevalence of sexual dysfunctions and sexually related distress in young women: a cross-sectional survey. Fertility and Sterility, 113(2), 426–434. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.09.027

FORMLAR

EK-1: Tanıtıcı Bilgi Formu-Ameliyat Öncesi Dönem

Sayın Katılımcı,

Bu araştırmanın amacı, açık kalp cerrahisi yapılacak bireylere PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın cinsel fonksiyon ve cinsel yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesidir. Vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde isim belirtilerek açıklanmayacaktır. Lütfen her soruyu dikkatle okuyunuz ve içtenlikle yanıtlayınız. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Adı-Soyadı: Anket no:

(Ameliyat Öncesi Dönem)

1. Yaşınız: .....
2. Boyunuz: ..... Kilonuz: ..... BMI:
3. Öğrenim durumunuz nedir?

   Öğrenim yılınız:

   1. Okur-yazar değil 4.Ortaokul mezunu
   2. Okur-yazar 5.Lise mezunu
   3. İlkokul mezunu 6. Üniversite/yüksek lisans/doktora mezunu
4. Çalışma durumunuz nedir?

   1. Çalışmıyor 2. Çalışıyor
5. Medeni durumunuzu belirtiniz.

   1. Evli 2. Bekar
6. Evlilik süreniz (yıl)? .....
7. Eşinizin yaşı: .....
8. Eşinizin eğitim durumu nedir?

   Öğrenim yılı:

   1. Okur-yazar değil 4.Ortaokul mezunu
   2. Okur-yazar 5.Lise mezunu
   3. İlkokul mezunu 6. Üniversite/yüksek lisans/doktora mezunu
9. Eşinizin çalışma durumu nedir?

   1. Çalışmıyor 2. Çalışıyor
10. Sosyal güvenceniz var mı?

    1. Evet 2. Hayır

11. Aylık gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
1. Gelir giderden düşük 2. Gelir giderle eşit 3. Gelir giderden yüksek
12. Sigara kullanıyor musunuz?
1. Evet (Ne kadar süredir? Kaç tane? .....) 2. Hayır
3. Bıraktım (Ne kadar süre önce? .....)
13. Alkol kullanıyor musunuz?
1. Evet (Ne kadar süredir? Ne kadar miktarda? .....) 2. Hayır
3. Bıraktım (Ne kadar süre önce? .....)
14. Var ise toplam gebelik sayınız? .....
15. Var ise toplam doğum sayınız? .....
16. Doğum yaptıysanız doğum şekliniz nedir?
1. Vajinal (normal) doğum 2. Sezaryen 3. Her ikisi de
17. Var ise düşük/küretaj sayınız? .....
18. Menopoz döneminde misiniz?
1. Evet (Kaç yıldır?.....) 2. Hayır
19. Kronik bir hastalığınız var mı?
1. Evet (.....) 2. Hayır
20. Üreme organlarıyla ilgili daha önce geçirilmiş bir ameliyatınız var mı?
1. Evet (.....) 2. Hayır
21. Sürekli kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı?
1. Evet (.....) 2. Hayır
22. Daha önce MI (kalp krizi) geçirdiniz mi?
1. Evet 2. Hayır
23. Şimdiki hastalığınız nedir? .....
24. Geçireceğiniz açık kalp ameliyatı nedir? .....
25. Hastalığınızın belirtileri ilk olarak ne zaman ortaya çıktı?.....(Ay/Yıl Önce)
26. Hastalık belirtileri başlamadan önce cinsel yaşamınızda sorunlar yaşadınız mı?
1. Evet (Sorununuz nedir? .....) 2. Hayır
27. Hastalık belirtileri sonrası cinsel yaşamınızda sorunlar yaşadınız mı?
1. Evet (Sorununuz nedir? .....) 2. Hayır
28. Hastaneye yatışınız olmadan önce cinsel ilişkide bulunmuş muydunuz?
1. Evet (Ne kadar süre önce?.....) 2. Hayır (Nedeni.....)
29. Cinsel yaşamınızdan memnun musunuz?
1. Evet 2. Hayır (Nedeni.....)
30. Eşinizle aranızdaki ilişkiden memnun musunuz?

1. Evet 2. Hayır (Nedeni.....)

31. Eşinizle olan ilişkinizde cinsellik ve cinsel yakınlık sizin için önemli midir?

1. Evet 2. Hayır (Nedeni.....)

32. Eşiniz cinsel yaşamınızdan memnun mudur?

1. Evet (Sorun nedir? .....) 2. Hayır

33. Eşinizin cinsel sorunları var mıdır?

1. Evet 2. Hayır (Nedeni.....)

34. Şu anda cinsel yaşamınızda sorun var mı? (Örn: vajinal kuruluk, cinsel isteksizlik, cinsel ilişkiden doyum alamama vb.)

1. Evet (Sorununuz nedir? .....) 2. Hayır

35. Haftada kaç kez cinsel ilişkide bulunursunuz? .....

36. Ameliyat sonrası cinsel yaşama dönüş ile ilgili endişeleriniz var mı?

1. Evet (Nedeni.....) 2. Hayır

37. Eşinizin ameliyat sonrası cinsel yaşama dönüş ile ilgili endişeleri var mı?

1. Evet (Nedeni.....) 2. Hayır

EK-2: Tanıtıcı Bilgi Formu-Ameliyat Sonrası Dönem

Sayın Katılımcı,

Bu araştırmanın amacı, açık kalp cerrahisi yapılacak bireylere PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın cinsel fonksiyon ve cinsel yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesidir. Vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde isim belirtilerek açıklanmayacaktır. Lütfen her soruyu dikkatle okuyunuz ve içtenlikle yanıtlayınız. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Adı-Soyadı: Anket no:

(Ameliyat Sonrası Dönem)

1. Ne kadar süre önce ameliyat oldunuz? ……

2. Ameliyat sonrasında hastanede kalış süreniz: ……

3. Ameliyat sonrası cinsel ilişkide bulundunuz mu?

   1. Evet 2. Hayır (Nedeni.....)

4. Ameliyat sonrası cinsel yaşamınızdan memnun musunuz?

   1. Evet 2. Hayır (Nedeni.....)

5. Şu anda cinsel yaşamınızda sorunlar var mı?

   1. Evet (Sorununuz nedir? ……) 2. Hayır

6. Ameliyat sonrası cinsel yaşamla ilgili endişeleriniz var mı?

   1. Evet (……) 2. Hayır

7. Eşinizle aranızdaki ilişkinizden memnun musunuz?

   1. Evet 2. Hayır (Nedeni.....)

8. Eşinizin ameliyat sonrası cinsel yaşamla ilgili endişeleri var mı?

   1. Evet (……) 2. Hayır

9. Eşiniz şu anki cinsel yaşamınızdan memnun mu?

   1. Evet 2. Hayır (Nedeni.....)

EK-3: Beck Depresyon Envanteri

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Bilimsel katkı ve yardımlarınız için teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.

2. Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.

3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.

2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.

2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabileceğimi hissediyorum.

2. Cezalandırılmayı bekliyorum.

3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.

2. Kendime çok kızıyorum.

3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.

3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.

2. Kendimi öldürmek isterdim.

3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.

2. Çoğu zaman ağlıyorum.

3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.

2. Şimdi hep sinirliyim.

3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.

3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.

3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.

2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

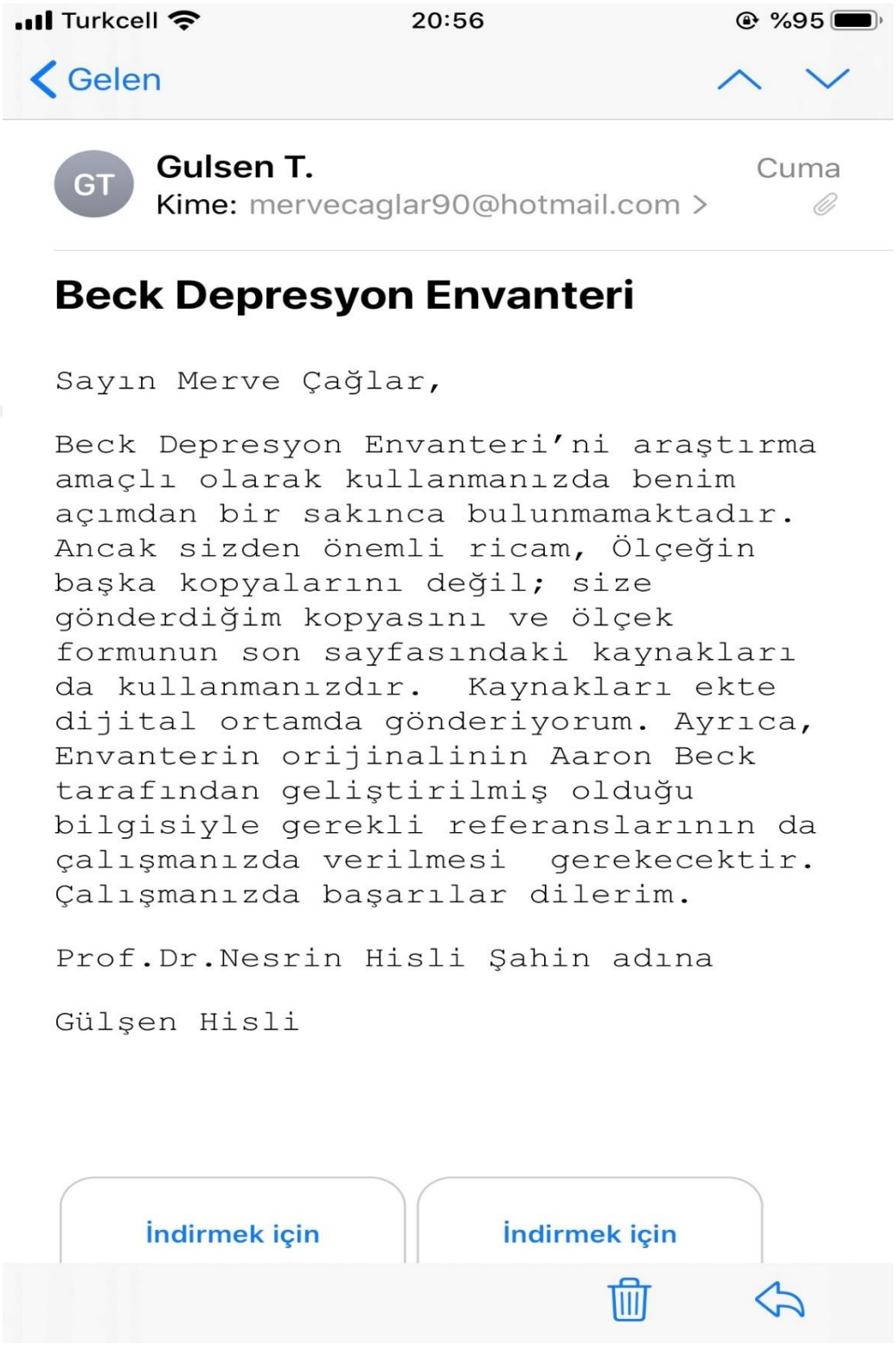
18- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-4: Beck Depresyon Envanteri İzin Yazısı



Turkcell 20:56 %95

Gelen

GT **Gulsen T.** Cuma

Kime: mervecaglar90@hotmail.com >

Beck Depresyon Envanteri

Sayın Merve Çağlar,

Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof.Dr.Nesrin Hisli Şahin adına

Gülşen Hisli

İndirmek için İndirmek için

EK-5: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

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

Teşekkür ederiz.

1. Son 4 hafta içinde, ne sıklıkta cinsel istek duydunuz?

5: Hemen hemen her zaman

4: Çoğu zaman (15 günden fazla)

3: Bazen (15 günde)

2: Birkaç kez (15 günden az)

1: Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

2. Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?

5: Çok yüksek

4: Yüksek

3: Orta

2: Düşük

1: Çok düşük veya hiç

3. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz?

0: Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

5: Hemen hemen her zaman

4: Çoğu zaman (15 günden fazla)

3: Bazen (15 günde)

2: Birkaç kez (15 günden az)

1: Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?

0: Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

5: Çok yüksek

4: Yüksek

3: Orta

2: Düşük

1: Çok düşük veya hiç

5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında cinsel bakımdan uyarılacağınızdan ne derecede emindiniz?

0: Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

5: Çok emindim

4: Emindim

3: Oldukça emindim

2: Az emindim

1: Çok az / hiç emin değildim

6. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkardı?

0: Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

5: Hemen hemen her zaman

4: Çoğu zaman (15 günden fazla)

3: Bazen (15 günde)

2: Birkaç kez (15 günden az)

1: Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı?

0: Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

5: Hemen hemen her zaman

4: Çoğu zaman (15 günden fazla)

3: Bazen (15 günde)

2: Birkaç kez (15 günden az)

1: Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?

0: Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

1: Çok çok zor veya imkansızdı

2: Çok zordu

3: Zordu

4: Biraz zordu

5: Hiç zorluk çekmedim

9. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?

0: Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

5: Hemen hemen her zaman

4: Çoğu zaman (15 günden fazla)

3: Bazen (15 günde)

2: Birkaç kez (15 günden az)

1: Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?

0: Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

1: Hemen hemen her zaman

2: Çoğu zaman (15 günden fazla)

3: Bazen (15 günde)

4: Birkaç kez (15 günden az)

5: Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

11. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma veya cinsel ilişkide ne sıklıkta orgazm oldunuz?

0: Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

5: Hemen hemen her zaman

4: Çoğu zaman (15 günden fazla)

3: Bazen (15 günde)

2: Birkaç kez (15 günden az)

1: Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

12. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşmak sizin için ne kadar zordu?

0: Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

1: Çok çok zordu / imkansızdı

2: Çok zordu

3: Zordu

4: Biraz zordu

5: Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşmanız ne kadar tatminkardı?

0: Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

5: Çok tatminkardı

4: Genellikle tatminkardı

3: Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi

2: Genellikle tatminkar değildi

1: Hiç tatminkar değildi.

14. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz sırasında siz ve eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?

0: Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

5: Çok tatminkardı

4: Genellikle tatminkardı

3: Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi

2: Genellikle tatminkar değildi

1: Hiç tatminkar değildi

15. Son 4 hafta içinde, eşinizle cinsel ilişkiniz sizin için ne kadar tatminkardı?

5: Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

4: Çok tatminkardı

3: Genellikle tatminkardı

2: Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi

1: Genellikle tatminkar değildi

0: Hiç tatminkar değildi

16. Son 4 hafta içinde, genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkardı?

0: Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

5: Çok tatminkardı

4: Genellikle tatminkardı

3: Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi

2: Genellikle tatminkar değildi

1: Hiç tatminkar değildi

17. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

0: Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

1: Hemen hemen her zaman

2: Çoğu zaman (15 günden fazla)

3: Bazen (15 günde)

4: Birkaç kez (15 günden az)

5: Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

18. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

0: Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

1: Hemen hemen her zaman

2: Çoğu zaman (15 günden fazla)

3: Bazen (15 günde)

4: Birkaç kez (15 günden az)

5: Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

19. Son 4 hafta içindeki, hazneye giriş sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı / rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

0: Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.

1: Çok yüksek

2: Yüksek

4: Düşük

5: Çok düşük veya hiç

TEŞEKKÜRLER…

EK-6: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği İzin Yazısı



Turkcell 20:56 %95

1 2 İleti

DA **Dilek Aygin** Cuma
Kime: merve çağlar >

Ynt: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği kullanım izni hk.

Merhabalar Merve,
Hem ölçeği hem de makaleyi kullanmanızda hiçbir sakınca yok. Makalenin orjinal halini ve yazdığım diğer makalelere ulaşmanızı ve tezimi de indirmenizi, kesme değerlerini belirlemek ve ters çevrilen puanları belirlemek açısından öneriyorum.
Kolaylıklar diliyorum iyi çalışmalar

17 Ekim 2019 Perşembe tarihinde merve çağlar <mervecaglar90@hotmail.com> yazdı:

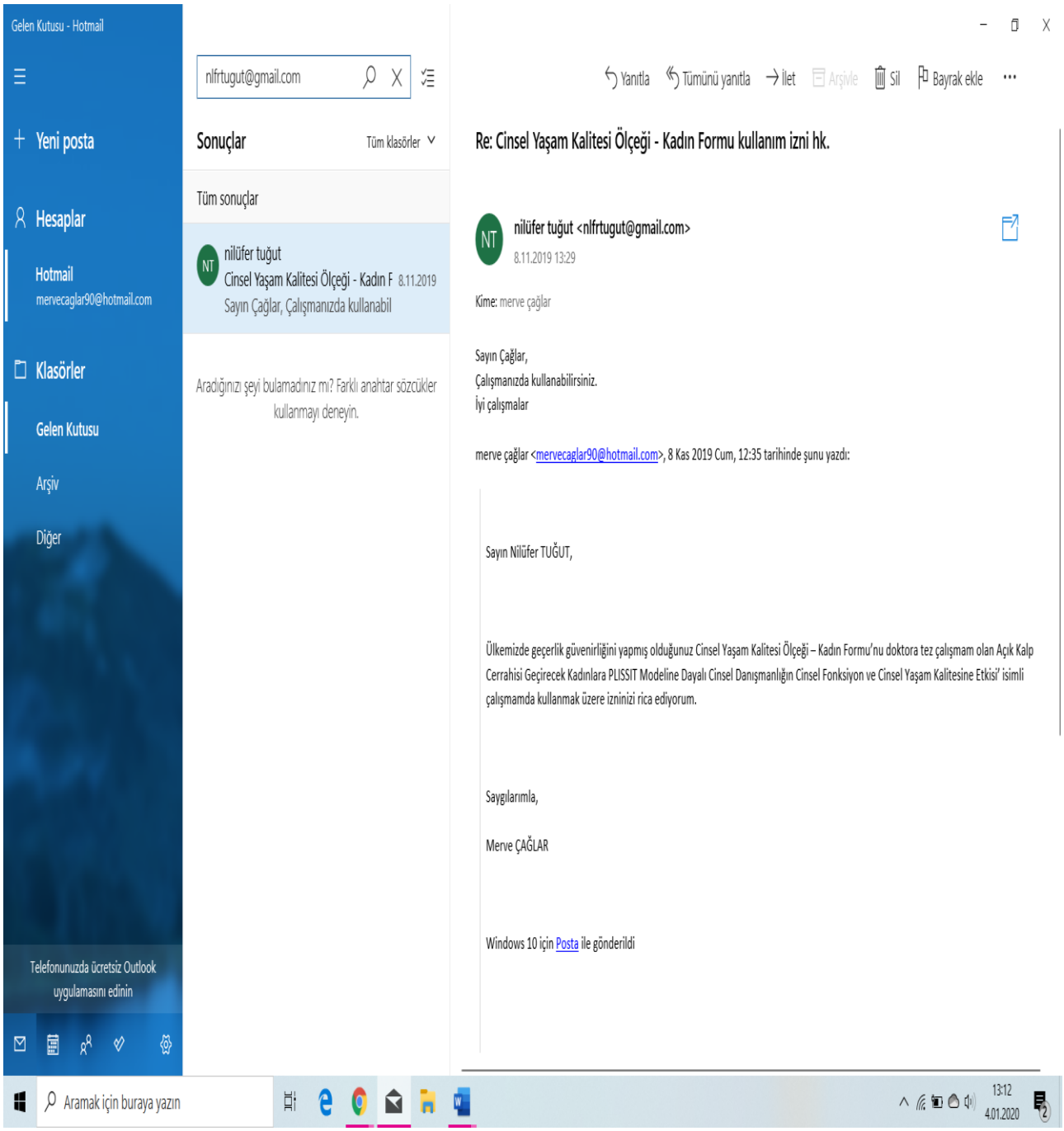
> Sayın Dilek AYGİN,
>
> Alıntılanmış Metni Göster

EK-7: Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu

Lütfen her madde için son dört hafta içindeki durumunuzu işaretleyin.

Maddeler	Tamamen Katılıyorum (1)	Büyük Ölçüde Katılıyorum (2)	Kısmen Katılıyorum (3)	Kısmen Katılmıyorum (4)	Büyük Ölçüde Katılmıyorum (5)	Hiç Katılmıyorum (6)
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.						
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-8: Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu İzin Yazısı



EK-9: Cinsel Terapi Eğitimi Sertifikası



EK-10: İUC Kardiyoloji Enstitüsü Kalp ve Damar Cerrahi AD İzin Yazısı

İÜC Tarih ve Sayı: 04/11/2020-145446

* B E L 9 F 2 F 3 S *

T.C.
İÜC
Kardiyoloji Enstitü Müdürlüğü
Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı :83543815-900-
Konu :Kurum İzni, Merve ÇAĞLAR Tez Çalışması hk.

KARDİYOLOJİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi :23/10/2020 tarihli, 140912 sayı no' lu;

Doktora eğitimine devam eden Merve ÇAĞLAR' ın , Prof. Dr. Ümran YEŞİLTEPE OSKAY danışmanlığı altında " Açık Kalp Cerrahisi Geçirecek Kadınlara PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlığın Cinsel Fonksiyon ve Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı tez çalışmasını Fakültemiz Kardiyoloji Enstitüsü Kalp ve Damar Cerrahi Klinik ve Polikliniğimizde yapması Anabilim Dalımızca uygun görülmüştür.

e-İmzalı
Prof. Dr. Ali Murat MERT
Anabilim Dalı Başkanı

Doğrulamak İçin:http://dogrulama.istanbulc.edu.tr/enVision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEL9F2F3S
Ayrıntılı bilgi için irtibat : Ebru KARA
İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Keyçi Hatun Mah Haseki Caddesi No: 32 Haseki FATİH / İSTANBUL |
Tel : 0212 459 20 00 Faks : 0212 459 20 69
e-posta : kardiyoloji.enstitusu@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbulc.edu.tr

EK-11: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Deney Grubu)

'Açık Kalp Cerrahisi Geçirecek Kadınlarda PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlığın Cinsel Fonksiyon ve Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi' KONULU ÇALIŞMA

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz. Sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Çalışma, Açık kalp cerrahisi geçirecek kadınlarda PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın cinsel fonksiyon ve cinsel yaşam kalitesine etkisini belirlemek amaçlı planlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için kardiyovasküler cerrahi ünitesinde açık kalp cerrahisi geçirecek olmanız gerekmektedir.

NELER UYGULANACAK VE NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAK?

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde size bireysel demografik ve sağlık verilerinizi içeren hasta bilgi formu, kadın cinsel fonksiyonunu ölçen Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, kadın cinsel yaşam kalitesini ölçen Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu ve depresyon semptomlarının varlığını ölçen Beck Depresyon Ölçeği uygulanacaktır. Geçireceğiniz açık kalp cerrahisine ilişkin süreç hakkında ve cerrahi sonrası cinsel yaşama yönelik bilgileri içeren eğitim verilecektir (bir adet eğitim kitapçığı ile birlikte).

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Bu araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı yaklaşık 35 kişidir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu çalışma ile açık kalp cerrahisi geçirecek kadınlarda PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın cinsel fonksiyon ve cinsel yaşam kalitesine etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Bu sayede kalp cerrahisi sonrası bireylerin yaşadığı cinsel problemler belirlenerek iyileştirilmesi ve önlenmesi beklenmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Bu çalışmaya katılma ile beklenen olası bir risk yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Çalışma süresi boyunca sorumlu araştırıcıyı bilgilendirmek, araştırma hakkında ek bilgiler almak, çalışma ile ilgili ya da diğer rahatsızlıklarınız için Merve ÇAĞLAR'a 0537 ……17 numaradan ulaşabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDA GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Araştırma kapsamında yapılacak görüşme için size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa herhangi bir masraf çıkartılmayacaktır.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışma İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü Kalp ve Damar Cerrahi Kliniği'nde yapılacaktır ve destekleyen başka bir kurum bulunmamaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAYI KABUL ETMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır.
Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz.
Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır.
Çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda sizinle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir, ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır, yazılı BGOF'un imzalanması ile söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız.
Bilgiler kamuoyuna açıklanmayacak; araştırma sonuçlarının yayınlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacak, araştırma konusuyla ilgili sizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz.

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

'Açık Kalp Cerrahisi Geçirecek Kadınlarda PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlığın Cinsel Fonksiyon ve Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi' KONULU ÇALIŞMA

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren v.s. sayfalık metni okudum ve aşağıda adı belirtilen sorumlu araştırmacıdan sözlü olarak dinledim.
Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım.
Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı.
Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.
Bu koşullar altında bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir

gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.
Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.
Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN İMZASI

ADI SOYADI:
ADRESİ:
TELEFON:
TARİH:

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACI İMZA

ADI SOYADI: Merve ÇAĞLAR (TUNCER) **ADRESİ:** İstanbul Medeniyet Üniversite Kartal Yerleşkesi Kartal/İSTANBUL
TARİH:

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK İMZA

ADI SOYADI:
GÖREVİ:
TARİH:

EK-12: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu)

'Açık Kalp Cerrahisi Geçirecek Kadınlarda PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlığın Cinsel Fonksiyon ve Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi' KONULU ÇALIŞMA

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz. Sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Çalışma, Açık kalp cerrahisi geçirecek kadınlarda PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın cinsel fonksiyon ve cinsel yaşam kalitesine etkisini belirlemek amaçlı planlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için kardiyovasküler cerrahi ünitesinde açık kalp cerrahisi geçirecek olmanız gerekmektedir.

NELER UYGULANACAK VE NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAK?

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde size bireysel demografik ve sağlık verilerinizi içeren hasta bilgi formu, kadın cinsel fonksiyonunu ölçen Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, kadın cinsel yaşam kalitesini ölçen Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Formu ve depresyon semptomlarının varlığını ölçen Beck Depresyon Ölçeği uygulanacaktır. Geçireceğiniz açık kalp cerrahisine ilişkin süreç hakkında eğitim verilecektir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Bu araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı yaklaşık 35 kişidir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu çalışma ile açık kalp cerrahisi geçirecek kadınlara PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın cinsel fonksiyon ve cinsel yaşam kalitesine etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Bu sayede kalp cerrahisi sonrası bireylerin yaşadığı cinsel problemler belirlenerek iyileştirilmesi ve önlenmesi beklenmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Bu çalışmaya katılma ile beklenen olası bir risk yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Çalışma süresi boyunca sorumlu araştırıcıyı bilgilendirmek, araştırma hakkında ek bilgiler almak, çalışma ile ilgili ya da diğer rahatsızlıklarınız için Merve ÇAĞLAR'a 0537 …17 numaradan ulaşabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDA GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Araştırma kapsamında yapılacak görüşme için size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa herhangi bir masraf çıkartılmayacaktır.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışma İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü Kalp ve Damar Cerrahi Kliniği'nde yapılacaktır ve destekleyen başka bir kurum bulunmamaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAYI KABUL ETMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır.
Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz.
Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır.
Çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda sizinle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir, ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır, yazılı BGOF'un imzalanması ile söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız.
Bilgiler kamuoyuna açıklanmayacak; araştırma sonuçlarının yayınlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacak, araştırma konusuyla ilgili sizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz.

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

'Açık Kalp Cerrahisi Geçirecek Kadınlarda PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlığın Cinsel Fonksiyon ve Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi' KONULU ÇALIŞMA

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren v.s. sayfalık metni okudum ve aşağıda adı belirtilen sorumlu araştırmacıdan sözlü olarak dinledim.
Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım.
Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı.
Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.
Bu koşullar altında bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir

gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.
Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.
Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN İMZASI

ADI SOYADI:
ADRESİ:
TELEFON:
TARİH:

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACI İMZA

ADI SOYADI: Merve ÇAĞLAR TUNCER **ADRESİ:** İstanbul Medeniyet Üniversite Kartal Yerleşkesi Kartal/İSTANBUL
TARİH:

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK İMZA

ADI SOYADI:
GÖREVİ:
TARİH:

EK-13: Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Kadınlara Yönelik Bakım ve Cinsel Danışmanlık Eğitim Kitapçığı

AÇIK KALP AMELİYATI GEÇİREN KADINLARA YÖNELİK BAKIM REHBERİ



Hazırlayan

Öğr. Gör. Merve ÇAĞLAR

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

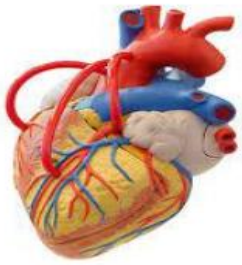
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Doktora Öğrencisi

Danışman

Prof. Dr. Ümran YEŞİLTEPE OSKAY

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi



İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü Kalp ve Damar Cerrahi Kliniği

İSTANBUL, 2021

İÇİNDEKİLER

1. Giriş 2
2. Birinci Bölüm 3
2.1. Kalp damar yapısı ve görevleri 3
2.2. Koroner arter hastalığı 4
2.3. Kalp kapakçık yapısı ve görevleri 5
2.4. Kalp kapak hastalıkları 6
2.5. Açık kalp ameliyatı 6
2.5.1. Ameliyata hazırlık 6
2.5.2. Koroner arter bypass greft cerrahisi 7
2.5.3. Kalp kapak tamiri ve replasmanı 8
2.5.4. Ameliyat sonrası/yoğun bakım dönemi 9
2.5.5. Ameliyat sonrası/klinik dönemi 10
3. İkinci Bölüm 11
3.1. Ameliyat sonrası taburculuk ve evde bakım 11
3.2. Açık kalp cerrahisi sonrası sık karşılaşılan sorunlar ve öneriler 13
3.3. Kalp hastalarında temel beslenme önerileri 14
4. Üçüncü Bölüm 14
4.1. Cinsellik 14
4.1.1. Cinsellik sağlık 15
4.1.2. Kadın cinsel organları 16
4.1.3. Cinsel yakınlık 17
4.1.4. Kadın cinsel (fonksiyon) işlevi 18
4.1.5. Kadın cinsel (fonksiyon) işlev bozukluğu 18
4.1.6. Kalp hastalıklarının cinsel yaşama etkisi 19
4.1.7. Kalp hastalıkları ile ilgili cinsel mitler ve tabular 19
5. Dördüncü Bölüm 20
5.1. Açık kalp ameliyatı sonrası cinsel yaşam 20
5.1.1. Açık kalp ameliyatı sonrası cinsel yaşamın kalbe etkisi 20
5.1.2. Açık kalp ameliyatı sonrası oluşabilecek cinsel sorunlar 21
5.2. Açık kalp ameliyatı sonrasında görülen cinsel sorunlar için öneriler 21
5.2.1. Azalmış cinsel istek ve ilişki sıklığı 21
5.2.2. Ağrılı cinsel ilişki (disparoni) 22
5.2.3. Azalmış cinsel doyum (orgazm) 22
6. Sonuç 23
7. Kaynaklar 24

1. Giriş

Koroner arterler kalbin beslenmesini ve oksijen gereksinimini sağlayan damarlardır. Koroner arter hastalığı, bu damarların çeşitli nedenlerle kısmi ya da tam tıkanıklığı sonucu meydana gelir. Koroner arter hastalıklarının tedavisi ise ilaç tedavisi, girişimsel tedavi yöntemleri (balon, stent vb.) ve cerrahi tedavi olmak üzere üç ana gruba ayrılır. Tedavi yöntemleri koroner damarların tıkanma derecelerine göre belirlenir.

Kalp kapakları ise kanın kalp içinde doğru yönde akışını sağlarlar. Vücudumuzda ikisi kalbin sol tarafında ikisi sağ tarafında olmak üzere dört adet kalp kapağı bulunur. Kapakçıklar görevini yerine getiremediğinde ise kan akışı bozularak organların beslenmesi, kalbin beslenmesi bozulur. Kan geriye göllendiği için akciğerlerde solu[illegible]ılaşma meydana gelebilir. Kapakçıkların bozulma derecelerine göre tamiri yapılır ya da tamamen değiştirilir.

Koroner arterler

Yapılan tetkikler sonucunda siz ve aileniz açık kalp ameliyatı olmaya karar verdiniz. Ameliyatın amacı bozulan kalp fonksiyonunu tedavi etmektir. Bu sayede bozulmuş kalp fonksiyonlarının size vereceği zararı önleyerek sağlığınızın ve yaşam kalitenizin artması amaçlanmaktadır. Yaşam kalitesinin önemli bir bileşeni cinsellik ve cinsel sağlıktır. Kalp hastalıkları ve ameliyatları sonrası bilinenin aksine cinsel yaşam uygun zaman ve tavsiyelere uyarak devam edebilir.

Hazırladığımız bu kitapçık; size ve ailenize açık kalp cerrahisi, ameliyat sonrası iyileşme ve normal yaşama dönme ve ameliyat sonrası cinsel yaşam hakkında bilgi vermek amacıyla oluşturulmuştur. Kitapçığın birinci bölümünde kalp damar yapısı, kalp kapakçık yapısı, açık kalp cerrahisi ve açık kalp cerrahisi süreci (ameliyat öncesi, yoğun bakım ve klinik dönemi) hakkında bilgi verilmektedir. İkinci bölümünde evde bakım ve taburculuk, ameliyat sonrası sık karşılaşılan sorunlar ve öneriler, üçüncü ve dördüncü bölümde ise cinsellik, açık kalp cerrahisinin cinselliğe etkisi ve yaşanabilecek cinsel sorunlara yönelik öneriler yer almaktadır.

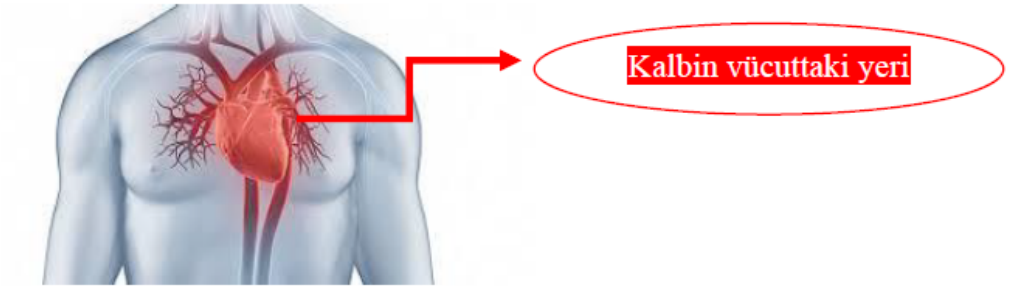
NOT: Bu kitapçık İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programında yürütülmekte olan 'Açık Kalp Ameliyatı Geçirecek Kadınlara PLISSIT Modeline Dayalı Cinsel Danışmanlığın Cinsel Fonksiyon ve Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi'' başlıklı doktora tezinin uygulamasında kullanılmak üzere araştırmacı ve danışmanı tarafından materyal olarak hazırlanmıştır. Bu kitapçık sizin bilgilendirilmenize yardımcı olmak için hazırlanmıştır. Herhangi bir hekim tavsiye veya tedavisi yerine kullanılmamalıdır.

2. Birinci Bölüm

2.1. Kalp damar yapısı ve görevleri

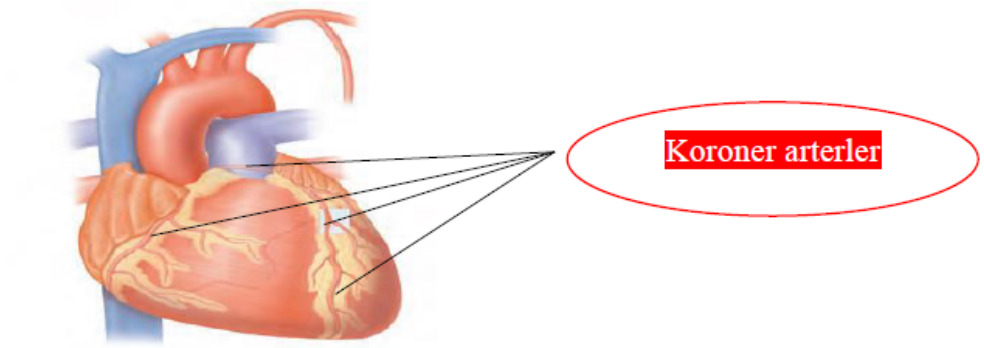
Kalp, kas yapısında yumruk büyüklüğünde bir organdır. İki akciğerin ortasında sol tarafa yakın yer alır. Vücudun her yerinde kan pompalamakla görevli kalbin üstünde kulakçıklar, altında ise karıncıklar bulunur. Kulakçıklar kalbe gelen kanı içine alırken, karıncıklar ise kanı

vücuda ve akciğerlere pompalamakla görevlidir. Kulakçık ve karıncıklar arasında ise kalp kapakları (mitral ve triküspit) bulunur.



Diğer kaslar gibi, kalbin de çalışması için düzenli bir oksijen kaynağına ihtiyacı vardır. Kan, kalbe ve vücudun geri kalanına, arter adı verilen kan damarları yoluyla oksijen taşır. Kalpte, koroner arterler kalp kasına kan ve oksijen sağlar. Kas yeterince oksijen almazsa, anjina (kalp ağrısı) veya kalp krizi meydana gelebilir.

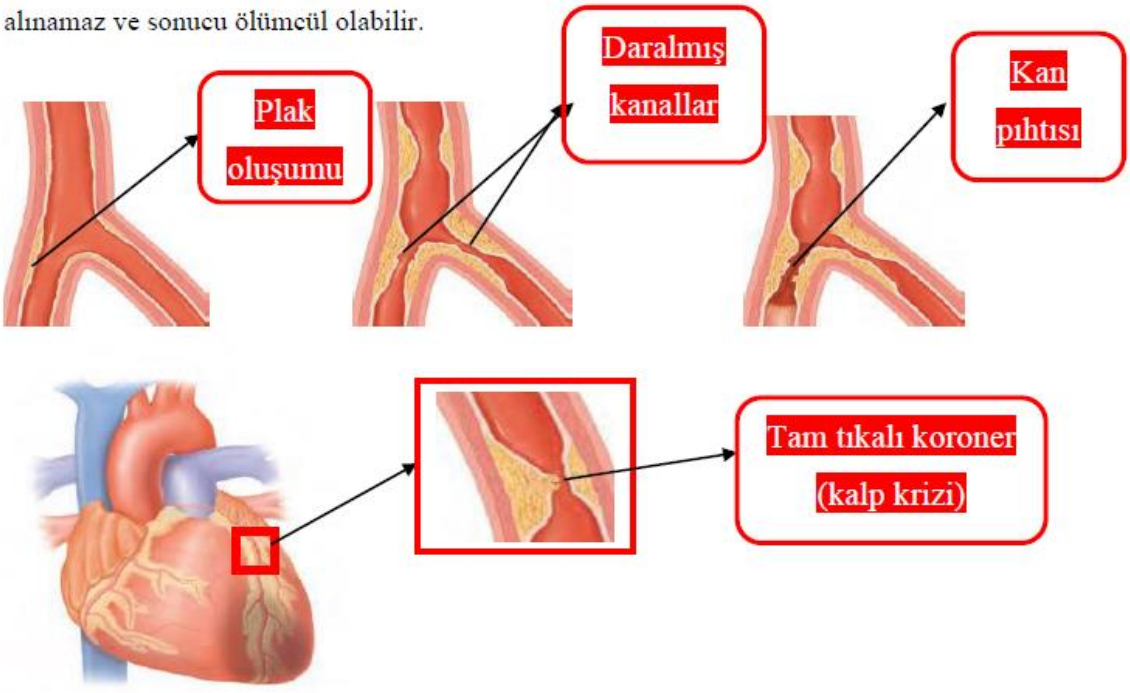
Koroner arterler kalbin yüzeyine sarılır. Kalp kaslarına oksijen bakımından zengin kan sağlarlar. Kalbin ihtiyaç duyduğu oksijen miktarı, ne kadar çalıştığına bağlıdır. Örneğin, egzersiz kalbin daha hızlı atmasını sağlar. Bu, kasın oksijene olan ihtiyacını arttırır. Sağlıklı arterler bu ihtiyacı kolayca karşılayabilir.



2.2. Koroner arter hastalığı (KAH)

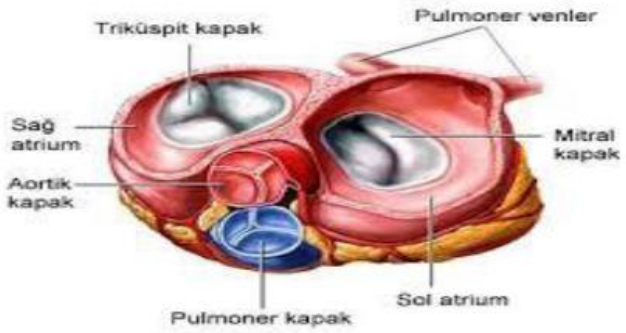
Koroner arter duvarının iç bölümü hasar gördüğünde KAH başlar. KAH çoğunlukla sigara içmek veya yüksek kolesterol gibi risk faktörlerinden kaynaklanmaktadır. Plak (kolesterol ve diğer partiküllerden oluşan bir yağ materyali) arter duvarında birikir. Bu birikim (ateroskleroz denir) arter içindeki kanalı daraltır. Kalbin daha fazla oksijene ihtiyaç duyduğu zamanlarda, ihtiyacı karşılamak için yeterli miktarda oksijen bakımından zengin kan alınamaz. Bu anjinaya (kalp ağrısı) neden olabilir.

Kalp krizi (miyokard infarktüsü) ise, bir koroner arterin plak veya kan pıhtısı ile tam tıkanması sonucu meydana gelir. Bu olduğunda, tıkanmanın ötesindeki kalp kası yeterli oksijen almaz. Kan akışı hızlı bir şekilde geri yüklenmezse, kalp kasının bu kısmı ölür. Bu hasar geri alınamaz ve sonucu ölümcül olabilir.



2.3. Kalp kapakçık yapısı ve görevleri

Kalbimizde tek yönlü kan akımına izin veren dört adet kapak bulunur. Bunlar kalbin sol tarafında bulunan aort, mitral kapak ile kalbin sağ tarafında bulunan pulmoner ve triküspit kapaklardır. Aort, triküspit ve pulmoner kapaklar üç yaprakçıktan oluşurken mitral kapak iki yaprakçıktan oluşur. Bu kapakların temel görevi dolaşan kan akımının doğru yönde ilerlemesini sağlamaktır. Kalp içerisindeki 4 kapakçık kan akışının tamamen tek yönde olmasını sağlayarak kanın geri yönde kaçmasını engellemek üzere çalışırlar.



2.4. Kalp kapak hastalıkları

Kalp kapak hastalıkları, darlık (stenoz) ve yetmezlik (regürjitasyon) olmak üzere iki fonksiyonel bozukluk olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlıklı kalp kapakları, kanın kalp içinde ileriye doğru akışını kolaylaştırırken; kapakta darlık oluşması durumunda kanın akışı engellenmekte, yetmezlik durumunda ise kapağın tam kapanamaması kanın geriye doğru kaçmasına neden olmaktadır.



Kalp kapağı hastalıklarının belirtileri kalp kapağının türüne göre değişiklik gösterir. Hafif derece kapak darlığı veya yetersizliği olan hastaların uzun süre şikayetleri olmayabilir. Hastalık ilerledikçe çabuk yorulma, gece birden fazla yastıkla yatma, nefes darlığı, çarpıntı gibi şikayetler görülebilir. Akciğerlerde sıvı birikimine bağlı ciddi nefes darlığı, vücudun diğer kısımlarında sıvı birikmesine bağlı olarak karın ve bacaklarda ödem meydana gelebilir. Kalbi besleyen koroner damarlara geçen kan miktarının yetersiz olması durumunda göğüs ağrısı gelişebilir. İleri derece kapak darlıklarında özellikle de aort kapak darlıklarında baş dönmesi, bayılma olabilir.

2.5. Açık Kalp Cerrahisi

2.5.1. Ameliyata hazırlık

İzin formu: Ameliyattan önce hekiminizin size ameliyatı ve taşıdığı riskleri anlattığını yazan, yasal bir belge niteliğinde bir izin formu imzalamanız istenecektir. Bu formu imzalamakla ameliyat olmak istediğinizi ve taşıdığınız riskleri bildiğinizi söylemiş olursunuz. Formu imzalamadan önce ameliyat ve sonuçları hakkında sorularınız varsa hekim ve hemşirenize danışınız.

Kan temini: Ameliyat esnasında ya da yoğun bakım sürecinde kan transfüzyonuna ihtiyacınız olabilir. Kan teminini nasıl sağlayacağınızı hekim ve hemşireniz size açıklayacaktır.

Ameliyattan önceki gece hazırlığı: Ameliyattan önce akşam yemeğini hafif bir şekilde yiyerek (çorba vb. sıvı gıdalar), gece saat 22:00 itibari ile hiçbir şey yememeli ve içmemelisiniz. Ancak kullanmanız gereken ilaçlar var ise hemşireniz ile görüşerek birkaç yudum su ile alabilirsiniz. Vücut ve ameliyat bölgesi temizliği konusunda hemşireniz size bilgi verecektir.

Ameliyat sabahı hazırlığı: Ameliyathaneye gitmeden önce takma dişler ve işitme cihazlarını, kontak lens ve gözlüğünüzü, mücevher, saç tokaları ve tırnak cilanızı çıkarmayı unutmayınız. Ameliyat günü sakinlemenizi sağlayacak bir iğne yapılabilir. Ayrıca ameliyatta kan ve ilaçların verilebilmesi için kolunuza bir kanül (damar yolu) yerleştirilir. İç çamaşırlarınızı çıkararak üzerinize yalnızca ameliyat gömleği giyeceksiniz. Daha sonra bir görevli tarafından sedye ile ameliyathaneye götürüleceksiniz.

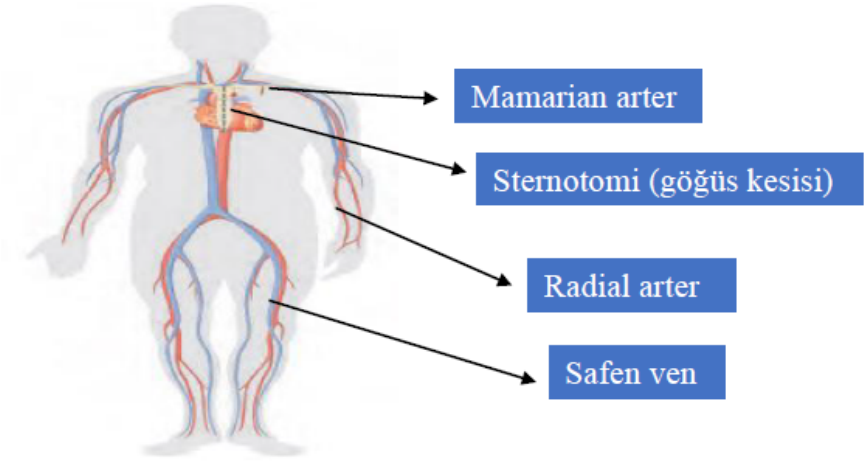
Aileniz, ameliyat ile ilgili bilgilerin yer aldığı ekrandan ameliyata alındığınız ve ameliyattan çıktığınız zamanları takip edebilirler. Ameliyattan çıktığınızda hekiminiz tarafından ayrıca ailenize bilgi verilecektir.

***** Sigara içiyorsanız en az 1 hafta öncesinden mutlaka sigarayı bırakmalısınız. Böylece ameliyat sonrası akciğer ve solunum sorunları yaşama olasılığınız azalır.**

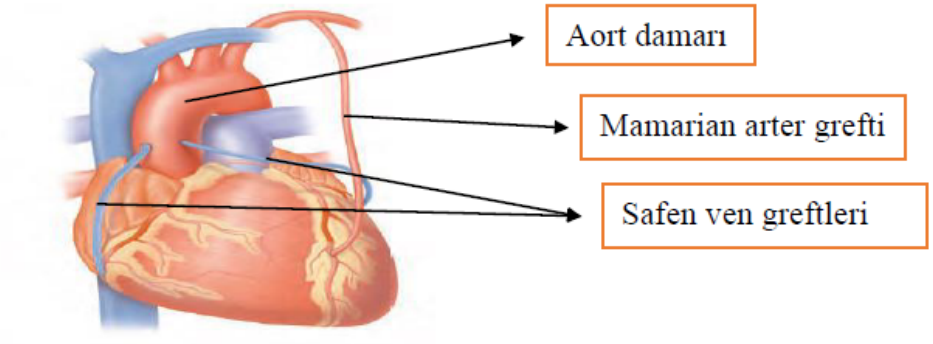
2.5.2. Koroner arter bypass greft cerrahisi

Kalbi besleyen damarlardaki daralma ve tıkanmanın tedavisi amacıyla, arterlerdeki tıkanıklığın çevresinden kalbin kanlanamayan bölgelerine kan taşınması amacıyla kalbe bir damar greftlemesi yapılarak kan akışının yeniden sağlanması işlemidir. Bypass ameliyatı çoğunlukla açık kalp ameliyatı gerektirir. Açık kalp ameliyatı, sternotomi (göğüs kafesinin ortadan kesilerek kalp ve akciğerlerin açılması) yapıldıktan sonra kalp ve akciğerlerin tamamen durdurulmasıyla yapılır. Bunun sebebi kalbin üzerinde daha rahat çalışma olanağı sağlamasıdır. Bu sırada beyin ve diğer organların kan ve oksijen gereksinimi vücut dışında bulunan bir yapay kalp akciğer makinesi ile karşılanır. Bazı hastalarda bypass ameliyatı kalp durdurulmadan da yapılabilir (çalışan kalpte bypass ameliyatı). Bu tip ameliyatta hastaya yapılan göğüs kafesi kesisi daha kısadır, ameliyat süresi daha azdır ve yapay kalp-akciğer makinesine gereksinim duyulmamaktadır. Bypass ameliyatında genel anestezi alırsınız (tamamen uyutulursunuz).

Bypass grefti için kullanılacak damar vücudunuzun başka bir bölümünden alınır. Bu genellikle o vücut bölümündeki kan akışını etkilemez. Birden fazla tıkanmanız varsa, birden fazla grefte ihtiyaç duyulabilir. Greft için kullanılan damarlar bacakta bulunan *safen ven*, kolda bulunan *radial arter* ya da göğüs duvarında yer alan *mamarian arterdir*.



İşlem yapılacak koroner arterde tıkanık kısmın altına küçük bir kesi açılır. Eğer safen ven veya radial arter kullanılırsa greftin bir ucu bu açıklığa dikilir, diğer ucu aort (kalbin ana atar damarı) üzerine dikilir. Eğer mamarian (meme) arter kullanılıyorsa greftin bir ucu bu açıklığa dikilir, diğer ucu zaten aortun bir dalına eklidir.



Ameliyat tamamlandıktan sonra, kalbiniz tekrar çalıştırılır; kalp akciğer makinesinden çıkarılırsınız. Ardından göğüs kemiğiniz tellerle tekrar birleştirilir. Bu teller göğsünüzde kalıcı olarak kalacaktır. Daha sonra göğsünüz dikilerek kapatılır ve yoğun bakım ünitesine götürülürsünüz.

2.5.3. Kalp kapak tamiri ve replasmanı

Zamanla ve çeşitli nedenlerden dolayı (doğuştan kalp romatizması, kireçlenme veya kapak iltihabı) kalp kapakları görevlerini tam olarak yerine getiremezler. Kapaklarda daralmalar veya yetersizlikler ortaya çıkar. Bu durumda bozulmuş olan kapaklar tamir edilir. Tamir edilemediği durumlarda ise çıkarılır ve yerine 'yapay kalp kapağı' takılır. Bu işlem de, bypass ameliyatında olduğu gibi bir açık kalp ameliyatı gerektirir.

Açık kalp ameliyatı, sternotomi (göğüs kafesinin ortadan kesilerek kalp ve akciğerlerin açılması) ile yapılır. Bunun sebebi kalbin üzerinde daha rahat çalışma olanağı sağlamasıdır. Açık kalp ameliyatında genel anestezi alırsınız.

Kalp kapağı onarılmasında; kalp kapağı yetmezliklerinde genişlemiş kapak halkasının cerrahi olarak tamiri (annüloplasti), yırtılan kalp kapağı yaprakçıklarının dikilerek tamiri (valvuloplasti), dar olan kalp kapağının genişletilmesi (kommissürotomi), olmak üzere üç çeşit girişim uygulanmaktadır.

Kapak replasmanında ise yapay kapak olarak mekanik kapak veya biyolojik kapak seçenekleri vardır. Mekanik kapaklar çok daha dayanıklıdır, ancak ömür boyu kan sulandırıcı ilaç (Coumadin) kullanımı gerektirir. Biyolojik kapaklar ise daha kısa ömürlüdür ancak kan sulandırıcı ilaç (Coumadin) kullanımı gerektirmez. Bazı özel durumlarda kapak değiştirmek yerine tamir edilmeye çalışılır. Bazen bu tamir oldukça zor bir teknik gerektirebilir, ancak kalbin kasılma performansı açısından ve 'Coumadin' gerektirmediğinden dolayı yapay kapaklara göre daha fazla tercih edilir.



2.5.4. Ameliyat sonrası/yoğun bakım dönemi

Yoğun bakım ünitesinde hemşirelerin; sağlık durumunuzu ve ameliyat sonrası iyileşme durumunuzu takip etmesini sağlayan birtakım makinelere ve tüplere bağlı olacaksınız. Bunlar;

- Kalbinizdeki kan basıncını (tansiyon) ve diğer basınçları izlemeye yönelik el bileğinizde bir arter hattı (damar yolu) bulunacaktır. Bu arter hattı ile monitöre bağlı olacaksınız.
- İlaçlar ve çeşitli serumları vermek için boynunuzda üç hatlı kolunuzdakinden biraz daha büyük bir damar yolu olacaktır.
- İdrarı boşaltmak için bir üriner kateter (sonda) bulunacaktır.
- Greft (dikiş) yerlerinde bir kan sızıntısı olup olmadığını anlamak ve kalbin etrafında kan birikimini önlemek için göğsünüzde bir ya da iki adet (bazı durumlarda üç de olabilir) göğüs tüpleri (dren) bulunacaktır.

Yoğun bakım ünitesinde uyandığınızda susamış, ajite (gergin) ve soğuk hissedebilirsiniz. Bu hisler normaldir ve uzun sürmeyecektir. Yoğun bakım ünitesinde yanınızda bir hemşire bulunacak ve sizin sağlık durumunuzu takip edecektir.

İlk anda nefes almanız küçük bir tüp yardımıyla gerçekleşecektir. Bu tüp ağzınızdan boğazınıza yerleştirilir ve makine yardımıyla akciğerlerinizin havalanmasını sağlar. Ağzınızda tüp olduğu için konuşamayacaksınız ve herhangi bir şey yiyip içemeyeceksiniz. Korkmayın bu

durum geçicidir. Hemşireler sizin iyi olduğunuzu anlamak için basit sorular sorarlar, bu sorulara göz kırparak ya da yavaşça başınızı sallayarak yanıt verebilirsiniz. Kendiniz nefes almaya başladığınızda ve tamamen uyandığınızda bu tüp çıkarılacaktır. Tüp çıkarıldıktan sonra maske ya da burnunuza yerleştirilen bir kanül (ince bir hortum) ile oksijen almaya devam edeceksiniz.

Solunum tüpü çıktıktan sonra hemşireler size derin solunum nefes egzersizi yapmayı öğreteceklerdir. Ameliyat sonrası akciğerlerinizin sönmemesi ve akciğer enfeksiyonunun önlenmesi için bu egzersizi yapmanız önemlidir. Ameliyat öncesinde size verilen 3 toplu egzersiz cihazı ile (triflo) yapabilirsiniz. Bu egzersizi yaparken göğüs kemiğinizde ağrı meydana gelebilir. Ancak yine de egzersize devam etmeniz önemlidir. Ağrınız olduğunda hemşire size doktor kontrolünde ağrı kesici uygulayacaktır.





Ameliyattan sonraki gün yürüyüşe başlayacaksınız. Bir hemşire ve yardımcı bir personel eşliğinde yoğun bakım içinde yürüyüş yapacaksınız. İlk kalkışınızda önce yatak kenarında oturmanız, kendinizi iyi hissettiğinizde ise ayağa kalkmanız istenecektir. Yeterince yürüyebilirseniz (yoğun bakım içinde 3 ya da 4 kez) ve sağlık durumunuz uygunsa (kan basıncı, kan değerleri, idrar miktarı, göğüs tüpünden gelen kan miktarına bakılarak değerlendirilir) yoğun bakımdan çıkarılıp, klinikte yer alan odanıza alınırsınız. Odanızda mutlaka bir refakatçi bulunmalıdır.

*** Ameliyat günü akşamı ağzınızdaki tüp çıktıktan sonra dahi bir şey yemeyeceksiniz. Ancak tüp çıktıktan 4-6 saat sonra birkaç yudum su içmeye başlayabilirsiniz. Ameliyatın ertesi günü sabahında kahvaltı yapabilirsiniz.

2.5.5 Ameliyat sonrası/klinik dönemi

Sağlık durumunuz ile ilgili sürekli bakıma ihtiyaç duyulmadığında yoğun bakım ünitesinden kardiyovasküler cerrahi kliniğindeki odanıza alınacaksınız. İyileşme durumunuza ve genel sağlık düzeyinize göre burada 5-7 günlük bir süre geçireceksiniz.

Bu süreçte sağlık durumunuzla ilgili daha aktif rol almaya başlayacaksınız. Refakatçinizle birlikte sık sık klinik içinde yürüyüşe çıkmak, diyetinize uygun beslenmeyi sağlamak (yara iyileşmesini kolaylaştırmak için proteinden zengin, damar sağlığını korumak

için az yağlı vb.), göğüs kemiğinin kesisini korumak ve doğru birleşmesini sağlamak için yanlış hareketlerden kaçınmak iyileşmenizi kolaylaştıracaktır.

Göğüs kemiğinizin iyileşmesi 6-8 haftalık bir süreci kapsayacaktır. Bu süreçte göğüs kemiğini korumanız çok önemlidir. Bunun için gün içinde mutlaka göğüs korsenizi kullanmanız faydalı olacaktır. Göğüs kemiğinizi korumak için yatak içinde 30-45° başınız yukarda sırtüstü yatmanız gereklidir. Yatak içinde en az 3-6 hafta sağ-sol tarafta ya da yüzüstü **yatmamanız** gereklidir. Bu şekilde yatmanız göğüs kemiğinizi zorlayarak zarar görmesine neden olacaktır. Bir sandalyeden ya da yataktan doğrulurken iki kolunuzla birlikte dengeli destek alarak doğrulmanız ve kol kuvvetinizi çok fazla zorlayarak kullanmamanız gereklidir. Doğrulurken sandalye ya da yatağın ön kenarına gelerek ayaklarınızın tamamen yere bastığından emin olduktan sonra yavaşça doğrularak ayağa kalkmalısınız.



Klinik sürecinde kullanmanız gereken ilaçlar, hemşireniz kontrolünde size sağlanacaktır. Belirli aralıklarla tansiyon, ateş ve nabız takibiniz yapılacaktır. Hekim ve hemşire kontrolünde her gün pansuman değişiminiz (göğüs ve var ise bacaklarınızdaki pansumanlar) yapılacaktır.

3. İkinci Bölüm

3.1. Ameliyat sonrası taburculuk ve evde bakım

Hastaneden ayrılıp eve döndüğünüzde günlük yaşamınıza devam etmek için bazı değişikliklere ve size yardımcı olacak bir kişiye ihtiyacınız olacaktır.

Banyo: Aksi söylenmedikçe eve döndüğünüzde duş alma şeklinde banyo yapabilirsiniz. Çok sıcak suda duş almamanız gereklidir (Tansiyonunuzu etkileyebilir). Yardıma ihtiyacınız olursa bir kişiyi yanınızda bulundurunuz. Yaralarınız tam iyileşene kadar küvette suyun içine girer şekilde banyo yapmamalısınız. Ayrıca yıkanırken yara yerinizi tahriş edecek hareketlerden kaçınmalısınız. Banyodan sonra kuru kalmasına özen gösterin ve losyon, krem vb. ürünler kullanmayınız.

Günlük aktiviteler: Kendinizi rahat hissettiğiniz sürece günlük aktivitelerinizi yerine getirebilirsiniz. Kısa bir süre içinde yemek pişirme gibi hafif aktivitelere dönebilirsiniz. Ancak kendinizi çok fazla yoracağınız aktivitelerden kaçının. Ayrıca yukarıya uzanma gibi göğüs kemiğinize zarar verecek hareketler yapmamaya özen gösterin. Ameliyattan sonra 3 ay boyunca 3-5 kilogramdan fazla bir ağırlığı kaldırmamalı, itmemeli ve çekmemelisiniz.

Yürüyüş tüm vücut ve kalp kasında kan dolaşımını arttıran en iyi egzersiz şeklidir. Günlük yürüyüş mesafelerinizi yavaş yavaş arttırabilirsiniz. Yürüyüşlerde düz yolu tercih etmelisiniz. Merdiven çıkmak ise düz yolda yürümekten daha fazla çaba ister. Hekiminiz tarafından aksi söylenmedikçe merdiven çıkmanızda bir sakınca yoktur. Yorulunca durup dinlenmeyi ihmal etmemelisiniz. Ameliyattan sonra ilk iki ay merdiven çıkarken kollarınızdan kuvvet almamalısınız.



Ameliyattan 3-6 hafta sonrasına kadar araba kullanmanız uygun değildir. Göğüs kemiğinizde ağrı ve acıma nedeniyle araba kullanmanız zor olabilir. Uzun süre arabada yolculuk yapacaksanız iki-üç saatte bir arabadan inerek 5-10 dakikalık yürüyüş yapmanız kalp-damar dolaşımının sağlanması için uygun olacaktır.

Eğer çalışan bir birey iseniz çalışma şeklinize göre ameliyattan 3-12 hafta sonra işe dönebilirsiniz (Ülkemizde koroner bypass ameliyatlarına en fazla 3 ay istirahat verilmektedir.).

***** Sigara ve alkol ameliyat tarihinden önce kesinlikle bırakılmalı ve içilen ortamda dahi bulunulmamalıdır.**

İlaç kullanımı: Ameliyat sonrası sizden bazı ilaçlar kullanmanız istenecektir. Bu ilaçları istenilen doz ve miktarda kullanmanız önemlidir. İlaçlarınızı mutlaka doktor kontrolünde alınız. Doktorunuzun bilgisi olmadan yeni bir ilaca başlamayınız. Kullanacağınız ilaçlar çoğunlukla kan sulandırıcı etkili (aspirin, coumadin vb.), tansiyon düzenleyici (norvasc, coversyl, codiovan vb.), nabız düzenleyici (beloc, diltizem vb.) ve kolesterol düzenleyici (ator, lipitor vb.) ilaçlardır. Ayrıca diğer kronik hastalıklar varlığına göre (KOAH, diyabet vb.) doktor kontrolünde farklı ilaçlar da kullanabilirsiniz.

Kapak tamiri ve replasmanı sonrası reçete edilen **Coumadin** kanı sulandırmak amacıyla verilen bir ilaçtır. Coumadin kanınızı sulandırır fakat pıhtı oluşumunu durdurmaz sadece

yavaşlatır. Bu nedenle hekiminizin belirttiği aralıklarla kan tahlillerini (PT, PTZ, INR) yaptırmanız gerekmektedir. Bu ilaç hekim gözetimi altında düzenli aralıklarla alındığında güvenlidir. Burun, ağız ve diş etlerinden sızıntı şeklinde kanama, kırmızı renkli veya kanlı idrar, deride çürükler, şiddetli baş ağrıları, yoğun menstruasyon (adet) kanaması, kanlı balgam, kahve telvesi renginde kusma gibi belirtiler saptadığınızda acilen bir sağlık kuruluşuna başvurmanız gereklidir.

İlaç saatlerini ve dozlarını takip etmeniz gereklidir. İlaç almayı unutmamak için çeşitli hatırlatıcılardan faydalanabilirsiniz. Hangi ilacı ne için kullandığınızı ve saatlerini bir liste şeklinde hazırlamanız da faydalı olacaktır. İlaçlarınızı her zaman kullanabileceğiniz şekilde müsait yerlerde (iş yerinde, evde ve arabanızda) bulundurunuz. Seyahate çıkarken ilaçlarınızı yeterli miktarda yanınıza alınız. İlaç kullanmayı kendiliğinizden bırakmayınız.

3.2. Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Sık Karşılaşılan Sorunlar ve Öneriler

İştahsızlık: Cerrahi sonrası kendinizi iştahsız hissedebilirsiniz. Tat alma duyunuzda azalma meydana gelebilir. Bazen yiyecekler siz de bulantı hissi uyandırabilir. Bu geçici bir durumdur. 1-2 hafta içinde iştahınızda düzelme meydana gelecektir. Bu süreçte de iyileşmenizin gecikmemesi için yemek yemeye (özellikle protein ağırlıklı besinler) özen göstermelisiniz. Yoğun bulantı yaşadığınızda doktor kontrolünde bulantı giderici ilaçlardan faydalanabilirsiniz.

Ödem: Özellikle bypass nedeniyle damar alınan bacağınızda şişlik meydana gelebilir. Ameliyat sonrası size verilen elastik çorapları (varis çorabı) farklı bir doktor önerisi olmadığı takdirde en az 6 ay kullanmalısınız. Varis çorabını gün içinde ayakta kaldığınız sürece sürekli giymeniz gereklidir. Varis çorabını gün içinde çıkarıp tekrar giymeniz gerekirse yatarak ayaklarınızı 20 dakika süreyle yüksekte bekletip daha sonra çorabınızı giymelisiniz. Akşamları yatarken varis çorabınızı çıkarınız. Sabah kalktığınızda ayaklarınızı yataktan sarkıtmadan varis çorabınızı giymeniz gerekmektedir.

Uykusuzluk: Uykunuz gelmeden yatağa yatmayınız. Yemek yemek, TV seyretmek gibi aktiviteleri yatak içinde yapmayınız. Gün içerisinde çok fazla uyumanız, gece uykuya dalmanızı olumsuz etkileyecektir. Akşam yemeğini yatma saatinize çok yakın saatlerde yemeyiniz. Hayal kurma, kitap okuma, sakin bir müzik dinleme gibi rahatlatan etkinliklerle uykunuzun gelmesini sağlayabilirsiniz. Gün içerisinde ve özellikle öğleden sonraki saatlerde çay, kahve gibi içecekleri fazla tüketmeyiniz.

Kabızlık: Sebze, meyve, meyve suyu ve posalı yiyecek tüketimini arttırmak faydalıdır. Her gün en az 1.5-2 litre su tüketiniz. Çok soğuk ve buzlu içecekler, alkollü içkiler, koyu çay, kahve ve sigara içmeyiniz. Her gün en az 30 dakika hafif tempoda yürüyüş yapınız.

Enfeksiyonlardan korunma: Ellerinizi sık sık yıkayınız. Banyo sonrası yara yerinizin kuru kalmasına özen gösteriniz. Kalabalık ve kirli ortamlardan uzak durunuz. Bulaşıcı hastalığı olan kişilere temastan kaçınınız. Odanızın her gün havalandırılmasına özen gösteriniz. Meyve ve sebzeleri yıkamadan yemeyiniz. Herhangi bir enfeksiyon belirtisinde (ateş, yara yerinde akıntı, şişlik, kızarıklık ve ağrı) mutlaka doktora başvurunuz.

3.3. Kalp Hastalarında Temel Beslenme Önerileri



- Yara iyileşmenizi hızlandırmak için protein ağırlıklı (kuru baklagiller, et, tavuk, balık) beslenmeye özen gösteriniz.
- Dengeli beslenmeye özen gösteriniz.
- Haftada bir defa yumurta tüketebilirsiniz.
- Yemeklere koyduğunuz yağ miktarını azaltınız. Kızartma yerine haşlama veya ızgarayı tercih ediniz.
- Yarım yağlı ya da yağsız süt ürünlerini tercih ediniz.
- Tuz miktarını azaltınız. Mümkünse tuzsuz besin tüketiniz.
- Günde en az 2 litre (8-10 bardak) su tüketiniz.
- Öğünlerde sebze ve salata ağırlıklı besleniniz.
- Fazla miktarda şeker tüketimi kan yağlarını arttırarak kolesterol düzeyini yükseltir. Bu nedenle tatlı mümkün olduğunca yemeyiniz. Bir günde 40 gram (8 tatlı kaşığı kadar) toz şeker veya 4 tatlı kaşığı bal veya reçelden fazlasını tüketmeyiniz.
- Et, tavuk ve balığın yağsız kısımlarını tercih ediniz.
- Şarküteri ürünlerini çok fazla tüketmeyiniz.

4. Üçüncü bölüm

4.1. Cinsellik

Cinsellik, insanın fiziksel ve psikolojik iyilik halinin sürdürülmesi için önemli bir rol oynar. Aşk ve cinsel yakınlık; düşünsel, duygusal ve davranışsal boyutlarıyla iki insan arasında bir etkileşimdir. Cinsellik; üremeyi, cinsel zevk almayı ve zevk vermeyi içerir. Bireylerin kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımı gibi fonksiyonlara da etki etmektedir. Cinsellik evlilik yaşamının ve eş ile ilişkinin temelini oluşturan faktörlerdendir.



İnsan davranışı ve cinselliği bedensel, psikolojik ve sosyal koşullardan etkilenir. Cinsellik denince ilk akla gelen iki kişinin ilişkisidir, oysa cinsellik çok boyutludur. Cinsellik doğum öncesi başlayıp ömür boyu devam eden, insanların değerleri, inanışları, duyguları, kişilikleri, sevdikleri ve sevmedikleri şeyler, tutumları, davranışları, fiziksel görünümleri ve içinde yaşadıkları toplumlara göre şekillenen bir kavramdır. Cinsellik, yaşamın her evresinde sürekli bir değişim ve gelişim gösterir.



Kadınlar açısından cinselliğin anlamı ve fizyolojisi genel olarak erkeklerden farklıdır. Kadınlar cinselliği ilişkisel olarak ve hem sevgi ve şefkatin hem de arzunun içinde olduğu bir bütün olarak yaşamaya eğilimlidirler. Kadınlar için karşılıklı anlayış, saygı, duygusal bağlılık ve içtenlik cinsel aktivite oluşumunda önemli rol oynamaktadır. Erkekler cinselliği daha çok haz olarak algılarken, kadınlar cinselliğe hem nesnel hem de duygusal anlam yüklemektedir.

Kadın cinselliğinin menopoz dönemiyle birlikte azaldığı ya da sona erdiği düşünülse de kadın bedeninin cinsel haz alma ve orgazm olma kapasitesi sınırsızdır. Menopoz sonrasında yalnızca üreme kapasitesi biter. Biyolojik ve psikolojik olarak sahip oldukları cinsel haz alma ve sonsuz orgazm olabilme avantajı devam eder. Ancak kadınların özellikle ilerleyen yaşlarda karşılaştıkları kalp hastalıkları, nörolojik hastalıklar, genital (cinsel organlar) ve üriner (idrar yolları) hastalıklar gibi çeşitli sağlık sorunları cinselliği olumsuz etkilemektedir. Özellikle kalp hastalığını tetikleyebileceği korkusuyla bireyler cinsellikten uzak durabilmektedirler. Bu bölümde genel cinsel sağlık ve cinsel fonksiyon bozuklukları hakkında bilgi verilmesi amaçlanmıştır.

4.1.1. Cinsellik Sağlık

Cinsel sağlık bir kişinin cinsel yaşamını bir zorlama olmadan, zarar görmeden ve mutlu bir şekilde sürdürebilmesidir. İstenmeyen gebelikler, güç kullanma, şiddet ve ayrımcılık riski olmadan cinselliği yaşama halidir. Cinselliği karşılıklı saygıya dayalı, mutlu ve güvenli ilişkiler şeklinde yaşamak, bireyleri zenginleştirir.

Cinsel sağlık, öncelikle bireyin bir kavram olarak cinselliği anlaması ve cinselliğe yönelik kendi tutumları hakkında bir farkındalık geliştirmesidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) cinsel sağlığı "cinsel yaşamın bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan bir bütün olarak ele alınması yoluyla kişilik, iletişim ve sevginin olumlu yönde zenginleşmesi ve güçlenmesi olarak tanımlamaktadır. Cinsel sağlığın 3 öğesi bulunmaktadır. Bunlar:

- Üreme ve cinsel fonksiyonları etkileyen hastalık ve sakatlıkların olmaması,
- Cinsel tepkilerin bastırılmasına ve insan ilişkilerinin olumsuz etkilenmesine neden olan korku, utanç, suçluluk ve yanlış inançların olmaması,
- Üreme ve cinsel davranışlardan hoşnut olma ve kontrol edebilme kapasitesine sahip olmaktır.

4.1.2. Kadın cinsel organları

Kadın cinsel organları beyin, deri, memeler ve genital organlardan oluşmaktadır.

Beyin

Bilinenin aksine en önemli cinsel organ beyindir. Beyin cinsel istek ve tepkilerin kontrol edildiği, kadınlık hormonlarının salgılanmasını (östrojen, progesteron) sağlayan bir cinsel organdır. Aynı zamanda cinsel fantezilerin oluşumunda da rol oynar.

Deri

Deri en büyük cinsel organdır. Dokunma ve ısı gibi uyarılara tepki veren birçok sinir ağı ile kaplıdır. Deride cinsel uyarılma ve hazzı sağlayan bölgeler bulunmaktadır. Bu bölgeler ise kişilere göre farklılık göstermektedir (bacaklar, kulak, boyun, kasıklar vb.).

Memeler

Meme başı cinsel uyarılma açısından oldukça hassas bir bölgedir. Kadınların en fazla uyarıldığı erojen (cinsel uyarı sağlayan) bölgeler arasında yer almaktadır.

Genital Organlar

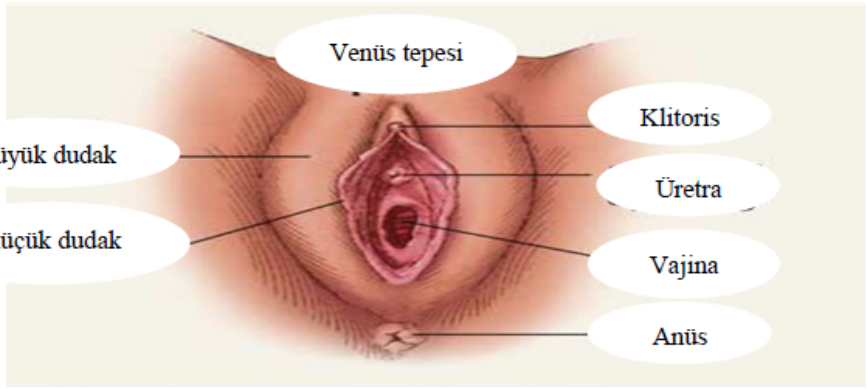
Dış ve iç genital organlar olmak üzere ikiye ayrılır.

Dış genital organlar

Kadında dış genital organlar; büyük dudaklar, klitoris, küçük dudaklar, üretral açıklık (idrar yeri) ve vajina girişidir.

Büyük ve küçük dudaklar: Büyük dudaklar küçük dudaklara, klitorise, vajinaya ve üretra açıklığına koruma sağlar. Küçük dudaklar vajinal girişin etrafını çevreler ve klitorisin biraz altında birleşir. Bu bölgede yoğun damarlanma vardır, cinsel uyarılma sırasında kabarır ve renk değiştirir. Üretral açıklık, üretra aracılığıyla idrar kesesiyle bağlantılıdır, klitoris ve vajina girişi arasında yer alır.

Klitoris: Klitoris pek çok sinir hücresinin bulunduğu kadınların en hassas erotik bölgesidir. Büyük dudakların birleşim yerinin altında yer alır. Cinsel uyarılma esnasında klitoris genişler, kabarır. Uyarılma evresinde en ufak uyarı, fantezi kurulması bile klitorisin çapında artmaya neden olur.



İç genital organlar

Kadın iç genital organları; rahim, yumurtalıklar (overler), tüpler ve vajinadır.

Vajina (Hazne): Cinsel heyecanın başlamasıyla birlikte 10-30 saniyede vajinal ıslanma meydana gelir. Bu ıslanma erkeklik organının vajina içinde hareketini kolaylaştırır. Vajinanın yalnızca ön 1/3'lük kısmı cinsel olarak uyarılabilir. Diğer bölümleri basıncı hisseder. Haznenin ön duvarında G-noktası (Grafenberg noktası) olarak adlandırılan bölge bazı kadınlarda cinsel uyarıya yanıt verir.

Serviks (rahim ağzı): Rahmin vajinaya açılan boyun kısmıdır. Serviks cinsel ilişki sırasında basınca duyarlıdır. Penisin servikse uyguladığı basınç doldurulma ve içeri girilme hissinin büyük kısmını yaratır ve cinsel ilişki sırasında haz verir.

Tüpler, rahim ve yumurtalıklar: Cinsel ilişki ve uyarılmaya direkt olarak katılımları yoktur; ancak, orgazm (cinsel doyum) sırasında kasılarak tepki verirler.

4.1.3. Cinsel yakınlık

Cinsellik ve cinsel yakınlık çoğunlukla penis (erkeklik organı)- vajina ilişkisi olarak düşünülmektedir. Ancak cinsel yakınlık yalnızca cinsel ilişkide bulunmak demek değildir. Öpüşmek, dokunmak, sohbet etmek, sarılmak, okşamak, masaj yapmak, erotik öyküler okumak ya da şakalar yapmak, aşk, karşılıklı beğeni, birlikte olmaktan mutlu olmak ve hatta yalnızca bakışmak bile cinsel yakınlık anlamına gelmektedir.



4.1.4. Kadın cinsel (fonksiyon) işlevi

Kadın cinsel fonksiyonu ve cinsel yanıt döngüsü hormonal, sinirsel, damarsal ve psikolojik etkenlere bağlı olarak dört evrede ele alınmaktadır. Kadın cinselliği içsel arzu ile başlayabileceği gibi, partnerin fiziksel uyarısı ve duygusal yakınlığı ile de başlayabilir. Kadın cinsel yanıt evreleri istek/uyarılma evresi, plato evresi, orgazm evresi ve çözülme evresi şeklindedir.

İstek/uyarılma evresi: Cinsel döngünün en önemli evresidir. Cinselliğin birey tarafından istenmesi ve arzulanmasını içerir. Süresi bir saniyeden, birçok yıla kadar sürebilir. Bu evrede cinsel organlara kan akışında artma ve buna bağlı olarak ıslanma, kabarma gibi değişikliklerle memelerde büyüme ve meme uçlarında dikleşme ortaya çıkar.

Heyecan (Plato) evresi: Cinsel uyarının sürmesiyle birlikte cinsel heyecan giderek artar ve plato evresine girilir. Memelerdeki büyüme en ileri seviyeye ulaşmıştır. Bu evrede solunum hızı, kalp hızı ve kan basıncı artar. Deride kızarma meydana gelir ve kas gerginliği artar. Küçük dudaklar ıslanır. Vajinanın (hazne) alt kısmı şişer, daralır ve sıkılaşır. Süresi 30 saniye ile 3 dakika arası değişir.

Cinsel Doyum (Orgazm) evresi: Evreler arasında süre açısından en kısa ancak cinsel haz açısından en yoğun olanıdır. Orgazm sırasında vajinanın ön duvarındaki kaslarında ritmik kasılmalar meydana gelir. Bu kasılmaların şiddeti ve sayısı kişiye göre değişir. Genellikle 3-5 bazen 10-15 defa kasılma olur. Kalp atış hızı, solunum hızı ve kan basıncı tepe noktasına ulaşır. Süresi 1 dakikadan kısadır.

Çözülme evresi: Cinsel döngünün son evresidir. Cinsel organlarda oluşmuş değişikliklerin aynı sırayı takip ederek uyarı öncesi duruma dönmesi, gevşeme dönemidir. Kalp atış hızı ve kan basıncı kısa bir süre sonra normale döner. Tüm beden, avuç içleri ve ayak tabanları terler. Kas gerginliği kaybolur, rahatlama görülür. Süresi kişiye göre değişiklik gösterir. Kadınlar bu evrede yeniden cinsel uyaranın sağlanması ile yeniden orgazm olabilme özelliğine sahiptir.

Unutmayın ki !

- Cinsel doyum için erkeklik organının hazneye girmesi şart değildir.

- Cinsel ilişkinin yukarıda belirtilen dört evresinin de tamamlanması cinsel tatmin için şart değildir.
- Cinsel memnuniyet kişiden kişiye ve bir cinsel ilişkiden diğerine değişiklik gösterebilir.

4.1.5. Kadın cinsel (fonksiyon) işlev bozukluğu

Kadın cinsel işlev bozukluğu cinsel yanıt döngüsü içinde yer alan istek, uyarılma, orgazm ve cinsel ağrı sorunları ile karakterizedir. Ülkemizde kadınların neredeyse yarısında cinsel işlev bozukluğu görüldüğüne dair çalışmalar bulunmaktadır.

Cinsel işlev bozukluğu kalp cerrahisi sonrası sıklıkla karşılaşılan sağlık problemleri arasında yer almaktadır. Cerrahi sonrası cinsel yaşama dönüş ve cinselliğin kalbe getirdiği yük hakkında yeterli bilgi sahibi olmama ya da yanlış bilinenler, cerrahi bölgeye zarar verme korkusu, kalp krizini tetikleyebileceği gibi inanışlar nedeniyle cinsel işlev bozukluğu görülebilmektedir.

4.1.6. Kalp hastalıklarının cinsel yaşama etkisi

Kardiyovasküler hastalıkların cinsel yaşam üzerine olumsuz etkileri görülebilmektedir. Kadın genital uyarılması ve vajinal ıslanma, damarlarda meydana gelen genişleme yoluyla büyük ve küçük dudaklara, vajinaya kan akışını arttırdığında sağlanır. Bu nedenle kalp ve damar hastalıkları varlığında genital organlara olan kan akışı etkilendiğinden cinsel isteksizlik, vajinal kuruluk, orgazm olamama (cinsel doyumda azalma) gibi sorunlar meydana gelebilmektedir.

Kalp hastalıklarının istenmeyen durumlara neden olabileceği endişesi (kalp ağrısı, kalp krizi, ameliyat sonrası iyileşmeyi olumsuz etkileyebileceği düşüncesi vb.) ile cinsel aktiviteden uzak durulabilmektedir. Cinsel aktivite, kardiyovasküler semptom görülme riskindeki artışla ilişkili olmasına rağmen, bu tür olayların görülme oranı çok düşüktür (yüzde birin altında). Çünkü cinsel aktivitenin etkileri geçici ve kısa sürelidir ve dolayısıyla risk altında olan süre bir kişinin kalp krizi için risk altında olduğu toplam sürenin sadece küçük bir miktarıdır.

Kardiyovasküler hastalığın veya tedavi amaçlı yapılan ameliyatların sizde oluşturabileceği endişe veya işe yaramazlık duygusu gibi psikolojik yanıtlar da cinsel sorunların yaşanmasında önemli rol oynayabilmektedir.

Aynı zamanda kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlara bağlı libido ve orgazm problemleri, cinsel isteksizlik ve menstruasyon bozuklukları oluşabilmektedir. Özellikle beta bloker (örn. Concor, Dilatrend, Tensinor) ve diüretik ilaçlar (örn. Lasix, Furosemid) cinsel sorunlara yol açabilmektedir.

4.1.7. Kalp hastalıkları ile ilgili cinsel mitler ve tabular

Bireylerin cinsel konularda doğru olduğunu düşündükleri, abartılı, yanlış, bilimsel değeri olmayan inanışlara cinsel mit denmektedir. Cinsel bilgisizlik ya da yanlış bilgilenme, aşırı kaygı, suçluluk duyguları, gerçekçi olmayan beklentiler ya da başaramama korkusu gibi nedenlere yol açarak cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasına ve sürmesine neden olurlar. Cinsel mitler yanlış bilgilenmenin en sık karşılaşılan şeklidir. Aşağıda kalp hastalıkları ve cinselliği etkileyen diğer faktörler ile ilgili **YANLIŞ** olan bazı cinsel mitlere yer verilmiştir:

- İyi bir ilişkide amaç cinsel birleşmedir.
- Kalp krizi ya da inme geçiren kişilerin cinsel yaşantısı tamamen sona ermiştir.
- Kadınların cinsel isteği azdır.
- Yaşlanma, cinsel isteği tamamen ortadan kaldırır.
- Menopoz cinsel isteği ortadan kaldırır.
- Cinsel ilişki kalbi yorar.
- Cinsel ilişki kalp krizini tetikler.
- Cinsel yaşam ve cinsel haz sadece erkekler içindir.
- Cinsellik içgüdüseldir, öğrenilemez.
- Cinsel aktivite kalp hastalıklarının tedavisini zorlaştırır.

5. Dördüncü Bölüm

5.1. Açık kalp ameliyatı sonrası cinsel yaşam

Açık kalp ameliyatı sonrası cinsel sağlığı etkileyen olumsuz değişimlerin en önemli nedenlerinden biri kardiyak belirtileri tetikleyebileceği korkusudur. Göğüs ağrısına neden olabileceği, kalp krizini tetikleyebileceği ya da ameliyat bölgesine zarar verebileceği gibi inanışların yaygınlığı nedeniyle cinsel aktiviteden uzak durulmaktadır. Ancak sanıldığının aksine kardiyovasküler hastalığı bulunan bireylerin çok azında cinsel aktiviteyi kısıtlayacak riskler bulunmaktadır. Kardiyovasküler hastalığı bulunan bireylerde cinsel aktivite kardiyak semptomları yalnızca binde bir oranında artırmaktadır. Bu nedenle kalp ameliyatı sonrası uygun zamanda cinsel aktiviteye başlanmasında bir sorun bulunmamaktadır. Kitapçığın ileri kısımlarında vereceğimiz bazı önerileri dikkate alarak ameliyat sonrası sağlıklı ve doyurucu bir cinsel yaşama sahip olabilirsiniz.

5.1.1. Açık kalp ameliyatı sonrası cinsel yaşamın kalbe etkisi

Kalp ameliyatları sonrası iyileşme döneminde düzenli egzersiz yapılması kalp sağlığı açısından önerilmektedir. Cinsel aktivite ise orta düzey bir egzersiz ile eş değer sayılmaktadır. Bu nedenle kalp ameliyatı sonrası cinsel yaşam güvenli kabul edilmektedir. Cinsel aktivite ile harcanan enerji ve kalbin oksijen gereksiniminin artışı en fazla orgazm safhasında

yaşanmaktadır. Cinsel aktivitenin diğer safhalarında harcanan enerji ise günlük aktiviteler esnasında harcanan enerji ile benzerdir. Artan oksijen gereksinimini karşılayabilmek için kalp hızında (180'i bulabilen), kan basıncında (80/50 mmHg miktarında) ve solunum sayısında (60/dk ya ulaşabilen) artışlar meydana gelmektedir. Bu artışlar tolere edilebilen artışlardır ve oldukça kısa sürelidir. Cinsel aktivite esnasında kalp hızının, kalbin oksijen gereksiniminin ve kan basıncının en fazla arttığı dönem orgazm dönemidir. Orgazm dönemi yaklaşık 10-16 saniye süren bir dönemdir. Bu dönem sonrasında çözülme evresine girilmekte ve kardiyak değerler bazal değerine (eski haline) 20-120 saniye içinde geri dönmektedir.



5.1.2. Açık kalp ameliyatı sonrası oluşabilecek cinsel sorunlar

Ameliyat sonrası kalbe olan yükü artırma, kullanılan ilaçlar (beta bloker), insizyon bölgesine zarar verme ve ağrı yaşama endişesi nedeniyle cinsel istekte ve cinsel aktivite sıklığında azalma, vajinal lubrikasyonda (ıslanma) azalmaya bağlı ağrılı cinsel ilişki (disparoni) ve orgazm güçlüğü (cinsel doyumda azalma) gibi cinsel sorunlar meydana gelebilir.

5.2. Açık kalp ameliyatı sonrasında görülen cinsel sorunlar için öneriler

5.2.1. Azalmış cinsel istek ve ilişki sıklığı

Cinsel fonksiyonun kalbe olan yükü artıracağı düşüncesi, göğüs bölgenizde bulunan insizyon (yara) bölgesine ve göğüs kemiğinize zarar verme korkusu ya da kullandığınız ilaçlar (antihipertansif, beta bloker vb.) nedeniyle cinsel ilgi ve uyarılma bozukluğu yaşayabilirsiniz. Cinsel ilgi ve uyarılmanızı artırabilmek için;

- Eşiniz/partnerinizle endişelerinizi, duygu ve düşüncelerinizi paylaşın.
- Cinsel birleşme öncesinde ön sevişmenin uzun tutulması, erotik kıyafetler, aromatik masajlar, erotik filmler ve birlikte banyo yapılması gibi uyarılmayı artırabilecek aktivitelerde bulunun.
- Göğüs bölgenizdeki yaranın ve göğüs kemiğinizin tamamen iyileşebilmesi için ameliyattan 6-8 hafta sonra cinsel ilişkiye başlayın.
- Uzun dönemdir ilişkide olduğunuz, daha önce cinsel birlikteliğinizin olduğu (eş, partner vb.) kişilerle cinsel ilişkide bulunun (Yapılan çalışmalarda uzun dönemdir birlikte olunan ve cinsel ilişkide bulunulan partnerle cinsel ilişkide bulunmanın kalbi daha az yorduğu belirlenmiştir.).

- Cinsel aktivite 2 kat merdiven çıkmakla eşdeğerdir, bu nedenle bunu yapabiliyorsanız cinsel eylem sizin için bir risk taşımaz.
- Cinsel ilişkinin 1–3 saat öncesinden itibaren yemek, alkol alımından ve egzersiz yapmaktan kaçının.
- Kendinizi iyice dinlenmiş hissettiğiniz bir zamanda ve hafif soğuk bir odada cinsel ilişkide bulunun.
- Göğüs bölgenize ekstra yastıklarla destek sağlayın (Göğsünüze olan basıncı azaltacaktır.).

5.2.2. Ağrılı cinsel ilişki (disparoni)

Ağrılı cinsel ilişki çoğunlukla vajinanın yeterince ıslanamaması (kayganlığını sağlayamaması) nedeniyle meydana gelmektedir. Bu nedenle vajinanız yeterince ıslanmadan ilişkide bulunmayın. Piyasada bu amaçla satılan pek çok ürün bulunmaktadır. Vajinanızın kayganlığını artırabilmek için kayganlaştırıcı jellerden faydalanabilirsiniz. Kayganlaştırıcı jeller cinsel ilişki esnasında vajinal kuruluğu gidererek konforu artırır. Vulvaya, vajinaya, penise ya da üçüne birden uygulanabilir. Su bazlı olanlar silikon bazlı olanlara göre daha az genital sorunlara neden olduğu için tercih edilebilir. Cinsel istek ve uyarılmanın artırılması için eşlerle birlikte farklı pozisyonlar denenmesi (göğüs kemiğine baskı yapmayacak), ön sevişmenin uzun tutulması, birlikte banyo yapılması, erotik filmler izlenmesi, erotik kitaplar okunması gibi cinsel isteği ve vajinal kayganlığı arttıracak önerilerden faydalanılabilir. Ayrıca vajinanın esnekliğini korumak ve kayganlığını sağlamak için mastürbasyon yapılabilir.

5.2.3. Azalmış cinsel doyum (orgazm)

Kadınların orgazm olabilmesi için geçen süre erkeklere göre biraz daha uzun olabilmektedir. Ayrıca kadınlar yalnızca vajina (hazne) bölgesinden değil, klitoris (genital bölgedeki büyük dudakların üstteki birleşim yerinin hemen altında yer alır) bölgesinden de orgazm olabilmektedirler. Bu nedenle eşinizle birlikte en çok uyarıldığınız pozisyonu (klitoral bölge en fazla yüz yüze erkeğin üstte olduğu pozisyonda uyarılır) konuşun. Erojen bölgelerin (kadınlarda göğüs, meme ucu, kulak çevresi, bacaklar, boyun, kasıklar, klitoris) uyarılmasının da orgazma önemli katkısı olmaktadır. Cinsel ilişki esnasında en çok uyarıldığınız bölgeyi belirleyin ve bunu eşinizle paylaşın.

Vajinal bölgenin kas yapısının kuvvetlenmesi de orgazma katkı sağlayacaktır. Bu nedenle kegel egzersizi yapmak önemlidir. Kegel egzersizi vajinanın da dahil olduğu perine kaslarını kuvvetlendirir, cinsel aktivitede uyarılma ve orgazmın artmasına katkı sağlar. Aynı zamanda idrar kaçırma problemlerini de önlemektedir. Kegel egzersizini öğrenebilmek için

öncelikle tuvalete oturduğunuzda idrarınızı yaparken idrar akımınızı istemli olarak durdurun. İdrarı durdurmak için kullandığınız kaslar perine kaslarınızdır. Kegel egzersizini mesaneniz boşken perine kaslarınızı 10 sn sıkıp 20 sn serbest bırakacak şekilde 3-4 defa tekrarlayın. Günde 5-6 kez bu egzersizi yapabilirsiniz. Egzersizin kaslara olan etkisini görebilmek için en az 6 hafta egzersizi yapmanız ve sonrasında devam ettirmeniz gereklidir.

Aynı zamanda cinsellik yalnızca penis (erkeklik organı) ve vajina ilişkisi ile sınırlı değildir. Cinsellik; güzel sözler, bağlılık, duygusal, bilişsel ve de fiziksel yakınlık gibi bileşenlerden oluşur. Cinsel yakınlık cinsel ilişkinin ötesinde sarılma, öpme ve dokunma gibi eylemlerdir. Bu nedenle cinselliği yalnızca cinsel ilişki olarak sınırlamamak cinsel doyumunuzun artmasına katkı sağlayacaktır.

6. Sonuç

Sağlıklı bir cinsel yaşam, kalp ameliyatları sonrasında iyileşme sürecini hızlandıran ve yaşam kalitesini arttıran önemli etkenlerdendir. Bu nedenle unutmayınız ki;

- ✓ Cinsellik yaşamın bir parçasıdır ve ömür boyu devam eder.
- ✓ Her kadın kendine özeldir ve cinselliği ifade etme ve yaşama biçimi bireyseldir.
- ✓ Cinsellik yalnızca erkeklik organı-vajina (hazne) ilişkisi ile sınırlı değildir.
- ✓ Yakınlık, kucaklamak, sohbet etmek, sarılmak, karşılıklı beğenme, birlikte olmaktan mutlu olma, yalnızca bakışmak bile bir cinselliği ifade etme, cinselliği yaşama şeklidir.
- ✓ Kendinizi cinsel yönden nasıl rahat ifade edebiliyorsanız bunu eşinize açıklamaktan çekinmeyin; birbirinizle konuşun.
- ✓ Ameliyat sonrası cinsel ilişkide bulunmaktan korkmayın. Gerekli uyarıları ve önlemleri dikkate aldıktan sonra ameliyat sonrası cinsel yaşam güvenlidir.
- ✓ Açık kalp ameliyatı sonrası cinsel fonksiyon bazı değişimlere uğrayabilir; ancak, kalbe ve ameliyata herhangi bir zararı yoktur.
- ✓ Cinsellik kalbe olan yükü arttırmaz, kardiyak semptomları tetikleme ihtimali çok düşüktür ve tedaviye olumsuz etki etmez.
- ✓ Ameliyat sonrası cinsel istekte ve ilişki sıklığında azalma, cinsel doyumda azalma, ağrılı cinsel ilişki gibi sorunları yaşamanız normaldir. Kitapçığın ilgili bölümlerinde belirtilen uyarıları dikkate alarak bu sorunlara çözüm bulabilir, sağlıklı bir cinsel yaşama sahip olabilirsiniz.

7. Kaynaklar

1. Özdelikara A, Baba E. Kalp hastaları cinsel aktiviteden uzak durmalı mı? Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2017; 7(3): 165-169.
2. Doğu Ö, Çolak Güngörsün H, Erkorkmaz, Ü. Koroner by-pass ameliyatı olan hastalarda yaşam kalitesinin incelenmesi. Journal of Human Rhythm 2015; 1(3):155-161.
3. Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, Chang AR, Cheng S, Chiuve SE ve ark. American Hearth Association Heart Disease and Stroke Statistics 2018. Erişim tarihi: 01.07.2019. https://healthmetrics.heart.org/wp-content/uploads/2018/02/At-A-Glance-Heart-Disease-and-Stroke-Statistics-2018.pdf
4. Onat A, Can G. [Prevalence of heart disease in our adults, new coronary events and prevalence of death from heart]. Onat A, Can G, Yüksel H, editörler TEHHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. 1. Baskı. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2017. p.20-8.
5. Kılınç E, Kartal A. Akut Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Genç Erişkin Bireye Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Hemşirelik Bakımı. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences 2019; 11(2):219-230.
6. Perdoncin E, Duvernoy C. Treatment of Coronary Artery Disease in Women. Methodist DeBakey Cardiovascular Journal 2017; 13(4): 201-208.
7. Kırali K, Saçlı H. Coronary Artery Bypass Surgery. Intech Open 2015; 148-177.
8. Cassar A, Holmes DR, Rihal CS, Gersh BJ. Chronic Coronary Artery Disease: Diagnosis and Management. Mayo Clinic Proceedings 2009; 84(12):1130-1146.
9. Melly L, Torregrossa G, Lee T, Jansens J, Puskas JD. Fifty years of coronary artery bypass grafting. Journal of Thoracic Disease 2018; 10(3):1960-1967.
10. Steinke EE, Mosack V, Hill TJ. Change in sexual activity after a cardiac event: the role of medications, comorbidity, and psychosocial factors. Applied Nursing Research 2015; 28: 244-250.
11. Forouzannia SK, Abdollahi MH, Hekmatimoghaddam S, Sayegh SAH. Sex hormone levels and sexual dysfunction in men after coronary artery bypass graft. Iranian Journal of Reproductive Medicine 2012; 10(5): 425-428.
12. Reese JB, Shelby RA, Taylor KL. Sexual quality of life in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. Psychology and Health 2012; 27(6): 721-736.
13. Assari, S. Intercourse Avoidance among Women with Coronary Artery Disease. The Journal of Sexual Medicine 2014; 11:1709–1716.

14. Mourad F, Ghanam ME, Mostafa AE, Sabry W, Bastawy M. Sexual dysfunction before and after coronary artery bypass graft surgery in males. Journal of the Egyptian Society of Cardio-Thoracic Surgery 2017; 25: 45-51.

15. Abu Ali RM, Abed MA, Khalil AA, Al-Kloub MI, Ashour AF, Alnsour IA. A Survey on Sexual Counseling for Patients With Cardiac Disease Among Nurses in Jordan. Journal of Cardiovascular Nursing 2018; 1-7.

16. Steinke EE, Jaarsma T, Barnason SA, Byrne M, Doherty S, Dougherty CM. Sexual counselling for individuals with cardiovascular disease and their partners. European Heart Journal 2013; 34: 3217–3235.

17. Abramsohn EM, Decker C, Garavalia B, Garavalia L, Gosch K, Krumholz HM ve ark. "I'm Not Just a Heart, I'm a Whole Person Here": A qualitative study to ımprove sexual outcomes in women with myocardial ınfarction. Journal of the American Heart Association 2013; 2: 1-11.

18. Djurović A, Marić D, Brdareski Z, Konstantinović L, Rafajlovski S, Obradović S ve ark. Sexual rehabilitation after myocardial infarction and coronary bypass surgery: Why do we not perform our job? Vojnosanıtetskı Pregled 2010; 67(7): 579–587.

ETİK KURUL KARARI

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

MERVE TUNCER-2

ORİJİNALLİK RAPORU

%19	%18	%5	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%5
2	www.hacettepehemsirelikdergisi.org İnternet Kaynağı	%3
3	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%2
4	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%1
5	kosuyolueah.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
6	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
7	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
9	9lib.net İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Merve	**Soyadı**	TUNCER
Doğ.Yeri		**Doğ.Tar.**	
Uyruğu		**TC Kim No**	
Email		**Tel**	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	2022
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları	2017
Lisans	Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu	2012
Lise	Tuzla Anadolu Lisesi	2008

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Öğretim Görevlisi	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	2021-Halen
2.	Araştırma Görevlisi	Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	2018- 2021
3.	Yoğun Bakım Hemşiresi	İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım	2016-2018
4.	Servis ve Yoğun Bakım Hemşiresi	Gata Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahi Servisi	2013-2016
5.	Servis Hemşiresi	Gata Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği	2012-2013

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	Çok iyi	İyi	Çok iyi		85 (YÖKDİL) 70 (YDS)

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

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	81,80	82,80	72,99
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office	Çok iyi
SPSS	Çok iyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler (SCI, SSCI & SCIE):

1. **Tuncer M,** Oskay Ü. Sexual Counseling with the PLISSIT Model: A Systematic Review. Journal Of Sex & Marital Therapy. 2022. Doi: 10.1080/0092623X.2021.1998270

2. İbrahimoğlu Ö, Mersin S, Açıkgöz G, **Çağlar M,** Akyol E, Özkan B, Öner Ö. Self-disclosure, Empathy and Anxiety in Nurses. Perspectives in Psychiatric Care. 2022. Doi: 10.1111/ppc.12842

3. **Çağlar M,** Oskay Ü, Arıcan E, Akyol E. Relationship between self-efficacy and sexual function after open heart surgery. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2021; 20(4), 376-382. Doi: 10.1093/eurjcn/zvaa012.

4. İbrahimoğlu Ö, Mersin S, **Çağlar M**. The Turkish adaptation of the compassionate communication scale: A validity and reliability study. Perspectives in Psychiatric Care. 2021; 57(1), 43-48. Doi: 10.1111/ppc.12522.

5. Mersin S, İbrahimoğlu Ö, **Çağlar M,** Akyol E. Compassionate love, burnout and professional commitment in nurses. Journal of Nursing Management. 2020; 28(1): 72-81. Doi: 10.1111/jonm.12892.

Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler (Diğer indeksler)

1. İbrahimoğlu Ö, Mersin S, **Çağlar M.** Patience, Acceptance of Diversity, and Compassionate Love in Nursing Care. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2021; 6(2), 99-107.

2. **Çağlar M,** Oskay Ü. Adölesan Dönemden Yaşlılığa Kadın Cinsel Fonksiyon Değişiklikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. Journal of Education and Research in Nursing. 2021; 18(1), 101-106., Doi: 10.5152/jern.2021.62582

3. **Çağlar M,** Oskay Ü. Prevalence Of Premenstrual Syndrome and Using Traditional and Complementary Medicine Therapies Among Nursing Students. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2021; 6(2), 109-115.

4. **Çağlar M,** Saray B, Şengül D. Hemşirelik Öğrencilerinin Araştırma Yapma ve Sonuçlarının Kullanımında Karşılaştığı Engeller. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2020; 7(1), 41-47. Doi: 10.31125/hunhemsire.715057.

5. **Çağlar M,** Mersin S, İbrahimoğlu Ö. Dyadic adjustment and sexual function in postmenopausal women. Annals of Medical Research. 2020; 37(3), 955-963., Doi:10.5455/annalsmedres.2019.12.880.

Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler

1. **Tuncer M,** Oskay Ü. Açık Kalp Cerrahisinin Kadın Cinsel Fonksiyonuna Etkisi ve Cinsel Danışmanlık. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2021; 8(3), 341-345., Doi: 10.31125/1050455

2. **Çağlar M,** Oskay Ü. COVID-19 Pandemisi Sürecinde Gebelik ve Doğum Yönetimi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi. 2020; 2(2), 99-104.

3. **Çağlar M,** Şahin N. Prenatal Periodontal Hastalıklarda Güncel Yaklaşımlar ve Hemşirelik Bakımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020; 23(1), 311-318. Doi: 10.17049/ataunihem.468357.

4. **Çağlar M,** Oskay Ü. İnfertilite ve Cinsel Yasam Üzerine Etkileri. Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi. 2020; 6(1), 157-162. Doi: 10.5222/jaren.2020.85570.

5. **Çağlar M,** Mersin S, İbrahimoğlu Ö. Hemşirelik Bakımında Duyarlı Sevgi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi. 2020; 2(1), 37-40.

6. **Çağlar M,** Güngör Satılmış İ. İnfertilite ve yasam kalitesi: Sistematik derleme. Androloji Bülteni. 2019; 21, 164-170., Doi: 10.24898/tandro.2019.79836.

7. **Çağlar M,** Oskay Ü. Gestasyonel diyabetli kadınlarda prenatal distres ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi. 2019; 2, 73-78. Doi: 10.25048/tjdo.2019.43.

Özeti Basılmış Uluslararası Kongre Tebliği

1. İbrahimoğlu Ö, Mersin S, **Çağlar M.** Patience, Acceptance of Diversity, and Compassionate Love in Nursing Care. 3rd International Clinical Nursing Research Congress (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).

2. **Çağlar M,** Mersin S, İbrahimoğlu Ö. Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Eş Uyumu ve Cinsel Fonksiyon Durumu. 4 T H Internatıonal Congress On woman and Child Health and Education, 35 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).

3. **Çağlar M,** Oskay Ü, Arıcan E, Akyol E. Evaluation of Self-Efficacy and Sexual Functions of Patients Undergoing Cardiac Surgery During Rehabilitation. Incare 2019 International Nursing Care and Research Congress (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).

4. **Çağlar M,** Oskay Ü. Kadın Yasam Dönemlerinin Cinsel Fonksiyona Etkisi ve Hemsirelik Bakımı. 1. Uluslararası 2. Ulusal Saglık Bakım Hizmetleri Kongresi 2019 (Özet Bildiri/Poster).

5. **Çağlar M,** Oskay Ü. İnfertilite ve Cinsel Yasam Üzerine Etkileri. 5. Ulusal 1. Uluslararası Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi 2018 (Özet Bildiri/Poster Sunum).

6. **Çağlar M,** Şahin N. Hemşirelerin ve Ebelerin Gebelikte Ağız ve Diş Sağlığı Hakkında Bilgi ve Tutumları. 1.Uluslararası, 3.Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi 2018 (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum).

7. **Çağlar Merve,** Şahin Nevin. Prenatal periodontal hastalıklarda güncel yaklaşımlar ve hemsirelik bakımı. I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi 2018 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).

8. **Çağlar M,** Oskay Ü. Assesment of prenatal distress and deppressive symptoms in women with gestational diabetes. I. International and II. National Women's Health Nursing Congress 2018 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).

Özeti Basılmış Ulusal Kongre Tebliği

1. **Çağlar M,** Şahin N. Menopoz Döneminde Yaşanan Jinekolojik Sorunlarda Kanıta Dayalı Uygulamalar. 37. Zeynep Kâmil Jineko-Patoloji Kongresi 2019 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).

Kitap Bölümleri

1. Güncel Jinekoloji Hemşireliği, Bölüm adı: (Menopoz ve Jinekolojik Sorunlar) (2019). **Çağlar M,** Şahin N, Akademisyen Kitabevi, Editör: Şahin Nevin, Basım sayısı:1, Sayfa Sayısı 359, ISBN:978-605-258-589-4, Türkçe (Bilimsel Kitap).

Seminer

1. 10. İstanbul Kadın Doğum Günleri, Covid-19 Pandemisinde Kadın Sağlığı Çalışanlarının Deneyimleri, İstanbul , Seminer, 15.10.2021 -17.10.2021 (Ulusal) (Davetli Konuşmacı).

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Yüzme, kitap okuma, pilates,