

CİNSEL DİSFONKSİYONU OLAN KARDİOVASKÜLER HASTALARIN BAKIMI

CARDIOVASCULAR PATIENT'S CARE WITH SEXUAL DYSFUNCTION

Hicran YILMAZ **Rukiye PINAR**

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
Üsküdar/İSTANBUL

Anahtar Sözcükler: Kalp, cinsel disfonksiyon, hemşirelik bakımı

Key Words: Heart, sexual dysfunction, nursing care

ÖZET

Kardiyovasküler hastalığı olan kişilerde, her iki cinsten de oldukça yüksek bir prevalansa sahip olan, cinsel disfonksiyon bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Geçirilen kalp hastalıklarının ve tedavi amaçlı girişimlerden sonra hastaların büyük bir çoğunluğu uygun fiziksel durumlarına rağmen hastalık öncesi normal cinsel aktivitelerine geri dönememektedir. Cinsel disfonksiyon bu hasta grubunda daha çok psikolojik kaynaklıdır ve çoğunda cinsel ilişki sırasında yeniden kalp krizi geçirme korkusu vardır. Bu nedenle kardiyovasküler hastalığı olan bireylere bakım veren hemşirelerin hastaların cinsel fonksiyon durumlarını değerlendirmesi ve sorun varsa çözümü için uygun girişimlerde bulunması gereklidir. Hemşire, uygun iletişim tekniklerini kullanarak duyguları açığa çıkarma, kabul etme, değişikliğe uğramış cinsel yaşam ile ilgili problemleri tartışmaya izin verme, hastalık ve tedaviye bağlı olası cinsel sorunları tanılamaya yardımcı olma ve öneriler sunma aracılığı ile hastanın tedavi ve bakım planına uyumunu sağlar. Tedavi ve bakım planına uyum gösterilmesi cinsel sorunların erken dönemde belirlenmesinde, kontrol altına alınmasında, böylece hastaların yaşam kalitelerinin korunması ve sürdürülmesinde son derece önemlidir.

SUMMARY

Sexual dysfunction, which has a very high prevalence in patients with cardiovascular diseases of both sexes, significantly affects the quality of life. Most of the patients, following the cardiac disorders and related therapeutic interventions, are not able to return to their normal sexual activities – as it was before the illness- despite their suitable physical conditions. Sexual dysfunction in these patients is mostly of psychological nature and the majority of them bear the fear of having another heart attack during sexual intercourse. Therefore, nurses

who look after patients with cardiovascular disorders are required to assess the sexual functionality of these patients and to initiate necessary interventions if a problem exists. Nurses ensure the adaptation of patients to the treatment and care plan by helping patients reveal their feelings using proper communication techniques, guiding them to accept their situations, allowing the discussion of the problems related to the altered sexual life, helping define the potential sexual problems related to the illness and its treatment, and by offering suggestions. Adapting to the treatment and care plan is vital in the early diagnosis of sexual problems, controlling them, and thus protecting and maintaining the quality of life of the patients.

GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalığı olan kişilerde, her iki cinsten de oldukça yüksek bir prevalansa sahip olan, cinsel disfonksiyon (CD) bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (DeBusk ve ark, 2000; Kolman, 1984; Laumann ve ark, 1999; Stein, 1984). Miyokard infarktüsü (MI) sonrası %50-75 oranında görülen CD'un (Taylor ve ark, 1989) öğrenim durumu, yaş gibi demografik özelliklerle ilişkili olduğu bildirilmektedir (Laumann ve ark, 1999; Padma-Nadhan, 1999). CD'un başarılı tedavisi yalnızca cinsel ilişkide değil, yaşam kalitesinde de düzelme sağlar (Goldstein, 2000; Guiliano ve ark, 2001).

CD ve kardiyovasküler hastalık risk faktörleri (yaş, erkek, postmenopozal kadın, hipertansiyon, diyabet, obezite, sigara kullanımı, dislipidemi, sedanter yaşam tarzı) arasında yakın bir ilişki vardır (DeBusk ve ark, 2000; Zusman ve ark, 1999). Cinsiyet dışında en az üç kardiyovasküler risk faktörü bulunan hastaların cinsel ilişki sırasında daha yüksek bir riskle karşı karşıya kaldıkları düşünülmektedir (DeBusk ve ark, 2000). CD ve kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinin ortak olması, koroner arterlerde oluşan vasküler yaralanma ve bozuklukların kavernozal arterlerde de olabileceği düşüncesini beraberinde getirmektedir (Levine, Kloner, 2000; Vrag ve ark, 1985).

Geçirilen kalp hastalıklarından ve tedavi amaçlı girişimlerden sonra hastaların, büyük bir çoğunluğu uygun fiziksel durumlarına rağmen, hastalık öncesi normal cinsel aktivitelerine geri dönememektedirler (Frolicher ve ark, 1994). CD bu hasta grubunda daha çok psikolojik kaynaklıdır ve çoğunda cinsel ilişki sırasında yeniden kalp krizi geçirme korkusu vardır (Friedman, 2000; Jackson, 2000; Kimmel, 2000; Kloner, 2000; Onat, 2000). Bu hastalarda görülen CD'un nedenleri arasında depresyon ve hastanın kullandığı ilaçların, özellikle betabloker ve diüretiklerin de önemli bir yeri vardır (Onat, 2000; Roose, Seidman, 2000).

Jaarsma'nın 73 kalp yetersizlikli hastada yaptığı bir çalışmada hastaların %48'inde cinsel ilişki sıklığında, %40'ında cinsel ilişki doyu-

munda azalma olduğu belirlenmiştir (Jaarsma, 2002). Drory ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; olgularda MI sonrası cinsel aktivite sıklığında %32, cinsel aktivite tatmininde %23'lük bir azalma olduğu (Drory ve ark, 2000); Papadopoulus ve arkadaşlarının MI geçirmiş kadınlarda yaptıkları çalışmada ise; kadınların %51'inin ve kocalarının %44'ünün kadının cinsel ilişki sırasında ölebileceği korkusu olduğu rapor edilmiştir (Papadopoulos ve ark, 1983). Yıldız'ın MI geçirmiş hastalarda yaptığı çalışmada olguların %32.4'ünde cinsel ilişki tatmininde, %53.9'unda cinsel ilişki sıklığında azalma olduğu ve cinsel ilişki sıklığında azalma nedeninin %85.5 oranı ile reinfarktüs korkusu olduğu belirlenmiştir (Yıldız, 2003).

Cinsel aktivitenin MI'ünü tetikleyebileceği kabul edilmektedir, ancak risk oldukça düşüktür (< %1) (Kimmel, 2000; Muller ve ark, 1996; Onat, 2000). Cinsel aktivite sırasında gelişen iskemik olayların hepsi kalp hızındaki artışla ilişkilidir (Stein, 2000). Bu risk ilaç tedavisi (beta bloker ajanlar vb.), rehabilitasyon programları ve revaskülarizasyon yöntemleri aracılığı ile azaltılabilir (Khan ve ark, 1996).

Cinsellik yaşamın vazgeçilmez bir parçasıdır, bu konuda sorun yaşandığında yaşamın diğer alanları ve sonuçta bütün olarak yaşamın kalitesi etkilenir. Hemşirelerin temel fonksiyonu sağlığın korunması ve sağlıktan sapmalar olduğunda gerekli yardımın yapılmasıdır. Bu nedenle kardiyovasküler hastalığı olan bireylere bakım veren hemşirelerin hastaların cinsel fonksiyon durumlarını değerlendirmesi ve sorun varsa çözümü için uygun girişimlerde bulunması gereklidir (Yıldız, 2003).

Hemşire, uygun iletişim tekniklerini kullanarak duyguları açığa çıkarma, kabul etme, değişikliğe uğramış cinsel yaşam ile ilgili problemleri tartışmaya izin verme, hastalık ve tedaviye bağlı olası cinsel sorunları tanılamaya yardımcı olma ve öneriler sunma aracılığı ile hastanın tedavi ve bakım planına uyumunu sağlar. (Craven, Hirnle, 2000; Potter, Perry, 1993). Hastanın tedavi ve bakım planına uyum göstermesi, cinsel sorunların erken dönemde belirlenmesinde, kontrol altına alınmasında, hastanın yaşam kalitesinin korunması ve sürdürülmesinde en önemli faktördür.

Hemşirelerin her hastalıkta olduğu gibi CD'da da bakım, eğitim ve danışmanlık rolleri vardır. Bu rolleri yerine getirebilmesi için hemşirenin öncelikle sağlıklı cinsel yaşam ve CD (etiyojisi, patofizyolojisi, çeşitleri, tanılanması, tedavisi) konularında sağlam bir bilgi temeline sahip olması gereklidir. Hemşire kullanılan laboratuvar testleri ve spesifik tanı testlerini de çok iyi bilmelidir. Bununla birlikte hemşire hastayı değerlendirirken cinselliği etkileyen dinsel inançlar ve kültür gibi faktörleri de gözönünde bulundurmalıdır (Craven, Hirnle, 2000; Greco, 1996; Potter,

Perry, 1993; Taylor ve ark, 1993). Hemşirelerin çeşitli araştırmalar yaparak bu rollerini yeni bilgilerle desteklemeleri ve daha etkin hale getirmeleri, hastanın bakım kalitesini ve tedaviye uyumunu arttırmada oldukça önemlidir.

Cinsel Disfonksiyonu Olan Hastanın Bakımı

CD'ü olan hastanın bakımında amaç; hastanın cinsel sorunlarının tanınması ve uygun girişimlerle var olan sorunun giderilmesine yardım edilmesidir. CD'un değerlendirilmesinde ilk adım ayrıntılı bir anamnez alınması ve fiziksel muayenenin yapılmasıdır (Craven, Hirnle, 2000; Ignatavicius ve ark, 1995; Potter, Perry, 1993; Taylor ve ark, 1993).

Alınan her hemşirelik anamnezinde hastanın herhangi bir cinsel sorunu olup olmadığını belirlemek amacıyla yönelik cinsellikle ilgili birkaç soru da yer almalıdır ve bu rutin hale getirilmelidir. Hemşire bu sorulara verilen cevapları değerlendirebilmeli ve sorunun varlığını gösteren belirtileri iyi bilmelidir. Eğer ilk değerlendirme sonucunda hemşire cinsel sorun varlığını belirledi ise daha detaylı bir cinsel sağlık anamnezi alınmalıdır (Potter, Perry, 1993).

Fiziksel muayenede hemşire hastanın göğüslerini, iç ve dış genital organlarını değerlendirir (Craven, Hirnle, 2000; Potter, Perry, 1993; Taylor ve ark, 1993). Muayene sırasında hemşire hastanın reaksiyonlarını, sorulara cevaplarını, cinsel organların anatomik ve fizyolojik yapısı hakkındaki bilgisini değerlendirme fırsatı bulur (Potter, Perry, 1993).

Hemşirelik bakımı; tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarını içerir (Craven, Hirnle, 2000; Ignatavicius ve ark, 1995; Potter, Perry, 1993; Taylor ve ark, 1993). Aşağıda MI geçiren hastanın bakım planına bir örnek yer almaktadır (Potter, Perry, 1993).

Tanılama süreci; bireyin cinsellikle ilgili aktivitelerinin değerlendirilmesini içerir. Bu değerlendirmede aşağıdaki noktalara özellikle dikkat edilmelidir:

- Bireyin davranışsal ya da sözel ifadelerini temel alarak (Aşk hayatım devam edecek mi? gibi) cinselliği tartışmaya hazır olup olmadığını değerlendirilmesi,
- Hasta ve eşinin eski cinsel ilişkilerinin ve bu ilişkinin seviyesinin sorgulanması (Sıklığı, başlatma vs.),
- Şevkat davranışlarının gözlenmesi (Okşama, dokunma, öpme vs.),
- Eşinden ayrı bir yerde hastanın tüm fonksiyonlarına geri dönüşü ve iyileşme durumu hakkında sorgulanması,
- Hasta ve eşinin anksiyetesinin gözlemlenmesi (El yazısı vs.).

CD'un tanımlanmasında ayırdedici bazı özellikler vardır. Bu özelliklerden en önemlileri;

- Hastanın cinsel aktivitenin yeni bir MI'ya ya da ölüme neden olabileceği korkusunu sözlü olarak ifade etmesi,
- Hastanın eşinin hastaya dokunmada isteksiz olması; sözel olarak hastaya sürekli bakım, dikkat ve korunma gerektiğini ifade etmesidir.

Ayrıntılı bir anamnez alındıktan, fizik muayene yapıldıktan ve cinsellikle ilgili aktiviteler değerlendirildikten sonra ayırdedici özellikler de varsa cinsel ilişki sırasında ölüm veya yeni bir MI korkusu ile ilişkili "*Değişmiş Cinsellik Paterni*" "*Cinsel fonksiyonda değişiklik*" tanısı konur. CD tanımlandıktan sonra hemşirelik bakımı planlanır.

Planlama sürecinde hedefler ve beklenen sonuçlar yazılı olarak ifade edilmelidir. Hasta, hastanın eşi ve hemşirenin hedefleri birbiriyle uyum göstermelidir.

MI geçiren hastanın bakım planının **hedefleri**;

- Hasta ve eşinin MI'den yaklaşık iki hafta sonra cinsel aktivite davranışlarında ve ifadelerinde olumlu değişiklikler göstermeye başlaması,
- Hasta ve eşini MI'den yaklaşık beş hafta sonra pozitif bir etki-leşim yakalaması,
- Hastanın MI'den yaklaşık sekiz hafta sonra cinsel ilişkiye tekrar başlamasıdır.

Bu hedefler doğrultusunda **beklenen sonuçlar** ise şunlardır:

- Yaklaşık ikinci ziyaret günü eşi hastaya dokunacak,
- Hasta ve eşi dokunma ve okşama seviyesini arttırmayı yaklaşık 2 hafta sürdürecektir,
- Hasta ve eşi yaklaşık beş hafta sonra cinsiyetlerine uygun terimler kullanmaya başlayacak,
- Eş yaklaşık üç hafta sonra kalp sağlığı için gerekli yaşam stili değişikliklerini kabul etmeyi sürdürecektir ve korkularının kaybolduğunu tanımlayacak,
- Hasta ve eşi yaklaşık beş hafta sonra denemelerinde zevk almayı deneyimleyecek,
- Hasta ve eşi yaklaşık sekiz hafta sonra cinsel aktiviteden doyum aldığını ifade edecek.

Uygulama süreci, hastanın cinsel sorunlarının çözümlenmesine yönelik girişimleri içerir. **Bu girişimler;**

- Bakımda eşin katılımının sağlanması (Banyo yaparken, duş alırken ve saç tararken eşe yardımcı olma vb.),
- Eşin hastaya veda ederken sarılmaya veya öpmeye teşvik edilmesi,
- Ambulasyon saatlerinin ziyaret saatlerine uygun hale getirilmesi,
- Hastanın günlük aktivitelerini, cinsel fonksiyonlarını ve sağlığını görsel olarak hayalinde canlandırmaya yönlendirilmesi,
- Hastanın korkularını ve gözyaşlarını göstermesine izin verilmesi ve mahremiyetine önem verilmesi,
- Hasta ile acıya adaptasyon sürecinin tartışılması,
- Cinsel doyum için alternatif cinsel ifadelerin (okşama, kucaklama gibi) tartışılması,
- Cinsel aktiviteye derece derece dönüşte zevk beklentisinin gerçekçi olarak belirlenmesidir.

Uygulamaya yönelik yapılan girişimler sırasında aşağıdakilere **dikkat edilmelidir:**

- Dokunma temel bir iletişim şeklidir; cinsel ifade ve etkileşimin temelidir.
- Hastanın aktivite toleransını değerlendirirken içtenliğin sürdürülmesi hastanın kapasitesini artırır.
- Hasta korkularını sözlü olarak ifade edebilir ve deneyimlediği diğer bazı hislerini de tanımlayabilir.
- Sürdürdüğü cinsel ifadelerini ve deneyimlediği hislerini daha az stresle açıklar.

Değerlendirme süreci, hastaya verilen bakımın etkinliğinin ortaya konmasını sağlar. Doğru değerlendirme bazı ölçütleri içerir:

- Hasta ve eşi arasındaki etkileşimin gözlenmesi,
- Hastanın sözsüz davranışlarının gözlenmesi (Kişisel giyim gibi),
- Hastanın kendini tanımlamasının, yetenekleri konusundaki yorumlarının, taburculuk planlarının ve ziyaretçilerle etkileşiminin dinlenmesi (Neşe belirtilerinin gözlenmesi, kendi hakkında kullandığı olumlu terimlerin tanımlanması, gelecek planları ve bağımsız aktivitelerinin konuşulması),
- Hastanın eşinin gerekli yaşam stili ve rol değişimleri ile MI hakkındaki korkuları hakkında gizlice sorgulanması,

- Hasta ve eşinin cinsel davranışlarla ilişkili hislerinin sorgulanması.

Cinsel Disfonksiyonda Hemşirenin Eğitim ve Danışmanlık Rolü

MI sonrası önerilen sürede ve önerilen şekilde doyum verici (tatminkar) bir cinsel ilişkinin deneyimlenmesinde, taburculuk öncesi verilecek eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin rolü büyüktür. Ancak sağlık profesyonellerinin utanma, toplumsal tabu, önemsememe, danışmanlık için yeterli bilgiye sahip olmadıklarına inanma gibi nedenlerle cinsel eğitim ve danışmanlık hizmeti vermedikleri (Steinke, Patterson-Midgley, 1996; Yeni ve ark, 2001); hastaların ise yine utanma vb. nedenlerle bu konuda soru sormaktan kaçındıkları çeşitli çalışmalarla ortaya konulmuştur (Hui-Meng, 1999).

Steinke ve Patterson-Midgley tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin sadece %15'inin hastalarına cinsel konularda bilgi vermeyi teklif ettiği belirlenmiştir (Steinke, Patterson-Midgley, 1995).

Akdolun ve Terakye tarafından MI geçiren hastalarda yapılan bir çalışmada, olguların hepsinde gelecekteki cinsel yaşamları hakkında bilgi eksikliği olduğu saptanmıştır (Akdolun, Terakye, 2001). Diğer bir çalışmada ise; taburculuk öncesi olguların %97.1'ine cinsel ilişki ile ilgili bilgi verilmediği, ancak olguların %57.8'inin kendilerine bu konuda bilgi verilmesini istedikleri belirlenmiştir (Yıldız, 2003).

Cinsel danışmanlıkta çeşitli cinsel danışmanlık modelleri kullanılır. Bu modellerin kullanımının yaygınlaşması hemşirelerin bu konudaki rahatsızlığını azaltabilir. Bunlar arasında en çok kullanılan model, dört aşamadan oluşan PLISSIT (**P**ermission = İzin, **L**imited **I**nformation = Sınırlı bilgilendirme, **S**pecific **S**uggestions = Özel öneriler, and **I**ntensive **T**herapy = Yoğun tedavi) modelidir (Greco, 1996; Taylor ve ark, 1993):

1. **İzin:** Hastanın cinsel konularda konuşmasına izin verme.
2. **Sınırlı Bilgilendirme:** Hastanın öğrenmek istediklerini anlatma.
3. **Özel Öneriler:** Bireyin durumuna özgü önerilerde bulunma ve uygun kaynağa yönlendirme. İyi gözlem.
4. **Yoğun tedavi:** Hastanın gereksinimlerini ekip çalışması ile belirleyip karşılama.

Belirgin komplikasyonları olan hastalar dışında cinsel etkinlik teşvik edilmelidir. Bu model ile hasta herşeyin yolunda gittiğine ikna olabilir. Bu da miyokard infarktüsü sonrası ortaya çıkan ölüm korkusunu kontrol altına almasına ve hastanın tekrar cinsel yaşamına geri dönmesine yardımcı olur. Bütün bunların sonucunda bireylerde kendi-

ne güven artarken, anksiyete azalır (DeBusk ve ark, 2000; Goldstein, 2000; Khan ve ark,1996). Aşağıda MI sonrası hasta eğitimine kapsamlı bir örnek yer almaktadır (Potter, Perry, 1993).

MI Sonrası Cinsel Aktiviteye Yeniden Başlamaya Yönelik Hasta Eğitimi

Doğru hasta eğitimi için öncelikle eğitimin hedefi belirlenmelidir. MI sonrası cinsel aktiviteye yeniden başlamaya yönelik hasta eğitiminin hedefi; hastanın cinsel aktivite sırasındaki kardiyovasküler stresörleri ve aktivite intoleransı ile ilişkili faktörleri belirlemesidir.

Bu hedef doğrultusunda yapılacak **hasta eğitimi şunları içermelidir:**

- Özellikle hasta ve eşine cinsel konularda tartışma için yeterli zaman sağlanmalıdır.
- Günlük diğer aktivitelerle cinsel aktivite için gerekli olan *MET düzeyi karşılaştırarak tartışılmalıdır.
- Tablo 1'de çeşitli günlük etkinliklerin MET eşdeğerleri verilmiştir.
 - ◆ Cinsel aktivitenin uyarılma fazında 3-4 MET, orgazm fazında ise 4-6 MET gerekir. Bu da yaklaşık 2 kat merdiven çıkmaya eşittir.

Tablo 1. Çeşitli Günlük Etkinliklerin MET Eşdeğerleri.

Günlük Aktiviteler	MET Skoru
Uzun süredir birlikte olduğu bir eşle yapılan cinsel aktivite alt sınır (normal aktivite)	2-3
Üst sınır (aşırı efor sarf edilen aktivite)	5-6
Eşya taşıma veya kaldırma (9-20 kg)	4-5
Düz zeminde 1,5 kilometrelik mesafeyi 20 dakika içinde yürüme	3-4
Golf oynama	4-5
Bahçe ile uğraşma (örn. toprak kazma)	3-5
Hafif ev işleri (örn. ütü yapmak)	2-4
Ağır ev işleri (örn. yerleri silme)	3-6

*(1MET=Dinlenme sırasındaki tüketilen oksijen miktarı=3.5 ml / kg / dk)

- Bireyle cinsel aktiviteye kardiyovasküler cevap tartışılmalıdır.
 - ◆ Cinsel aktivite sırasında kalp hızı 20/dk'dan daha az artar ve 3 dakikada normal değere döner.
 - ◆ Kan basıncı sistolik 40mmHg'dan az, diastolik 20mmHg'dan daha az artar.

- Kardiyovasküler stresi arttıran çevresel faktörler tartışılarak öğretilmelidir.
 - ◆ Oda ısısı ne sıcak ne de soğuk olmalıdır.
 - ◆ Cinsel aktiviteden bir - üç saat öncesine kadar aşırı yemek yeme ve alkol tüketiminden kaçınılmalıdır.
 - ◆ Yorgunluğu azaltan pozisyonlar seçilmelidir. En ideali her zaman kullandıkları pozisyonudur. Ancak çiftler her zamanki pozisyonlarında rahatsızlık duyuyorlarsa yan yana ya da hastanın altta olduğu bir pozisyonu deneyebilirler.
 - ◆ Ön sevişmeye zaman ayrılarak kalp cinsel aktiviteye derece derece hazırlanmalıdır.
 - ◆ Cinsel aktivitede bulunmak için hastanın dinlenmiş hissettiği bir zaman seçilmelidir. Örn: Sabah.
 - ◆ Özellikle evlilik dışı ilişki ve yabancı bir ortam kardiyovasküler stresi artırır.
 - ◆ Aşırı egzersiz sonrası yapılan cinsel aktivite sırasında da kalp krizi geçirme riski artmaktadır.
 - ◆ Göğüs ağrısını önlemek için cinsel ilişki öncesi nitrogliserin gibi ilaçlar alınabilir.
- Hastaya cinsel aktiviteyi sonlandırması ve doktora başvurması gereken durumlar öğretilmelidir.
 - ◆ Cinsel ilişki sırasında ve sonrasında angina,
 - ◆ 10 dakikadan uzun süren dispne, aşırı yorgunluk,
 - ◆ Yine 10 dakikadan uzun süren çarpıntı.

Eğitim sonunda yapılan değerlendirmede; hasta ve eşinin sözel olarak, cinsel aktivite toleransını değerlendirebildiklerini, cinsel aktivite intoleransı belirti ve bulgularını ve kardiyovasküler stresi arttıran ve azaltan çevresel faktörleri öğrendiklerini belirtmeleri eğitimin etkin olduğunu gösterir.

Sonuç olarak; hemşirelerin cinsel disfonksiyon konusundaki bilgi düzeylerinin artırılması, cinsel sorunların erken dönemde belirlenmesinde, verilen hemşirelik bakımının kalitesinin artırılmasında, sorunun kontrol altına alınmasında ve çözümünde yardımcı olacaktır. Bu da hastaların yaşam kalitelerinin korunması ve sürdürülmesine katkıda bulunacaktır.

KAYNAKLAR

1. Akdolun, N., Terakye, G. (2001) Sexual problems before and after myocardial infarction. *Rehabil Nurs*, 26(4): 152-158.
2. Craven, R.F., Hirnle, C.J. (2000) Sexuality and Reproduction. In *Fundamentals of Nursing: Human Health and Function (1322-1342)*. Philadelphia, Lippincott Company.
3. DeBusk, R., Drory Y., Goldstein I., et al. (2000) Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: recommendations of the Princeton Consensus Panel. *Am J Cardiol*, 86; 175-181.
4. Drory, Y., Kravetz, S., Weingarten, M. (2000) Comparison of sexual activity of women and men after a first acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*, 85: 1283-1287.
5. Friedman, S. (2000) Cardiac disease, anxiety and sexual functioning. *Am J Cardiol*, 86; 46-50.
6. Frolicher E.S., Kee L.L., Newton K.M., et al. (1994). Return to work, sexual activity and other activities after myocardial infarction. *Heart & Lung*, 23(5): 423-435.
7. Goldstein, I. (2000) The mutually reinforcing trial of depressive symptoms, cardiovascular disease and erectil dysfunction. *Am J Cardiol*, 86 (2A); 41-45.
8. Greco S.B. (1996) Sexuality education and counseling. In S.P. Hoeman (Ed). *Rehabilitation Nursing Process and Application (594-627)*. St Louis, Mosby –Year book.
9. Guiliano, F., Pena, B.M., Mishra, A., et al. (2001) Efficacy results and quality of life measures in men receving sildenafil citrate for the treatment of erectile dysfunction. *Qual Life Res*, 10(4); 359-369.
10. Hui-Meng, T. (1999) Erektıl disfonksiyonun tanı ve tedavisinde kültürel sorunlar. Birinci Uluslar arası Erektıl Disfonksiyon Konsültasyonu Satelit Sempozyumu, Paris.
11. Ignatavicius, D.D., Workman, M.L., Mislner, M.A. (1995) Human sexuality. In *Medical Surgical Nursing: A Nursing Process Approach (177-193)*. WB Saunders Company, Philadelphia.
12. Jackson, G. (2000) Sexual intercourse and stable angina pectoris. *Am J Cardiol*, 86; 35-37.
13. Jaarsma, T. (2002) Sexual problems in heart failure patients. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 1;61-67.
14. Khan, M.G., Topol E., Aksena S., et al. (1996) Acute myocardial infarction. In J.W. Pine (Ed). *Heart Disease: Diagnosis and Therapy, A Practical Approach (107-110)* St. Louis, Williams & Wilkins.
15. Kimmel, S.E. (2000) Sex and miyocardial infarction: an epidemiologic perspective. *Am J Cardiol*, 86;10-13.
16. Kloner, R.A. (2000) Cardiovascular risk and sildenafil. *Am J Cardiol*, 86; 57- 61.
17. Kolman, P.B.R. (1984) Sexual dysfunction and post myocardial infarction patient. *J Cardiac Rehab*, 4; 334-340.

18. Laumann, E.O., Paik, A., Rosen, R.C. (1999) Sexual dysfunction in the United States. *JAMA*, 281(6); 537-544.
19. Levine, L.A., Kloner, R.A. (2000) Impotence of asking questions about erectile dysfunction. *Am J Cardiol*, 86(1); 1210-1213.
20. Muller, J.E., Mittleman M.A., Maclure M., et al. (1996) Triggering myocardial infarction by sexual activity. *JAMA*, 275; 1405-1409.
21. Onat, A. (2000) Kalp Damar Hastalıklarında Erektile Disfonksiyon Durum Raporu, Türk Kardiyoloji Derneği.
22. Padma-Nadhan, H. (1999) Prevalance of sexual dysfunction, efficacy of therapy. *Rev Urol*, 1(4); 203-204.
23. Papadopoulos, C., Beaumont C., Shelley S.I., et al. (1983) Myocardial infarction and sexual activity of the female patient. *Arch Intern Med*, 143;1528-1530.
24. Potter, P.A., Perry, A.G. (1993) Sexuality. In *Fundamentals of Nursing. Concepts, Process & Practice (958-999)*. St. Louis, Mosby Year Book.
25. Roose S.P., Seidman S.N. (2000) Sexual activity and cardiac risk: depression a contributing factor? *Am J Cardiol*, 86; 38-40.
26. Stein, R. (1984) Sexual dysfunction and the patient with coronary heart disease. *Arch Intern Med*, 144; 1744.
27. Stein, R.A. (2000) Cardiovascular response to sexual activity. *Am J Cardiol*, 86; 26-29.
28. Steinke, E., Patterson-Midgley, P. (1995) Sexual counselling of MI patients by cardiac nurses. *J Cardiovasc Nurs*, 10(1): 81-87.
29. Steinke, E., Patterson-Midgley, P. (1996) Sexual counseling following acute myocardial infarction. *Clin Nurs Res*, 5(4): 462-472.
30. Taylor, C., Lillis, C., Lemone, P. (1989) Sexuality. *Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care. (1061-1098)* London, JB. Lippincott Company.
31. Taylor, C., Lillis, C., Lemone, P. (1993) Sexuality. In *Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care (1121-1162)*. Philadelphia, JB. Lippincott Company.
32. Vrag, R., Bouilly, P., Frydman, D. (1985) Is importance an arterial disorder? *Lancet*, 26; 181-184.
33. Yeni, E., Ünal, D., Verit, A., ve ark. (2001) Evli hemşire grubunda kadın cinsel fonksiyon indeksi ile cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi. 4.Ulusal Androloji Kongresi, Ankara.
34. Yıldız, H. (2003) Miyokard infarktüsünde cinsel fonksiyon bozukluğunun irdelenmesi. *Hemşirelik Forumu*, 6(4):1-8.
35. Zusman, R.M., Morales, A., Glasser, D.B., et al. (1999) Overall cardiovascular profile of sildenafil citrate. *Am J Cardiol*, 83 (5A); 35-44.