

Miyokard İnfarktüsü ve Cinsel İşlev Bozukluğu

Myocardial Infarction And Sexual Dysfunction

Nurten Vicdan, Zeynep Canlı Özer

Akdeniz Üniversitesi, Antalya Sağlık Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya

Cinsel aktivite, hayat kalitesinin çok önemli bir parçası olup kalp hastaları için de pek çok sıkıntı yaşanan bir durumdur. Kalp hastaları, cinsel ilişkinin miyokard infarktüsü gibi istenmeyen olaylara neden olabileceği önyargısı ile cinsel aktivitelerden uzak durmaktadırlar. Bu kalp hastalığı olan bireyin yaşam kalitesini daha da azaltmaktadır. ABD’de 50 yaşında bir kişinin yıllık miyokard infarktüsü riski %1 olup, seksüel aktivite bu riski %0.01 oranında artırır. Kalp hastalığı olan ve miyokard infarktüsü için yüksek riskli kişilerde miyokard infarktüsü görülme oranı %10 dur ve seksüel aktivite bu riski %0.01 oranında artırır. Miyokard infarktüsü sonrası önerilen sürede ve önerilen şekilde doyum verici bir cinsel ilişkinin yaşanmasında, taburculuk öncesi verilecek eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin rolü büyüktür. Ancak sağlık personelinin utanma, toplumsal tabu, önemsememe, danışmanlık için yeterli bilgiye sahip olmadıklarına inanma gibi nedenlerle cinsel eğitim ve danışmanlık hizmeti vermedikleri; hastaların ise yine utanma, çekinme ve bu konuyu toplumsal bir tabu olarak görmeleri nedeniyle bu konuda soru sormadan kaçındıkları çeşitli çalışmalarla kanıtlanmıştır. İlk yapılacak şey, hasta ile konuşarak endişelerini gidermek olmalıdır. Daha sonra hasta ve eşi egzersiz, diyet, sigarayı bırakma, kilo verme ve cinsel yaşamla ilgili danışmanlık konularını içeren geniş kapsamlı bir kardiyak ve cinsel rehabilitasyon programına alınmalıdır. Cinsel rehabilitasyon programları; cinsel aktiviteye tekrar başlanması, tedavide kullanılan ilaçların yan etkilerinin izlemi, çiftlerin bilgilendirilmesi, çiftler arasındaki iletişimin ve duygusallığın devam ettirilmesi, endişelerinin giderilmesi, hastaların yakınmalarının izlemi unsurlarını içermektedir.

Anahtar kelime: Miyokard infarktüsü, cinsel işlev bozukluğu, cinsel rehabilitasyon

Sexual activity is a crucial part of life quality and a troublesome situation for cardiac patients. Cardiac patients keep away from sexual activity because of the prejudice that sexual activity leads undesirable incidents like myocardial infarction. This misconception reduces the life quality of a cardiac patient. In United States annual myocardial infarction risk of a 50-year-old person 1%, sexual activity increases this percentage at the rate of %0.01. The incidence of myocardial infarction is %10 for a person who is a cardiac patient and has a high risk of myocardial infarction and sexual activity increases this percentage at the rate of %0.01. Training and consulting services provided prior to discharge have a great role in experiencing a satisfactory sexual relationship after myocardial infarction in a recommended period and a proposed way. However, with many studies, it has been proven that health personnels don't provide sex education and counseling services because of embarrassment, social tabu, ignorance, and the belief that they don't have enough information for counseling. It has been also proven that patients avoid asking questions about this subject because of embarrassment, hesitation and social tabu. The first thing to do must be removing the patients concerns by talking to them. Then the patient and his wife should be taken into an extensive cardiac and sex rehabilitation program including exercise, diet, quitting smoking, losing weight and counseling subjects concerning sexual life. Sexual rehabilitation programs involves elements like re-initiation of sexual activity, observation of the side effects of drugs used in the treatment, informing the couples, removing the concerns, observation of complaints of patients.

Key words: Myocardial infarction, sexual dysfunction, sexual rehabilitation

Geliş tarihi: 15.02.2011 Kabul tarihi:29.07.2011

Yazışma adresi: Nurten VİCDAN, Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, ANTALYA E-posta: nurtenvicdan@akdeniz.edu.tr

Sağlık; "fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan iyi olma hali" olarak tanımlanır. Bu unsurlardan birinin aksaması halinde diğerleri de etkilenecek ve yaşamı mutlu bir şekilde sürdürmek olanaksız hale gelecektir. Cinsel sağlık özellikle bu unsurların hepsini geniş bir şekilde kapsar¹. Cinsellik; fizyolojik, bilişsel ve davranışsal bileşenler içeren, gelişimsel ve kültürel etkilerle biçimlenen karmaşık bir oluşumdur. Cinsel işlev bozukluğu (CİB) konusundaki gereksinimlerin karşılanamaması kişide bir takım psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.^[2]

Cinsel tedaviler, CİB'nun psikolojik kaynaklı olduğu düşünüldüğü için geliştirilmiştir. Ancak giderek, CİB'nda organik etkenlerin rolünün, sanılandan daha fazla olduğu fark edilerek birçok tıbbi hastalığın, ameliyat ve ilaçla bağlantılı olduğu bulunmuştur. Bir olguda CİB'nun ne derece organik, ne derece psikişik faktörlere bağlı olduğunu tam olarak ayırt etmek mümkün değildir. Aslında bir hayli karmaşık olan tıbbi hastalıklarla, CİB arasındaki bağlantılar, 5 başlık altında incelenebilir.^[3]

1. Tıbbi durum veya tedavisi cinsel işlevlerle ilgili fizyolojik ya da anatomik mekanizmaları etkileyebilir.
2. Tıbbi duruma veya tedaviye psikolojik tepki olarak cinsel işlev bozukluğu olabilir.
3. Tıbbi ve psikişik faktörlerin bileşimi, CİB'na neden olabilir.
4. Hastalık veya cerrahi girişim, var olan cinsel sorunu ortaya çıkarabilir.
5. Psikolojik faktörlerin sebep olduğu CİB, fiziksel şikayetler görünümünde ortaya çıkabilir.

İngiltere'de 789 erkek ve 977 kadının katıldığı bir çalışmada, cinsel sorunların fiziksel, ruhsal ve sosyal durum ile güçlü bir ilişki içerisinde bulunduğu gösterilmiştir. CİB'nun erkek hastalarda tıbbi sorunlarla, kadın hastalarda ise ruhsal ve sosyal sorunlarla daha yakından ilişkili olduğu gözlenmiştir.^[4]

Kalp hastalıkları insidansı ve tedavideki gelişmelere paralel olarak CİB sıklığındaki artış tıbbi, ekonomik ve psikososyal sorunları da beraberinde getirmektedir. Vasküler sorunlar, psikolojik faktörler, çoklu ilaç kullanımı, ilaçların olumsuz etkileşimi, diyabet, sigara ve obezite gibi risk faktörleri kalp hastalığı olan bireylerin farklı düzeylerde cinsel sorunlar yaşamasına neden olmaktadır⁵. Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de, kardiyovasküler hastalıklar ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Ülkemiz gibi genç yaşta kardiyovasküler olayların fazla olduğu toplumlarda cinsel fonksiyonların ele alınması ve tedavisi, ayrı önem kazanmaktadır.^[6]

Kardiyovasküler hastalığı olanlarda erektil disfonksiyon prevalansı genel populasyona göre daha fazladır. Asemptomatik bir erkekte erektil disfonksiyonun ortaya çıkışı gizli bir koroner arter hastalığının habercisi olabilmektedir.^[7] Seksüel aktivitenin organizma üzerine etkisinin, günlük rutin işlemlerden olan yürüme veya koşma gibi aktivitelerle ve korku, kızgınlık gibi emosyonel olaylarla karşılaştırıldığında benzer düzeyde olduğu gösterilmiştir. Buna ilave olarak cinsel aktivitenin fizik egzersiz gerektiren intramasyon safhası, cinsel uyarılma safhasına göre (koitus dışı aktivite ve daha az fizik aktivite gerektiren ilişki pozisyonlarını içeren safha) kalp atımını, kan basıncını ve kalbin oksijen tüketimini biraz daha fazla artırmaktadır⁸. Genel bir ifadeyle cinsel aktivite koroner hastalığı olan veya olmayan bireylerde hafif ve orta dereceli egzersizle eşdeğerdir. Kalp atımı nadiren dakikada 130'a, sistolik kan basıncı 170 mm Hg'ya yükselmektedir.^[7]

Yapılan çalışmalar doğrultusunda kalp hastalıklarında cinsel yaşamın önemli düzeyde etkilendiği görülmektedir. Miyokard İnfarktüsü (Mİ) ve kararlı angina pectoris çoğu hastanın cinsel aktivitelerinde önemli düzeyde olumsuz etkilenme ortaya çıkmaktadır. Göğüs ağrısı yakınması olan hastaların cinsel aktiviteleri incelendiğinde, %65'i cinsel ilişki esnasında göğüs ağrısı geliştiğini ve cinsel aktiviteye ara vermek zorunda kaldıklarını bildirmiştir. Mİ sonrası gelişen CİB kadınlarda lubrikasyon, orgazmik fonksiyon, cinsel istek, ilişki tatmini, klitoral duyarlılık ve genel tatminde, erkeklerde ise erektil fonksiyon, orgazmik fonksiyon, cinsel istek, ilişki tatmini ve genel tatminde azalmaya yol açarak cinsel yaşamı olumsuz yönde etkilemektedir.^[10] Obezite, hipertansiyon, diyabet, menopoz gibi risk faktörlerinin ve kullanılan bazı ilaçların CİB'na yol açabileceği, Mİ geçiren olgularda da CİB'unu artırabileceği bildirilmektedir.^[11]

Mİ esnasında erkeklerin nelere maruz kaldığını inceleyen 1700 olgulu bir çalışmada hastaların yaklaşık %60'ında bilinen bir maruziyeti, %19'unun uykudan yeni uyandığı, %11.6'sının psikolojik strese maruz kaldığı, %4.9'unun ağır egzersiz yaptığı, %2.4'ünün kızgın olduğu ve ce %1.5'inin cinsel ilişkide olduğu belirtildi¹⁴. Atan ve Delibaş (2003)'ün çalışmalarında belirttiği gibi Japonya'da yapılan bir çalışmada 5559 ani ölüm olgusunun sadece 34 tanesinin (%0.06) koitus esnasında olduğunu saptadı. Bu olguların 18'i kardiyak kökenli ve 27'si evlilik dışı cinsel ilişki esnasında meydana geldi. Bu çalışmada olağan eş ile koitusun ani ölüme çok az etkisi olduğu (%0.06) ve evlilik dışı cinsel ilişkinin daha yüksek risk oluşturduğu belirtildi. Seksüel aktiviteye olan fizyolojik cevaplar (kalp atımı, kan basıncı ve kalbin oksijen tüketimi) cinsel uyarılmanın tipi, partneri önceden tanıyıp tanınamama gibi faktörlerle de

etkilenmektedir. Alışık olunmayan bir yerde, farklı bir partner ile cinsel ilişkide bulunma fazladan strese ve dolayısıyla da katekolamin salınımına neden olur. Bu da miyokardın oksijen tüketimini artırır.^[13]

Koroner arter hastalığı tanısı alan kadınların cinsel aktivitelerine yönelik yapılan çalışmalardan biri incelendiğinde, kararsız angina ve ST yükselmesiz Mİ geçiren kadın hastaların %48,57'inin cinsel yaşamlarına devam ettiği, ancak birçoğunun cinsel yaşamlarından hiç veya çoğunlukla memnun olmadığı belirlenmiştir¹⁴. Yıldız ve Pınar'ın çalışmalarında bireylerin %70,6'sının son bir ayda cinsel ilişkiye girdiği, %29,4'ünün cinsel ilişkiye girmediği belirlenmiştir. Mİ sonrası cinsel ilişki yaşayan bireylerin %32,4'ünde cinsel aktivite tatmininde, %53,9'unda ise cinsel aktivite sıklığında azalma olmuştur. Mİ sonrası cinsel ilişki sıklığında azalma nedenleri sorgulandığında olguların %85,5'inde reinfarktüs korkusu, %9,1'inde reinfarktüs korkusu ile birlikte angina gl, %5,5'inde ise sadece angina olduğu saptanmıştır.^[12]

Kardiyovasküler hastalık risk faktörleri aşağıda sıralanmış olup bunlardan cinsiyet faktörü haricindeki 3 veya 3'ün üzerinde faktörün bulunması cinsel aktivite esnasında da Mİ riskini artırmaktadır^[7]:

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

Literatürde Mİ sonrası CİB prevalansının yüksek olduğu, Mİ sonrasında hastaların yaklaşık %25'inin cinsel aktiviteyi bıraktığı ve CİB'un kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda Mİ sonrası CİB'un çoğunlukla psikolojik kaynaklı olduğu ve genellikle hastaların cinsel aktivite sıklığında ve tatmininde azalma görüldüğü belirtilmektedir. Yıldız ve ark.'nın yaptığı çalışmada da tüm olguların %52'sinde, erkeklerin %37'sinde ve kadınların %80'inde CİB saptanmıştır.^[12]

Modern yaşamın stresleri ve beslenme alışkanlıkları kalp hastalığı riskini arttırmıştır ve kalp hastalığı yaşı 30'lu yaşlara kadar inmiştir. Kalp krizi sonrasında

hem hastalar hem de partnerleri cinsel aktivite de dahil olmak üzere tamamen normal yaşamlarına geri dönmeleri konusunda oldukça endişeli ve çekimserdiler. Pek çok çift hatalı olarak cinsel aktiviteyi riskli ve tehlikeli bulurlar. Klinik araştırmalarda da bu durum ortaya konmuştur. Son yıllarda yapılmış bir çalışmada, hastaların %17'si, partnerlerinin ise %35'i Mİ sonrasında cinsel aktivitelerine geri dönmek için endişeli olduklarını belirtmişlerdir.^[15] Mİ geçirmiş hastaların temel korkuları cinsel yetersizlik ve/veya cinsel aktiviteye bağlı kardiyovasküler hastalığın tetiklenmesidir. Bu durum, anksiyete ve gerginlik oluşturur, kişiyi cinsel aktiviteden uzaklaştırır, özellikle hastalarda depresyona ve öz güven kaybına neden olur ve çiftler arası ilişkileri ciddi olarak bozabilir. Buna engel olmak için '*Kalp hastalığı olan kişilerde cinsel aktivite kalbe ne kadar yük getirmektedir ve bu yük ciddi bir risk oluşturmakta mıdır?*' sorusu cevaplanmalıdır.^[13]

Mİ sonrası önerilen sürede ve önerilen şekilde doyum verici bir cinsel ilişkinin yaşanmasında, taburculuk öncesi verilecek eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin rolü büyüktür. Ancak sağlık personelinin utanma, toplumsal tabu, önemsememe, danışmanlık için yeterli bilgiye sahip olmadıklarına inanma gibi nedenlerle cinsel eğitim ve danışmanlık hizmeti vermedikleri; hastaların ise yine utanma, çekinme ve bu konuyu toplumsal bir tabu olarak görmeleri nedeniyle bu konuda soru sormadan kaçındıkları çeşitli çalışmalarla kanıtlanmıştır.^[11]

Kültürlerin cinselliğe bakış açıları birbirinden farklı olduğu gibi, aynı kültür içindeki yöresel farklılıklar da cinselliğe bakışı etkiler. Ayrıca ülkemizde yerleşik cinsellik anlayışının bir parçası olan utanma, çekinme, gizlenme davranışları, sorunun ortaya konması ve sorun saptandığında bu konuda yardım almayı ve uygun kaynağa danışmayı zorlaştırır. Oysa herkesin kendi yararına en uygun tıbbi yardımı almaya hakkı vardır. Cinsellik yaşamın vazgeçilmez bir parçasıdır. Bu konuda sorun yaşandığında yaşamın diğer alanları ve sonuçta bütün olarak yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenir. Hemşirelerin temel fonksiyonu sağlığın korunması ve sağlıktan sapmalar olduğunda gerekli yardımın sağlanmasıdır. Bu nedenle kardiyovasküler hastalığı olan bireylere bakım veren hemşirelerin hastaların cinsel fonksiyon durumlarını değerlendirmesi ve sorun varsa çözümü için uygun girişimlerde bulunması gereklidir.^[12]

Steinke ve Patterson-Midgley (1996) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin sadece %15'inin hastalarına cinsel konularda bilgi vermeyi teklif ettiği belirlenmiştir. Lewis ve Bor (1994)'un yaptığı çalışmada hemşirelerin %54'den fazlasının hasta ile cinsel konuları tartışırken utandığı saptanmıştır.^[12] Akdolun ve Terakye(2001) tarafından Mİ geçiren hastalar üzerinde

yapılan diğer bir çalışmada ise, olguların hepsinde gelecekteki cinsel yaşamları hakkında bilgi eksikliği olduğu saptanmıştır¹⁶.

Batı toplumlarında sağlık harcamalarının büyük bir kısmı kronik hastalıkların tedavisine ve risk faktörlerine yönelmiştir. Yapılan bir çalışmada sağlıklı bir yaşam tarzı, egzersiz, Akdeniz tipi beslenme, obeziteyi, metabolik sendromu ve seksüel disfonksiyonu düzeltmede etkili bulunmuştur.¹⁷ Düzenli egzersiz yapmak, ağır fiziksel aktivitelerin Mİ'yi tetikleme ya da ani ölümlere yol açma ihtimalini azaltır. Egzersiz ile aerobik kapasite artar ve Mİ geçirmiş hastalarda cinsel ilişki esnasındaki kalp atım hızı üst sınırı aşağıya çekilir. Ayrıca egzersiz, kişinin lipid profilini iyileştirir, kan basıncını düşürür, insülin ihtiyacını azaltır ve kilo kontrolünü ve kendisini daha iyi hissetmesini sağlar. Düzenli spor yapmanın cinsel aktivite üzerine olumlu etkisi bilinmektedir. İtalya'da bir kalp enstitüsünde yapılan araştırmada, nitrat kullandıkları için sildenafil kullanamayan erektil disfonksiyon ve kardiyak sorunları olan hastaların, bisiklet egzersizi yaparak, cinsel fonksiyonlarını artırmaları belirtilmiştir⁹. Kaynaklarımızın farmakolojik tedavilerle tüketilmesi yerine sağlıklı yaşam tarzı, diyet, egzersizin vurgulanmasının kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde olduğu gibi erektil disfonksiyonunun tedavisinde de etkili olduğu görülmektedir.¹⁶

Cinsel terapide, cinsel işlevleri bozan psişik etkenlerin çözümlenmesi, ve cinsel işlevleri olumlu etkileyecek etkenlerin eklenmesi yoluyla, çiftlerin cinsel yanıtı için, en uygun psikolojik durumun yaratılması amaçlanır. Performans anksiyetesi ve başarısızlık korkusunun azaltılması, çiftler arasındaki kırgınlıkların çözümlenmesi güven duygusunun artırılması, çiftlerin genel ve cinsel iletişiminin artırılması bu bağlamda ön planda olması gereken konulardır. Ayrıca yanlış bilgi ve inanışların düzeltilmesi, özellikle erkek mitlerinin erkeğe yaptığı baskı ve yükün azaltılması da önemli unsurlardandır.¹³

Cinsel fonksiyon hayat kalitesinin ve kişinin subjektif olarak kendini iyi hissetmesinin en iyi göstergesidir. Epidemiyolojik çalışmalar cinsel sorunların yaygın olduğunu ve bu durumun kişinin ruh hali ve ilişkilerini olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır.¹⁸ Kardiyovasküler hastalığın veya tedavi amaçlı girişimlerin hastada yarattığı endişe veya değersizlik, işe yaramazlık şeklindeki psikolojik yanıt da cinsel işlev bozukluğunun gelişmesinde önemli rol oynayabilmektedir. Bu nedenle hastaya müdahale eden sağlık ekibi, hastanın fizyolojik düzelmesinin yanında psikolojik düzelmesine de katkıda bulunmalıdır.¹⁸ Sorunun saptanması için ayrıntılı bir anamnez alınmalıdır. Hastaların cinsel sorunlarını tanımlamakta genellikle

zorlukları olur. Genellikle “olmuyor”, “yapamıyoruz” ya da “tatmin olmuyorum” gibi ifadeler kullanırlar.¹³ İlk yapılacak şey, hasta ile konuşarak endişelerini gidermek olmalıdır. Daha sonra hasta ve eşi egzersiz, diyet, sigarayı bırakma, kilo verme ve cinsel yaşamla ilgili danışmanlık konularını içeren geniş kapsamlı bir kardiyak ve cinsel rehabilitasyon programına alınmalıdır. Cinsel rehabilitasyon programı şu unsurları içermelidir.¹⁸

1. Cinsel aktiviteye tekrar başlanması: Genelde hastanın Mİ sonrası ilk 2 hafta içinde cinsel aktiviteye başlamaması önerilmektedir. Hasta stabilize olduktan 3-6 hafta sonra başlanması daha güvenlidir. Hastada cinsel eylemin kalbi yorucu bir aktivite olduğu ve kalp krizini tekrar tetikleyebileceği endişesi bulunduğundan çeşitli örnekler verilerek bu endişe giderilmeye çalışılmalıdır.¹⁸ Çeşitli fiziksel aktiviteler esnasında dakikada tüketilen oksijen miktarı (V02), MET (metabolic equivalents of oxygen consumption) ile ifade edilir. 1 MET=3.5 ml O₂/kg/dk'dır. Bu da istirahattaki miktara karşılık gelir. Günlük pek çok aktivite 4-5 MET, cinsel ilişki ise 3.5-5 MET'e eşdeğerdir.⁹ Örneğin, seksüel aktivitenin 2 kat merdiven çıkmakla eşdeğer bir iş olduğu ve bunu yapabilen bir kişide cinsel eylemin bir risk taşımayacağı belirtilebilir. Bu örnekler yeterince ikna edici olmazsa, efor testi yapılarak hastaya daha fazla özgüven kazandırılabilir.¹⁸

2. Tedavide kullanılan ilaçların yan etkilerinin izlemi: Tedavi amaçlı kullanılan ilaçların birçoğu nöroendokrin kontrol üzerindeki santral etkileri yoluyla veya ereksiyonun nörovasküler kontrolü üzerindeki etkileri ile erektil disfonksiyona neden olabilirler. Santral nörotransmitterleri etkileyen antipsikotik, antidepressan ve antihipertansif ilaçların bir bölümü erektil disfonksiyona yol açabilir.

3. Çiftlerin bilgilendirilmesi: Hastada cinsel eylemin yapılacağı yer, zaman, kişi ve pozisyon ile ilgili tereddütler bulunabilir. Genel olarak, olağan dışı bir yerde veya değişik bir partner ile gerçekleştirilen eylemin normalden daha fazla strese yol açacağı, katekolamin salınımının ve miyokardiyal oksijen tüketiminin artacağı, bunların sonucunda da kardiyak bir olayın tetiklenebileceği düşünülmekte ve bu tür ilişkilerden kaçınılması önerilmektedir.¹¹ Cinsel ilişki sırasında alt-üst gibi izometrik iş yükünü artıran pozisyonlar yerine eşlerin yan yana olacağı daha rahat pozisyonların tercih edilmesi kalbin iş yükünü azaltabilir. Cinsel eylemden önce hastalar iyice dinlenmiş olmalıdır. Ön sevişme döneminin uzun tutulması hastanın heyecanının azalması ve adaptasyonu açısından yararlı olabilir. İlişkinin 3 saat öncesinden itibaren aşırı yemek, egzersiz ve alkol alımından kaçınılmalıdır.¹³

4. Çiftler arasındaki iletişimin ve duygusallığın devam ettirilmesi, endişelerinin giderilmesi: Kalp hastalarında, cinsel aktivitenin ölüme yol açabileceği korkusu yanında, eşi ile arasında soğukluğun ve uzaklaşmanın yaşanabileceği endişesi gelişmektedir. Bunun dışında hastanın kendisinin istekli olmasına rağmen, eşinin cinsel eylemin kardiyak bir olayı tetikleyebileceği endişesi olabilir. Bu durumlarda, çiftlere psikolojik danışmanlık hizmeti verilmesi yararlı olabilir. Hastaya cinsel yaşamının eski düzeyine döndürülmesi konusunda aceleci davranmaması ve kendini rahat hissetmesi önerilmelidir. Eşi ile arasındaki fiziksel yakınlığın yanı sıra duygusal ilişkiyi de tekrar yerine oturtması gerektiği hatırlatılmalıdır.

5. Hastaların yakınmalarının izlemi: Hastalar, ilişki sırasında gelişen angina, aşırı yorgunluk, uzamış dispne, ilişki sonrası 10 dakikadan daha fazla süren çarpıntı hissettikleri takdirde tekrar sağlık kuruluşuna başvurmaları yönünde uyarılmalıdırlar. Böyle bir durumda, cinsel aktivitenin hasta açısından güvenli olup olmadığının tekrar değerlendirilmesi gerekebilir.^[18]

Sonuç olarak; Mİ sonrası dönemde hastaların veya eşlerinin cinsel etkinliğe dönüşle ilgili korkularının yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle kalp hastalarında cinsel etkinliğe dönüşü değerlendirmede veya cinsel fonksiyon bozukluğunun tedavisine karar vermede hastanın koşullarının oluşturacağı riski belirlemenin ve hastayı buna göre yönlendirmenin önemi açıktır. Standart partner, alışıktır ortam ve düzenli periyotlarla yapılan cinsel ilişki hafif-orta dereceli bir kardiyak yük oluşturur. Bu yük ciddi bir risk oluşturmaz ve orta dereceli bir egzersize karşılık gelir. Cinsel ilişkiye bağlı Mİ riskini azaltmak için düzenli egzersiz ile egzersiz kapasitesini arttırmak çok önemlidir. Sedanter hayat, evlilik dışı ilişkiler, bireyi yorabilecek koitus pozisyonunu Mİ riskini artırır. Uzun süreli fiziksel ve cinsel olarak inaktif olan kişilerde cinsel aktivitenin yeniden başlatılmasından önce dikkatli bir medikal değerlendirme ve takip yapılmalıdır. Seks esnasında ağrı olursa seks sonlandırılmalı ve hasta hemen sağlık kuruluşuna başvurmalıdır. Bilinen koroner hastalığı veya Mİ öyküsü olan kişilerde yeni Mİ geçirme riski, düzenli egzersiz, antiagregan ve betabloker kullanımı ile azaltılabilir. Ayrıca alkol ve sigaranın kesilmesi ve obesitenin tedavisi de fayda sağlar.

KAYNAKLAR

1. Yıldız H. Sağlığın bozulduğu durumlarda hemşirelerin cinsel sağlığa yaklaşımları. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi 2002;12(49):81-90.

2. Tashbulatova D. İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörler. Yayımlanmamış, Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara 2007.s.3-5.
3. Şahin D, Ertekin E. Fiziksel hastalıklar ve cinsel işlev bozukluğu, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Klinik Gelişim 2009;22(4):75-9.
4. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. Journal Epidemiol Community Health 1999;53:144-148.
5. Akın S. Kalp hastalıklarında cinsel disfonksiyon prevalansı, İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Kadın Cinsel Sağlığı/ Hemşire Çalışma Grubu, Androloji Bülteni 2009;37:172-4.
6. Boztosun B, Olcay A, Değertekin M. Cinsel aktivite ve kardiyovasküler risk, Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2007; 7: 423-426.
7. Metin A, Kayıgil Ö. Kardiyovasküler problemi olan hastalarda cinsel fonksiyonun sağlanması, Erkek Cinsel Sağlığı, Androloji Bülteni 2003;18:10-2.
8. Meston CM. Sympathetic nervous system activity and female sexual arousal, Am J Cardiol 2000; 86 (2A): 30F-34F.
9. Kartal Ö, Tatlı E, İnal V, Yamanel L. Kalp hastalıklarında cinsel aktivite, Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2006;6:264-269.
10. Bernardo A. Sexuality in patients with coronary disease and heart failure. Herz J 2001;26:353-359.
11. Lunelli RP, Rabello ER, Stein R, Goldmeier S, Moraes MA. Sexual activity after myocardial infarction: taboo or lack of knowledge?, Arq Bras Cardiol 2008;9(3): 156-9.
12. Yıldız H, Pınar R. Miyokard infarktüsülü hastalarda cinsel disfonksiyon, Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2004;4:309-317.
13. Atan A, Delibaş T. Cinsel aktivite kalbi ne kadar zorluyor? Androloji Bülteni 2003;17:1-4.
14. Eyada M, Atwa M. Sexual Function in Female Patients with Unstable Angina or Non-ST Elevation Myocardial Infarction, J Sex Med 2007;4(5):1373-1380.
15. Muller JE. Sexual activity as a trigger for cardiovascular events: what is the risk? Am J Cardiol 1999;84(5B):2N-5N.
16. Akdolun N, Terakye G. Sexual problems before and after myocardial infarction: patients' needs for information Rehabil Nurs. 2001;26:152-8.
17. Giugliano D, Giugliano F, Esposito K. Sexual dysfunction and the Mediterranean diet. Public Health Nutr 2006;9:1118-20.
18. Kalp damar hastalıklarında erektil disfonksiyon ve tedavisi durum raporu. Türk Kardiyoloji Derneği 2000. Erişim:www.tkd.org.tr/kilavuz/k05.htm