

Cinsel sağlık, bireyin somatik, entelektüel, zihinsel, duygusal ve sosyal yönlerinin bir bütünüdür ve genel sağlığın en önemli bileşenlerinden biridir. Bu nedenle önemli bir yaşam kalitesi konusudur. Cinsel aktivite genellikle KY olan hastalarda önemli bir sorundur. Kalp yetersizliği hastalarında hemodinamik, vasküler, hormonal ve nörohormonal anormallikler sık görülen cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda KY hastaları tarafından bildirilen cinsel sorunlar cinsel ilgide azalma (%47-82), cinsel aktivite sıklığında azalma (%48-76), cinsel performans ile ilgili olumsuz değişiklikler (%29.5-33) ve cinsel aktiviteden memnuniyetsizliktir (%34-83). Schwarz ve arkadaşları (2008) KY olan kadın ve erkekler arasında cinsel disfonksiyon prevalansını inceledikleri çalışmada; kadınların %87'sine kadın cinsel disfonksiyonu tanısı konurken, erkeklerin %84'üne erektil disfonksiyon tanısı konduğunu belirtmektedir. Orgazm sorunları kadınların %62'si, erkeklerin %73'ü tarafından rapor edilmektedir. Hoekstra ve arkadaşlarının (2012a) büyük bir örnekleme yaptığı çalışmada (n=792), KY hastalarının %48'inin taburculuktan bir ay sonra, %70'inin 18 ay sonra cinsel aktivite ile ilgili sorunlar yaşadığı belirtilmektedir. Cinsel sorunların genellikle bir partnerle yaşayanlar, erkekler ve yaşı genç olanlar arasında olduğu ifade edilmektedir.

Nedenler

Kalp yetersizliğinde cinsel sorunlara neden olan faktörler arasında koroner arter hastalığına neden olan risk faktörleri, KY semptomları, komorbiditeler, ilaçların yan etkileri, azalmış egzersiz kapasitesi, depresyon/anksiyete, ölüm korkusu, kendine güvende azalma sayılabilmektedir. Çalışmalar tiyazid diüretiklerin ve β -blokerlerin (nebivolol dışında) erektil fonksiyon üzerine olumsuz bir etkisi olabileceğini göstermektedir. Angiotensin konverting enzim inhibitörleri, angiotensin reseptör blokerleri ve kalsiyum kanal blokerlerinin erektil fonksiyon üzerine olumsuz bir etkisinin olmadığı hatta olumlu bir etkisinin olduğu belirtilmektedir. Kalp yetersizliği hastaları sağlıklı yaşlılarla karşılaştırıldığında, cinsel fonksiyon bozukluğunun benzer oranda olduğu ancak KY hastalarında cinsel fonksiyonda değişikliğe neden olan erektil disfonksiyon (ED), solunum sıkıntısı, yorgunluk, ilaç kullanımı (β -blokerler ve lipid düşürücü ilaçlar) ve dolaşım bozukluğunun daha fazla olduğu ifade edilmektedir.

Kalp Yetersizliği Olan Hastalar Cinsel Aktivitede Bulunabilir mi?

Kompanse ve/veya hafif (NYHA I veya II) KY olan hastalar cinsel aktivitede bulunabilir. NYHA sınıf III-IV olan hastalarda cinsel etkinlikle tetiklenen dekompanse riskinin biraz arttığı bildirilmektedir. Stabil olmayan ya da dekompanse veya ilerlemiş (NYHA III veya IV) KY olan hastalara durumları stabil oluncaya ve optimal yönetilinceye kadar cinsel aktivite önerilmemektedir. Fosfodiesteraz 5 (PDE5) inhibitörleri kompanse KY hastalarında erektil disfonksiyon tedavisi için genellikle güvenli ve etkilidir. PDE5 inhibitörleri nitrat tedavisi alan hastalarda kullanılmamalıdır. Hastalara cinsel aktivite öncesi iyi dinlenmesi, ağır yemekler veya alkolden kaçınması, solunum güçlüğü olduğunda aktiviteyi durdurması ve dinlenmesi, cinsel etkinlik sırasında dispne ve göğüs ağrısına karşı profilaktik olarak dilaltı nitrogliserin alması önerilmektedir. Hastalar cinsel aktivite sırasında sık idrara çıkmayı önlemek amacıyla diüretik kullanım zamanını planlamalıdır.

Hasta ve Partnerine Danışmanlık Önerileri

Uluslararası KY kılavuzları sağlık profesyonellerinin hastaları ile cinsel sağlığı tartışmalarını, hasta ve partnerlerine cinsel endişeleri ile ilgili eğitim vermelerini önermektedir. Ancak KY hastaları ile yapılan bir çalışmada (n=100) erkeklerin %60'ının, kadınların %75'inin doktorlarının olası cinsel sorunları kendileri ile tartışmadıklarını belirttikleri saptanmıştır. Hastaların çok azı cinsel fonksiyonları hakkında yeterli bilgiye sahip olduğuna inanmasına karşın, kadınların %42'si, erkeklerin %73'ü doktoru ile cinselliği konuşmaktan rahatsızlık duyduğunu ifade etmiştir. Hoekstra ve arkadaşları (2012c) yaptıkları çalışmada; hemşirelerin %75'inin KY hastaları ile cinsel sağlığı tartışma sorumluluğu olduğunu belirtse de %61'inin cinselliği nadiren ya da hiç tartışmadığını belirttiklerini bulmuştur. Aynı çalışmada Hoekstra ve arkadaşları hemşirelerin cinsellik konusunu tartışmama nedenleri olarak bilgi eksikliği, eğitim yetersizliği, konuyu nasıl başlatacağını bilememe gibi engelleri tanımlamıştır.

Ne Yapılabilir?

Hastalar ve partnerleri cinsellik konusunu konuşmaktan utandıkları için sağlık profesyonellerinin tartışmayı başlatması önerilmektedir. Cinsel endişe ve kalp hastalığı konusuna egzersiz önerilerini tartıştıktan sonra geçilmelidir. Cinsel danışmanlık için gerekli bilgi yüz yüze ya da online öğrenme yöntemleri ile sağlanabilmektedir. Cinsel endişelerle ilgili poster veya broşürler verilebilir. Açık uçlu sorular tartışmayı kolaylaştırmaktadır. Bu amaçla anket formları kullanılabilir. Cinsel endişelerin tartışılmasına izin verecek bir ortam yaratılmalıdır.

Cinselliğin değerlendirilmesi ve endişe duyulan konuların tanımlanması ilk adımdır. Tanılama için hemşire-hasta arasında bir güven ilişkisi oluşmalı, hasta mahremiyeti sağlanmalı, hasta dikkatle dinlenmeli, ses tonu ve beden dili dikkatli bir şekilde gözlenmelidir, uygun dil kullanılmalıdır.

PLISSIT modelinin kullanımı ve değerlendirme araçları cinsel endişeleri tartışmaya başlamak için yapılandırılmış bir yaklaşım sağlamaktadır. Bu tartışmada hem hasta hem partneri korkularını açıkça ifade eder, cinsel sorunlar konuşulur hem

de sağlık ekibinden bilgi destek alır. Model dört aşamadan oluşmaktadır.

- Permission (İzin). Hastanın cinsel konularda konuşmasına izin verme: Bu adım cinsellik tartışması için bir kapı açmaktadır. “Kalp rahatsızlığından sonra pek çok insanın cinsel aktiviteye tekrar başlama konusunda endişeleri vardır. Sizin ne tür endişeleriniz var?” gibi bir soru yönelterek tartışma başlatılabilir.
- Limited Information (Sınırlı bilgi): Cinsel fonksiyonları geliştirmeye yardım edecek kadar yeterli miktarda bilgi vermektir. Örn; cinsel aktivite öncesi iyi dinlenilmesi, ağır yemekler veya alkolden kaçınılması, solunum güçlüğü olduğunda aktivitenin durdurulması ve dinlenilmesi gibi sınırlı bilgi verilir. Bu sınırlı ve genel bilgi hasta ve partnerlerinin korkularını yenmelerine ve yanlış anlamaları düzeltmelerine yardım edebilir.
- Spesific Suggestion (Spesifik öneri): Bu adım daha fazla bilgi ve uzmanlık gerektirmektedir. Kapsamlı değerlendirme ve sorun analizi yapılır.
- Intensive Therapy (Yoğun tedavi): Modeldeki son adım genellikle bir terapist ya da uzman tarafından tedavi gerektiren durumlardır. Cinsel endişe ve sorunları açıklığa kavuşturacak spesifik sorular gerektirmektedir. Örn; “partnerinizle ilişkinizi nasıl tanımlarsınız? KY nedeni ile cinsel aktiviteye tekrar başlama konusunda endişeleriniz nelerdir?” gibi.

Hemşireler İçin Özel Eğitim

Hemşirelerin, cinsel endişeler hakkında konuşmaya nasıl başlanacak gibi özel iletişim becerilerine ve KY'nin cinsel aktiviteyi fizyolojik olarak nasıl etkilediğine yönelik eğitim alması önemlidir. Böylece hemşireler cinsel endişeleri tartışma konusunda kendilerini güvende ve iyi hazırlanmış hissederek. Ayrıca hemşireler cinsellik konusunda inanç, değer ve tutumlarının farkına varmalı, eşlerin yaşam biçimlerini, cinsel yaşamlarını yargılamamalı, hastaların sınırlılıklarının farkında olmalıdır.

Sonuç olarak, cinselliğin yaşam kalitesinin önemli bir yönü olduğu unutulmamalıdır. Hekim ve hemşirelerin hastaların bu gereksinimlerini önemsemeleri gerekmektedir. Multidisipliner yaklaşım benimsenmelidir.

Kaynaklar

1. Baumhäkel M, Schlimmer N, Kratz M, et al. (2011). Cardiovascular risk, drugs and erectile function: a systematic analysis. *International Journal of Clinical Practice*, 65:289-98.
2. Bedell SE, Duperval M, Goldberg R. (2002). Cardiologists' discussions about sexuality with patients with chronic coronary artery disease. *American Heart Journal*, 144(2):239-42.
3. Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJV, et al. (2008). Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2008 ESC kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*.
4. Hoekstra T, Jaarsma T, Sanderma R, et al. (2012a). Perceived sexual difficulties and associated factors in patients with heart failure. *American Heart Journal*, 163:246-51.
5. Hoekstra T, Lesman-Leegte I, Couperus MF, et al. (2012c). What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure?. *Heart&Lung*, 41(5):492-99.
6. Hoekstra T, Lesman-Leegte I, Luttik ML, et al. (2012b). Sexual problems in elderly male and female patients with heart failure. *Heart*, 98:1647-52.
7. Jaarsma T. (2002). Sexual problems in heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1:61-67
8. Levine GN, Steinke EE, Bakaeen FG, et al. (2012). Sexual activity and cardiovascular disease. A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 125:1058-1072.
9. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, et al. (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 14:803-869.
10. Schwarz ER, Kapur V, Bionat S, et al. (2008). The prevalence and clinical relevance of sexual dysfunction in women and men with chronic heart failure. *International Journal of Impotence Research*, 20:85-91.
11. Steinke EE, Jaarsma T, Barnason SA, et al. (2013). Sexual counseling 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). *Circulation*, 128, doi,10.1161/CIR.0b013e31829c2e53.
12. Steinke EE. (2010). Sexual dysfunction in women with cardiovascular disease. What do we know?. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(2):151-158.
13. Van Driel AG, Jef de Hosson MJ, Gamel C. (2014). Sexuality of patients with chronic heart failure and their spouses and the need for information regarding sexuality. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(3):227-34.