



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**ÜREME ÇAĞINDAKİ KALP HASTASI KADINLARDA
GEBELİK KORKUSUNUN, KONTRASEPTİF NİYET VE CİNSEL
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nursedda BÜYÜKAHISHA

Danışman: Dr. Öğr.Üyesi Bahtışen KARTAL

TOKAT-2024

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Dr.Öğr. Üyesi Bahtışen KARTAL danışmanlığında hazırlamış olduğum “Üreme Çağındaki Kalp Hastası Kadınlarda Gebelik Korkusunun, Kontraseptif Niyet ve Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi” adlı Yüksek Lisans/ Doktora tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

10./07/2024

Nursedâ BÜYÜKAHİŞA

İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgisini, yardım ve desteğini esirgemeyen, beni sabırla ve anlayışla yönlendiren tez danışmanım değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Bahtışen KARTAL'a, verilerin analizinde destek aldığım Öğr. Gör. Yunus Emre KUYUCU'ya, eğitim hayatım boyunca katkıda bulunan tüm hocalarıma, veri toplama sürecinde araştırmaya katılmayı kabul eden tüm kadınlara, her zaman yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen aileme en içten dileklerimle teşekkür ederim.



ÖZET

ÜREME ÇAĞINDAKİ KALP HASTASI KADINLARDA GEBELİK KORKUSUNUN, KONTRASEPTİF NİYET VE CİNSEL YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Büyükahışa, Nurseda

Yüksek Lisans, Hemşirelik Anabilim Dalı/Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr.Üyesi Bahtışen Kartal

Temmuz 2024, xii-111 sayfa

Bu çalışma üreme çağındaki kalp hastası kadınlarda gebe kalma korkusunun, kontraseptif niyet ve cinsel yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma evrenini İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir eğitim araştırma hastanesinin kardiyoloji polikliniğine gelen kadınlar oluşturmuştur. Araştırma örneklemini ise kardiyoloji polikliniğine gelen 18-49 yaş arasında 226 kalp hastası kadın oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Kontraseptif Niyet Ölçeği (KNÖ) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) formu ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama ve standart sapma, yüzdelikler, Bağımsız Örneklem t Testi veya Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Post-Hoc Tukey HSD, Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi, Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney ve normal dağılım varsayımının test edilmesinde ise çarpıklık ve basıklık katsayıları kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi için ise Pearson Korelasyon Analizi ve Regresyon Analizi uygulanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların %54'ünün kalp hastalığına bağlı cinsel yaşamının etkilendiği ve %58.4'ünün kalp hastalığına bağlı gebelikten korktuğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınların kontraseptif niyet ölçeği puan ortalaması 7.59 ± 3.31 , cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması 82.58 ± 16.30 'dur. Gebelikten korktuğu için cinsel ilişkiden kaçınma ($\beta = -1.860$; $p < 0.05$) değişkeni kontraseptif niyet ölçeğinin puanlarını anlamlı düzeyde yordamaktadır ($F = 5.156$; $p = 0.002$). Ayrıca gebe kadınları gördüğünde bile gebelikten korkma ($\beta = 0.142$; $p < 0.05$) ve gebelikten korktuğu için cinsel ilişkiden kaçınma ($\beta = 0.146$; $p < 0.05$) değişkenleri bağımlı değişkenimiz olan cinsel yaşam kalitesi ölçeği puanlarını

anlamalı düzeyde yordadı ($F=4.163$; $p<0.05$). Sonuç olarak gebe kalma korkusu kadınların kontraseptif niyetlerini ve cinsel yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kalp hastalığı, gebelik korkusu, yaşam kalitesi, cinsellik, kontraseptif yöntem.



ABSTRACT**THE EFFECT OF FEAR OF PREGNANCY ON CONTRACEPTIVE INTENTION AND QUALITY OF SEXUAL LIFE IN WOMEN WITH HEART DISEASE OF REPRODUCTIVE AGE**

Büyükahışa, Nurseda

Master's Degree, Department of Nursing/Department of Public Health Nursing

Thesis advisor: Dr. Öğr.Üyesi Bahtışen Kartal

July 2024, xii-111 page

This study was conducted to determine the effect of fear of pregnancy on contraceptive intention and quality of sexual life in women of reproductive age with heart disease. The research population consisted of women who came to the cardiology outpatient clinic of a training and research hospital affiliated with the Istanbul Provincial Health Directorate. The research sample consisted of 226 women with heart disease between the ages of 18-49 who came to the cardiology outpatient clinic. The data of the study were collected using the Personal Information Form, Contraceptive Intention Scale (CNÖ) and Sexual Quality of Life Scale-Female (CYKÖ-K) form scale. In evaluating the data, mean and standard deviation, percentages, Independent Sample t Test or One-Way Analysis of Variance (ANOVA), Post-Hoc Tukey HSD, Mann Whitney U Test and Kruskal Wallis Variance Analysis, Mann Whitney with Bonferroni Correction and skewness are used to test the normal distribution assumption. and kurtosis coefficients were used. Pearson Correlation Analysis and Regression Analysis were applied to examine the relationships between variables. It was determined that %54 of the women participating in the study had their sexual lives affected by heart disease and %58.4 were afraid of pregnancy due to heart disease. The average score of the contraceptive intention scale of the women participating in the study is 7.59 ± 3.31 , and the average score of the sexual quality of life scale is 82.58 ± 16.30 . The variable of avoiding sexual intercourse ($\beta = -1.860$; $p < 0.05$) due to fear of pregnancy significantly predicts the scores of the contraceptive intention scale ($F = 5.156$; $p = 0.002$). In addition, the variables of fear of pregnancy ($\beta = 0.142$; $p < 0.05$) even when seeing pregnant women and avoiding sexual intercourse ($\beta = 0.146$; $p < 0.05$) because of fear of pregnancy significantly predicted our dependent variable, the sexual quality of life scale scores ($F = 4.163$; $p < 0.05$). As a result,

it was determined that the fear of conception affected women's contraceptive intentions and quality of sexual life.

Key Words: Heart disease, fear of pregnancy, quality of life, sexuality, contraceptive method.



İÇİNDEKİLER

ETİK SÖZLEŞME.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR.....	xii
1.GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	3
1.2. Araştırma Soruları	3
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Gebelik Sürecinde Kardiyovasküler Sistemdeki Fizyolojik Değişiklikler	4
2.2. Gebelikte Kardiyovasküler Risklerin Belirlenmesi.....	5
2.3. Gebelikte Risk Oluşturabilecek Kardiyovasküler Hastalıklar ve Faktörler	7
2.3.1.Venöz Tromboembolik Hastalıklar	7
2.3.2.Valvüler Kalp Hastalıkları	7
2.3.3. Konjenital Kalp Hastalıkları.....	12
2.3.4. Kardiyomiyopatiler	16
2.3.5. Koroner Arter Hastalığı.....	17
2.3.6. Ritim Bozuklukları (Aritmi).....	17
2.3.7. Hipertansif Bozukluklar	18
2.4. Kardiyovasküler İlaçlar	19
2.5. Cinsel yaşam kalitesi	22
2.6. Kalp Hastalıkları ve Cinsellik	23
2.6.1. Hipertansiyon ve Cinsellik	23
2.6.2. Akut Miyokard Enfarktüsü ve Cinsellik	23
2.6.3. Kardiyak Cerrahi ve Cinsellik.....	24
2.6.4. Aritmiler, Pacemaker, İmplant Edilebilir Defibrilatörler ve Cinsellik.....	24

2.7. Kalp Hastası Kadınlarda Jinekolojik Sağlık ve Kontrasepsiyon.....	25
2.7.1. Aile Planlaması	25
2.7.2. Dünya’da ve Türkiye’de Aile Planlamasının Durumu.....	27
2.7.3. Aile Planlaması Yöntemlerinin Sınıflandırılması	28
2.8. Sağlık Pofesyonellerinin Gebelik Öncesi Bakımdaki Rol ve Sorumlulukları....	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1. Araştırmanın Tipi	33
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	33
3.3. Araştırma Evren ve Örneklemi	33
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	33
3.5. Veri Toplama Araçları	34
3.6. Verilerin Toplanması.....	35
3.7. Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri	36
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	37
4. BULGULAR	38
5.TARTIŞMA	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	58
7. KAYNAKLAR.....	60
8.EKLER LİSTESİ.....	80
EK 1. ETİK KURUL İZNİ.....	81
EK 2. KURUM İZNİ.....	83
EK 3.BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....	84
EK 4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	88
EK 5. KONTRASEPTİF NİYET ÖLÇEĞİ (KNÖ).....	90
EK 6. CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ-KADIN	92

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Düşük Ve Yüksek Riskli Kapak Hastalıkları.....	8
Tablo 4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=226).....	38
Tablo 4.2. Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n=226)	38
Tablo 4.3. Kadınların Kalp Hastalığı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=226)	39
Tablo 4.4. Kalp Hastalığının Cinsel Yaşamı Etkileme Durumuna Göre Dağılımı (n=226)	41
Tablo 4.5. Kadınların Doğum Kontrol Yöntemi Kullanım Özelliklerine Göre Dağılımı (n=226).....	41
Tablo 4.6. Kadınların Kalp Hastalığına Bağlı Gebelikten Korkma Durumlarına Göre Dağılımı (n=226).....	42
Tablo 4.7. Kadınların Kontraseptif Niyet Ölçeği Ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=226)	43
Tablo 4.8. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kontraseptif Niyet Ölçeği ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=226).	43
Tablo 4.9. Kadınların Doğum Kontrol Yöntemi Özelliklerinin Kontraseptif Niyet Ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(n=226).....	44
Tablo 4.10. Kadınların Kalp Hastalığı Nedeniyle Cinsellik Ve Gebelikten Korkma İle İlgili Nitel Değişkenlere Göre Kontraseptif Niyet ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=226)	45
Tablo 4.11. Kontraseptif Niyet Ölçeği İle Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Ölçeği Arası (n=226).....	İlişki 46

Tablo 4.12. Kadınların Kontraseptif Niyetlerine İlişkin Regresyon Analizi-Model Özeti, Güven Aralıkları ve Katsayılar (n=226).....	47
--	----

Tablo 4.13. Cinsel Yaşam Kalitesine İlişkin Regresyon AnaliziModel Özeti, Güven Aralıkları ve Katsayılar (n=226).	48
--	----



KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACE: Anjiotensin Dönüştürücü Enzim

ACOG: The American College Of Obstetricians And Gynecologists (Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği)

AHA: American Heart Association (Amerikan Kalp Derneği)

ANOVA: Tek Yönlü Varyans Analizi

CARPREG: Cardiac Disease in Pregnancy (Gebelikte kalp hastalığı)

CDC: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi)

cm²: Santimetre kare

CYKÖ-K: Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Ölçeği

DMPA: Depo medroksiprogesteron asetat

DSÖ/WHO: Dünya Sağlık Örgütü / World Health Organization

EACTS: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (Avrupa Kardiyotorasik Cerrahi Birliği)

ESC: The European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Derneği)

ESH: The European Society of Hypertension (Avrupa Hipertansiyon Derneği)

FDA: Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)

HDL: Yüksek yoğunluklu lipoprotein

HIV: Human Immunodeficiency Virus (İnsan bağışıklık yetmezliği virüsü)

KNÖ: Kontraseptif Niyet Ölçeği

KOK: Kombine Oral Kontraseptifler

KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi

LDL: Düşük yoğunluklu lipoprotein

LNG/ETG: Levonorgestrel/ etonogestrel

MI: Myokard infarktüsü

ml: Mililitre

mmHg: Milimetre civa

MWHO: Modifiye World Health Organisation

n: Örneklem sayısı

NET-ET: Norethisterone enanthate

NYHA: New York Heart Association- New York Kalp Derneği

PDA: Patent duktus arteriosus

RIA: Rahim içi araç

ROPAC: Registry of Pregnancy and Cardiac Disease (Gebelik ve Kalp Hastalıkları Kaydı)

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

UKMEC: UK Medical Eligibility Criteria (Birleşik Krallık Tıbbi Uygunluk Kriterleri)

UNFPA: United Nations Population Fund (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)

VTE: Venöztrromboemboli

ZAHARA: Zwangerschap bij vrouwen meteen Aangeboren HARtAfwijking-II,
Pregnancy in Women With Congenital Heart Disease II skorlama sistemi)



1.GİRİŞ

Her gebelik ve doğum, kadın sağlığına yönelik bir riskle ilişkilidir. Önceden var olan kronik tıbbi durumlar ise kadınlarda bu riski daha da artırabilir (Manaf ve ark., 2012; Nojomi ve ark., 2013; Bonnema ve ark., 2010; Rich-Edwards, 2009). Özellikle de gebelerde kalp hastalığı bu konuda önemli bir yere sahiptir. Kalp hastası gebelerde doğum ve doğum sonrası dönemde mortalite ve morbidite kalp hastalığının tipine, hastanın kalp açısından fonksiyonel durumuna ve gebeliğe bağlı komplikasyonlara göre değişmektedir. Kalp hastalığının insidansı gebelerde %1-4 civarında olmakla birlikte kalp hastalıklarından kaynaklı dolaylı anne ölümlerinin oranı %20 iken gelişmiş ülkelerde bu oran %10-15 arasında değişmektedir (Kızılırmak ve ark., 2022; Barth, 2009). Dünya çapında anne ölümlerinin tüm doğrudan nedenleri arasında ikinci en yüksek oran gebelikte hipertansif bozukluklar olarak bildirilmektedir (Say, Chou, Gemmill ve ark., 2014).

Gebelikte anne ve fetüs arasında uyumun sağlanması için kardiyovasküler sistemde birtakım değişiklikler meydana gelmektedir. Gebelikte kan volümünde ve kardiyak outputta artış meydana gelmektedir. Sistemik vasküler direnç, uterus kan akışı ve endojen hormonlarının etkisiyle düşmekte, periferik kan damarlarının genişlemesine bağlı olarak kan basıncı I. ve II. trimesterde azalmaya başlamaktadır. Bununla birlikte kolloid basıncın azalmasıyla su tutulumu meydana gelmekte bu da gebelerde pulmoner ödeme neden olabilmektedir (Bonow ve ark., 2008; Nelson-Piercy ve Chakravarti, 2007). Ayrıca gebelikte protein S aktivitesindeki azalma tromboembolik olayların meydana gelme riskini artırabilmektedir (Küçüker ve ark., 2013). Meydana gelen bu hemodinamik değişiklikler gebelik sürecini olumsuz olarak etkileyebilmektedir.

Gebeliğin ve doğumun meydana getirdiği fizyolojik süreçlerin kalbe getirdiği yükün yanısıra kalp hastalığının tedavisinde yaygın olarak reçete edilen birçok ilaç potansiyel olarak teratojeniktir. Kullanılan ilaçlar gebelikten önce gözden geçirilip ayarlanırsa, fetal teratojenik maruziyet en aza indirilebilir veya önlenir. İlaçla ilişkili doğum kusurları için en büyük risk, organogenezin meydana geldiği ilk üç aylık dönemde maruziyetten kaynaklanmaktadır. Bilinen veya şüphelenilen teratojenik veya olumsuz fetal etkileri olan yaygın kalple ilgili ilaçlar arasında varfarin, anjiyotensin dönüştürücü

enzim inhibitörleri, anjiyotensin II reseptör blokerleri, fenitoin, atenolol ve amiodaron bulunmaktadır (Clapp ve Bernstein, 2017).

Ayrıca kalp hastalığı, gebeleri kalp yetmezliği, aritmi ve felç gibi komplikasyonlar açısından riskli yapmakta, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, respiratuar distres sendromu, damar içi kanamalar ve ölüm gibi fetal komplikasyon riskini artırmaktadır (Kızılırmak ve ark., 2022). Örneğin, koroner kalp hastalığı hem anneyi hem de fetüs sağlığını tehdit etmekte, tedavide kullanılan ilaçlar fetüs için teratojenik olabilmekte ve bu nedenle fetüsü potansiyel olarak teratojenik ilaçlara ve anneyi de gebelik risklerine maruz bıraktığı için plansız gebelikten kaçınılması gerekmektedir (Ramlakhan ve ark., 2020). Gebelikte risk oluşturabilecek kronik hastalık varlığı kadınların gebelik istemini etkilememektedir (Pirkle ve ark., 2014). Bu risklerin kalp hastalığı olan kadınların ruh sağlığı üzerindeki etkisine bakıldığında ise gebelikten kaçınması gerektiği düşüncesiyle gebe kalma korkusu yaşamaktadır. Bu nedenle, bu grup için istenmeyen gebeliklerin önlenmesi adına doğum kontrolü seçeneklerinin dikkatli ve zamanında değerlendirilmesi önemlidir (Yurdakul ve ark., 2008; Millar ve Cameron, 2016).

Kronik hastalığı olan kadınların fiziksel ve ruhsal işleyişinin uyum içerisinde devam etmesinde cinselliğin önemli bir rolü olduğu ve çiftlerin gebe kalma korkusuyla cinsel yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (Yurdakul ve ark., 2008; Josephson ve McKay., 2013). Çayan ve arkadaşlarının kadın cinsel fonksiyon ölçeğini kullanarak yaptığı çalışmada kronik hastalıkların kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarını 1.9 kez arttırdığı belirlenmiştir (Çayan ve ark., 2004). Kalp hastaları, istenmeyen kardiyovasküler durumlara sebep olacağı düşüncesi ile cinsel aktiviteden kaçınmaktadır beraberinde yaşanan psikolojik ve emosyonel sıkıntılar cinsel işlev bozukluklarına neden olmaktadır (Vicdan ve Özer, 2011; Stein ve ark., 2016).

Literatürde kalp hastalığı olan kadınların gebe kalma korkularının cinsel yaşam kaliteleri ve kontraseptif yöntem kullanma niyetleri üzerine etkisini belirleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılmış çalışmaların genel olarak kronik hastalıklara odaklandığı, kronik hastalık ve kontraseptif yöntemler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda da sonuçların farklılık gösterdiği görülmektedir.

Yaptığımız bu çalışmanın hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından doğurganlık çağındaki kalp hastası kadınların gebe kalma korkularının, kontraseptif niyetleri ve cinsel yaşam kalitelerine etkisinin belirlenmesini sağlayarak; bu hastaların bakımının planlamasında, kadınların kalp hastalığının olası komplikasyonlarının cinsellik, aile planlaması ve gebelik üzerine olumsuz etkisine yönelik farkındalıklarının geliştirilmesine, hemşirelerin kalp hastalığına sahip kadınlarda oluşabilecek üreme sağlığı sorunlarına ilişkin daha fazla duyarlı olmasına, üreme sağlığı sorunlarını daha dikkatli ele alınmasına ve gerekli ek sağlık bakımını sunmaya yönelik çalışmalara öncülük edeceği aynı zamanda kurumlara üreme sağlığı sorunuyla başvuran doğurganlık çağındaki tüm kadınların sağlık profesyonelleri tarafından üreme sağlığıyla birlikte psikolojik iyilik hallerinin değerlendirilmesine ve kadının bu yönde danışmanlık gereksinimi olabileceğinin göz önünde bulundurulmasıyla toplumun hem üreme sağlığı hem de psikolojik iyilik halinin sağlanması ve toplumdaki bütüncül sağlık anlayışının geliştirilmesiyle birlikte halk sağlığı hemşireliğine ve literatüre katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma üreme çağındaki kalp hastası kadınlarda gebe kalma korkusunun, kontraseptif niyet ve cinsel yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.2. ARAŞTIRMA SORULARI

- Kalp hastası olan kadınlarda gebe kalma korkusu kontraseptif niyetlerini etkiler mi?
- Kalp hastası olan kadınlarda gebe kalma korkusu cinsel yaşam kalitesini etkiler mi?
- Kalp hastalığı olan kadınların kontraseptif niyet ve cinsel yaşam kaliteleri arasında ilişki var mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1. GEBELİK SÜRECİNDE KARDİYOVASKÜLER SİSTEMDEKİ FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Kalp hastası gebelere olan yaklaşımda gebelik sürecindeki fizyolojik değişikliklerin farkında olmak ve bu değişikliklerin kalp hastalığı üzerine etkisini bilmek bu sürecin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi bakımından önemlidir. Gebelikte anne ve fetüs arasında uyumun sağlanması için kardiyovasküler sistemde birtakım değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler 5-8.gebelik haftasından itibaren başlayıp 2.trimester sonlarına doğru zirveye ulaşır (Deen ve ark., 2021).

Gebelik sırasında anneyi kan kaybından korumak için dolaşıma katılan kan hacmi gebeliğin ilk 3.ayıyla birlikte artışa geçer yaklaşık olarak %30-50 kadar artar ve doğuma kadar bu düzeyde devam eder. Kan hacmindeki artışla birlikte son trimesterde renin-anjiyotensin-aldosteronun etkisiyle vücutta tuz tutulumuyla beraber su birikimi de meydana gelir bu da kalp yetmezliğine sahip gebelerde hemodinaminin bozulmasına neden olur. Gebelikte kan hacmiyle beraber alyuvar sayısı da artar. Ancak alyuvarların artışı kan hacmine göre daha az olduğu için gebelikte fizyolojik anemi görülebilmektedir (Akpınar, 2009). Kalp debisi ise gebeliğin başından itibaren artarak doğuma kadar bu artış devam eder, 20-26. haftalar arasında ve doğuma kadar ki süreçte artış seviyesi %30-45'lere kadar ulaşır (Elkayam ve ark., 2016). Sistemik vasküler direnç, uterus kan akışı ve artan progesteronla birlikte periferik kan damarlarının genişlemesine bağlı olarak azalır dolayısıyla da kan basıncı I. ve II. trimesterde azalmaya başlar 3.trimesterde normale döner. Gebeliğin sonlarına doğru uterusun büyümesiyle vena cava inferiora yaptığı baskıyla venöz dönüş ve kardiak outputta azalma meydana gelir, gebenin lateralden supin pozisyona dönmesiyle kardiyak ön yükteki hızlı düşüşle birlikte kardiyak output %25'e kadar azalabilir ve bu da plasental perfüzyonu bozduğu için fetüs bu durumdan olumsuz etkilenebilir. Ancak bu durumun pozisyon değişikliğiyle düzelmesi mümkündür (Bonow ve ark., 2008; Nelson-Piercy ve Chakravarti, 2007).

Doğum ve doğum sonrası erken dönem akut hemodinamik değişikliklerin olduğu dönemlerdir. Doğumun neden olduğu ağrı ve kaygıya bağlı olarak kalp atış hızı ve kan basıncı artar. Uterusun her bir kasılmasında 400-500 ml kan dolaşıma katılarak, kalp debisinde % 50 kadar artışa neden olur. Doğumdan sonra uterusun vena kava inferiordaki baskısının neden olduğu obstrüksiyonun sonlanması ve plasental tabakanın ayrılmasıyla yaklaşık 500 ml kanın dolaşıma katılır ve kalbin yükü % 80'e kadar artar bu değişiklikler doğumdan 2-6 hafta sonra gebelik öncesi durumuna geri döner (Deen ve ark., 2021). Gebelik ve doğumdaki semptomlar ve o süreçte meydana gelebilecek siyanoz da tromboembolik olay, intrauterin büyüme geriliği ve fetal ölüm riskini artırabilir aynı zamanda New York Heart Association-NYHA (New York Kalp Derneği) sınıf IV, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun %40'ın altına düşmesi, sol kalp obstrüksiyonu ya da daha önce geçirilen bir kardiyak olay gibi durumların stroke, aritmi, pulmoner ödem ve ölüme neden olabileceği de bildirilmiştir (Bonow ve ark., 2008; Nelson-Piercy ve Chakravarti, 2007). Ayrıca gebelikte protein S aktivitesinde azalmayla kan akışı azalır, venöz hipertansiyonla birlikte kanda pıhtılaşma eğiliminin artması beraberinde tromboembolik olayların oluşma riskinde artış meydana getirir (Küçüker ve ark., 2013).

2.2. GEBELİKTE KARDİOVASKÜLER RİSKLERİN BELİRLENMESİ

Kalp hastalığı olan gebelerin fonksiyonel risk durumları aşağıda verilen New York Heart Association (NYHA) fonksiyonel sınıflama sistemine göre belirlenmektedir (New York Kalp Derneği Kriterler Komitesi, 1994).

Evre 1- Fiziksel aktivitede sınırlanma yok. Efor ile nefes darlığı, çarpıntı, anjina yok.

Evre 2- Fiziksel aktivitede hafif kısıtlanma var. İstirahat halinde semptom yok, günlük işlerini yapabiliyor, efor ile nefes darlığı ve çarpıntı var.

Evre III- Fiziksel aktivitede ciddi kısıtlanma var. İstirahat halinde semptom yok, günlük işlerini yapamıyor. Hafif efor ile nefes darlığı ve çarpıntı var.

Evre IV- Ortopneik, istirahat halinde de nefes darlığı ve çarpıntı var.

Foley ve arkadaşları kalp hastalığı olan gebe kadınlara yaklaşımda riskleri saptamak adına bir sınıflandırma ortaya çıkarmıştır. Yaptıkları çalışmaya göre atrial septal defekt, ventriküler septal defekt, patent ductus arteriosus, pulmoner ve triküspit hastalık, düzeltilmiş fallot tetralojisi, biyoprostetik kapak, mitral darlık NYHA sınıf I-II olan hastalar minimal risk grubuna dahilken, mortalitesi %0-1'dir. Mitral darlık NYHA sınıf III-IV, aort darlığı, kapak patolojisi olmaksızın aort koarktasyonu, düzeltilmemiş fallot tetralojisi, geçirilmiş myokard infarktüsü (MI), normal aort köküyle birlikte Marfan sendromu, atrial fibrilasyonla beraber mitral darlık, mekanik kapak olan hastalar orta risk grubunda olup ve %5-15 mortalite riski oluşturur. Pulmoner hipertansiyon, kapak patolojisi ile beraber aort koarktasyonu ve aortik kökü tutan Marfan Sendromu major risk oluştururken mortalite riski %25-50 kadardır (Aktaran Dildy ve ark., 1991).

Primer ve sekonder pulmoner hipertansiyon (pulmoner arter basıncı $\geq$ 75 sistemik arter basıncı olması) ve aortik kök çapının >4.0 cm olduğu Marfan Sendromu, gebelik için kontrendike olup anne ölüm riski yüksektir. Eisenmenger sendromu da gebelikte kontrendike olup %35-50 oranında anne ölümüne neden olabilmektedir (Barth, (2009; Aktaran Dildy ve ark., 1991; Wylie ve ark., 2007).

Kalp hastası olan kadınlarda gebelik öncesinde aritmi, konjestif kalp yetmezliği, stroke veya trans iskemik atak öyküsü, NYHA sınıf III veya IV olması, istirahatte siyanoz, mitral kapak alanı <2 cm², aort kapak alanı <1.5 cm², sol ventrikül çıkım yolu gradientinin >30 mmHg olması, hipertrofik veya restriktif kardiyomiyopati, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun $< \%40$ olması gibi durumların yaşanması ciddi kardiyak olayların meydana gelebileceğine işaret eder. Önceden kardiyak olay öyküsü, NYHA $>II$ veya sol kalp obstrüksiyonu olan kadının, bu faktörleri taşımayan gebelere göre, olumsuz bir kardiyak durumu yaşamasının altı kat daha olası olduğu bildirilmiştir (Barth, 2009; Sermer ve ark., 2003).

2.3. GEBELİKTE RİSK OLUŞTURABİLECEK KARDİYOYOVASKÜLER HASTALIKLAR VE FAKTÖRLER

2.3.1. Venöz Tromboembolik Hastalıklar

Venöz tromboemboli dediğimiz kavram venöz dolaşımında trombüs oluşumuna bağlı olarak gelişen patolojik durumdur. İki ana olası komplikasyon söz konusudur bunlar pulmoner emboli ve derin ven trombozudur (Segal ve ark., 2003). Gebelikte uterusun büyümesiyle venöz dönüş artar, progesteron ve östrojenin ven duvarlarındaki gevşetici etkisiyle genellikle alt ekstremitelerde venöz staz gerçekleşir. Koagülasyon faktörlerinin artması ve mobilizasyonun azalması ile birlikte plazma fibrinojen düzeyi yükselerek tromboz eğilimi artar. Gerçekleşen bu fizyolojik değişimler doğum ve doğum sonu kanamayı önlemeye yönelik vücudun geliştirdiği bir mekanizmayken gebelik ve 6-8 haftalık postpartum dönemde derin ven trombozu riskini 5-6 kat arttırmaktadır (James, 2007; Sucak, G.T. ve Sucak, A., 2001; Melis ve ark., 2004). Postpartum dönemde özellikle de postpartum birinci haftada tromboemboli riski gebelikte olduğundan daha yüksektir. Özellikle riskli grupların sıkı takip edilmesi gerekmektedir. Bu riskli gruplardan biri de hipertansiyon hastalarıdır (Van der Linde ve ark., 2011).

2.3.2. Valvüler Kalp Hastalıkları

Avrupa gebelik ve kalp hastalıkları kayıtlarında (ROPAC-Registry Of Pregnancy And Cardiac Disease); 28 ülkeden 1321 gebe 2007-2011 yılları arasında takip edilmiştir. Bu kayıtlara göre konjenital kalp hastalıklarına bağlı kalp kapak hastalıkları gebelikte görülen kardiyovasküler hastalıkların %25'ini oluşturmaktadır. Gebelikte kalp debisi arttığı için mitral ve aort kapak stenozu bu dönemde daha fazla semptoma neden olur ve gebelikte tolere edilebilir düzeydedir. Mitral kapak patolojilerinin gebelikte görülme oranı %63 iken aort kapak patolojilerinin görülme oranı ise %23 civarındadır (Roos-Hesselink ve ark., 2013).

Gebelikte anne ve bebek açısından risk oluşturan kapak hastalıkları Tablo 2.1’de verilmiştir (Madazlı, 2020).

Tablo 2.1. Düşük ve Yüksek Riskli Kapak Hastalıkları

Düşük Risk
• Hafif aort stenozu (ejeksiyon fraksiyonu > %45) • Aort ve mitral yetmezlik, asemptomatik veya semptomları hafif • Mitral kapak prolapsusu • Hafif mitral stenoz • Orta hafif pulmoner stenoz
Yüksek risk
• Ağır aort stenozu • Aort veya mitral yetmezlik, NYHA evre III, IV • Semptomatik mitral stenoz, NYHA evre III, IV • Ağır sol ventrikül disfonksiyonu (ejeksiyon fraksiyonu < %40) • Pulmoner hipertansiyon • Marfan sendromu

(Kaynak: Madazlı, 2020 ss.14)

2.3.2.1. Mitral Darlık (Mitral Stenoz)

Romatizmal ateş geçirenlerin bir kısmında ilerleyen yaşlarda kalp kapak hastalıkları ortaya çıkabilmektedir. Gebelikte en sık karşılaşılan romatizmal kapak hastalığı ise mitral darlıktır. Mitral kapak darlığı sol atriyumdan sol ventriküle giden kan miktarını azaltarak kalp debisini azaltsa da gebelikte artan kalp debisi, taşikardi ve diastol doluş süresinde azalmaya, sol atriyum basıncında ciddi yükselmelere ve pulmoner konjesyon belirtilerine neden olur. Hastalarda başlangıçta yorgunluk ve dispne şikayetleri görülür ilerleyen zamanlarda ise ilerleyici ortopne ve paroksizmal noktürnal dispne görülebilmektedir. Ayrıca hasta takibi sırasında ortaya çıkabilecek atriyal fibrilasyon, anemi ya da ateş gibi sorunlar kalp hemodinamisinde ciddi bozulmalara sebep olabilir (Akpınar, 2009).

2.3.2.2. Mitral Kapak Prolapsusu

Mitral kapak prolapsusu iyi huylu bir durumdur. Diğer kardiyovasküler bozuklukların yokluğunda mitral kapak prolapsusu olan kadınlar gebeliği iyi tolere eder ve kayda değer kardiyak komplikasyonlar geliştirmezler. Bununla birlikte, mitral kapak prolapsusunun aritmi, enfektif endokardit ve serebral iskemik olaylar gibi ciddi komplikasyonları gebelikte mevcut olabilir (Yuan ve Yan, 2016).

2.3.2.3. Mitral Kapak Yetmezliği

Mitral kapak yetmezliği romatizmal, mitral kapak prolapsusu veya endokardit kaynaklı olabilmektedir. Çoğunlukla romatizmal kalp hastalıklarında diğer kapak lezyonlarıyla birlikte görülür (Goldstein ve Ward, 2017). Gebeliğin ilk yarısında periferik damar direncinin azalmasına bağlı olarak kardiyak yükün azalması mitral kapaktan geri kaçışı azaltır ve durumu iyileştirir. Üçüncü trimesterin başlarında plazma hacmindeki artışı n zirveye çıkması beraberinde dolaşıma katılan kan akışına karşı oluşan direncin artması komplikasyonları artırır ve tablo giderek kötüleşir. Hafif ve orta ağırlıktaki mitral yetmezlik ile atriyal fibrilasyon ve akciğer ödeminin görülmediği ağır mitral yetmezlikler gebelikte anne ve bebek açısından ciddi sorunlar oluşurmaz (Stout ve Krieger, 2014).

2.3.2.4. Aort Darlığı (Aort Stenozu)

Aort darlığı aort kapağındaki darlık kanın sol ventrikülden aortaya geçişini engeller. Kalp debisi azalır beraberinde kalp, beyin gibi organlara yeterli miktarda kan akışı sağlanamadığı için anjina ve senkop meydana gelebilir (Emmanuel ve Thorne, 2015). Gebelik aritmi, konjestif kalp yetmezliği, akciğer ödemi, miyokard enfaktüsü, senkop ve ölüm açısından risklidir (Maskell ve ark., 2019).

2.3.2.5. Aort Yetmezliği

Gebelikte aort yetmezliği nadiren görülür, sistemik vasküler direnç azaldığı için sol ventrikül fonksiyonu bozulmayan aort yetmezliğine sahip hastalarda çoğunlukla sorun yaşanmaz. şiddetli yetmezlik ve sol ventriküler disfonksiyonu olan hastalar ise akut kalp yetmezliği ve aritmi açısından risk altındadır (Lesniak-Sobelga ve ark., 2004). Bununla birlikte doğumdan sonra venöz dönüşteki ani artış pulmoner ödem gelişmesine neden olabilir (Goldstein ve Ward, 2017).

2.3.2.6. Regürjitan Lezyonlar

Gebelikte valvüler regürjitasyonun nadir bir nedeni de antifosfolipid sendromudur. Regürjitasyona uğramış sol kalp kapak defektlerinde gebelik riski, stenotik kapak defektlerine göre daha düşüktür çünkü sistemik vasküler dirençteki azalmayla geri kaçan kan hacmi de azalır. Sol ventriküler disfonksiyonla birlikte şiddetli regürjitasyon,

akut şiddetli regürjitasyon kadar iyi tolere edilemez. Annenin kardiyovasküler riski regürjitasyonun ciddiyetine, hastalık semptomlarına ve sol ventrikül fonksiyonuna bağlı olarak değişir. Şiddetli regürjitasyonu ve hastalık semptomları veya sol ventriküler fonksiyonu riskli kadınlar kalp yetmezliği açısından da yüksek risk taşımaktadır. Sol ventrikül fonksiyonu korunmuş ve hastalık belirtileri olmayan kadınlarda daha sık görülen komplikasyonlar kardiyak aritmilerdir. Şiddetli regürjitasyonu, hastalık semptomları, sol ventrikül disfonksiyonu riski ve sol ventrikül dilatasyonu olan hastaların gebelik öncesi cerrahi açıdan değerlendirilmesi gerekmektedir (Vahanian ve ark., 2007).

2.3.2.7. Sağ Tarafli Kapak Lezyonları

Triküspit darlıkta kalp debisi, plazma hacmi ve kalp atış hızının artmasına bağlı olarak semptomlar ilk olarak gebelik sırasında ortaya çıkabilir. Triküspit yetmezliği de gebelik döneminde sık görülen sağ kapak lezyonudur, genellikle iyi tolere edilir. İzole triküspit yetmezliği ventriküler fonksiyon bozukluğu olmadığı sürece gebelik sırasında nadiren semptomatik hale gelir ve bu durum ciddi olmasına rağmen müdahale gerektirmez (Nanna ve Stergiopoulos, 2014).

Pulmoner stenoz ve pulmoner yetmezlik üreme çağındaki kadınlarda çoğunlukla konjenitaldir (Goldstein ve Ward, 2017). Gebelikte genellikle iyi tolere ediliyor olup şiddetli pulmoner stenoz olguları da dahil olmak üzere gebelikte ciddi sorunlar oluşturmaz (Goldstein ve Ward, 2017; Hameed ve ark., 2004).

Onarılmış fallot tetralojisi veya pulmoner stenoz sebebiyle valvuloplasti uygulanan hastalarda pulmoner yetmezlik daha sık görülmüştür (Khairy ve ark., 2006).

Drenthen ve arkadaşlarına göre 51 kadının 81 gebeliğinde kardiyak komplikasyon nadiren görülmüştür. Ancak düzeltilmemiş pulmoner darlık (Sağ ventriküler sistolik basıncın, sistemik sistolik basıncıdan yüksek olması durumu) sağ ventrikül yetmezliğine sebep olup gebelikte kontrendikedir (Drenthen ve ark., 2006).

2.3.2.8. Yapay Kapaklar

Mekanik ve biyolojik olmak üzere iki çeşit yapay kalp kapağı mevcuttur. Mekanik kapaklar biyolojik olmayan yapılardan oluşur, biyolojik kapaklar ise insan ya da hayvan dokularından elde edilir. Mekanik kapaklar biyolojik kapaklara göre daha dayanıklıdır fakat takıldığı süre boyunca antikoagülan kullanma zorunluluğu vardır. Biyolojik kapaklarda bu zorunluluk olmamakla birlikte 10-15 yıl içinde etkinliğini kaybederek sınırlı bir kullanım ömrü sunar (Towlinson, 2011). Bu sebeple varfarin kullanımının kontrendike olduğu ve ileri yaşlı bireylerde aynı zamanda gebelik istemi olan kadın hastalarda gibi bazı endikasyonlar dışında mekanik kapaklar tercih edilmektedir (Küçüker, 2013). Gebe kalmanın Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) ve Avrupa Kardiyotorasik Cerrahi Birliği'nin (EACTS) klavuzlarında biyolojik kapak kullanımı için sınıf IIa endikasyonu olduğu görülmüştür (Baumgartner ve ark., 2017). Gebelik tromboembolik olay riskini artıran bir süreçtir buna ek olarak mekanik kapakla birlikte gebelik durumu ise efektif bir antikoagülasyon sağlanabilmesi açısından çok risklidir. Aynı zamanda mekanik kapakla birlikte varfarin kullanımı da bebek açısından teratojenik etki oluşturmaktadır. Mekanik kapak kullanımında antikoagülan ajan olarak varfarin, standart heparin ve düşük molekül ağırlıklı heparin kullanılabilir (Küçüker ve ark., 2014). Fakat heparin türevleri fetal komplikasyonlar açısından daha az risk oluştursa da tromboembolik komplikasyon riskine karşı etkinliği varfarine göre daha düşüktür (Akhtar ve ark., 2007; Malik, 2012).

Yapılan araştırmalarda kardiyovasküler komplikasyonlar düşük olmasına rağmen yapay kalp kapağı olan hastalarda abortus, erken doğum, doğum sonu kanama, yenidoğan kayıpları, fetal malformasyonlar ve acil sezeryan oranlarında önemli artış olduğu gözlenmiştir. Yapay kalp kapağı olan gebe hastalarda ise maternal morbidite ve mortalite oranının arttığı görülmüştür (Elkayam ve Bitar, 2005). Bu konuyla ilgili en güvenilir ve kapsamlı çalışmalardan biri de Danimarka'da Sillesen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır; 1977 ile 2007 yılları arasında yapay kalp kapakçığı olan 79 gebe kadınla, 155 gebelik ve 62 doğumu kapsayan bir çalışma yürütmüşlerdir. Çalışma da bir hasta kalp yetmezliği ve bir hasta da doğum sonu kanama sebebiyle ölmüştür. Dört gebelikte tromboembolizm, üç gebelikte de akciğer ödemi ve atriyal fibrilasyon meydana gelmiştir (Sillesen ve ark., 2011).

2000-2011 yılları arasında Güney Galler ve Avustralya’da yapay kalp kapak replasmanı geçiren 87 kadın dahil edildiği bir araştırmada ise anne ölümü gözlenmese de kalp yetmezliği ve inme başta olmak üzere kardiyovasküler komplikasyonlarda artış olduğu gözlenmiştir. Aynı grupta acil sezaryen endikasyonlarının ve gestasyon yaşına göre küçük bebeklerin sayısının arttığı görülmüştür (Lawley ve ark., 2015). ROPAC (Registry of Pregnancy and Cardiac Disease) 2015 verilerinde ise mekanik kalp kapağı olan 212 hasta, biyolojik kalp kapağı olan 136 hasta ve protez kalp kapağı olmayan yapısal kalp hastalığı olan 2620 hasta karşılaştırılmıştır. Anne ölüm oranı mekanik kalp kapağı olanlarda %1.4’iken biyolojik kapağı olanlarda %1.5 bulunmuş olup yapay kalp kapağı olmayan hastalarda ise bu oran %0.2 olarak saptanmıştır. Bunlarla birlikte kanama komplikasyonlarının, tromboz, abortus ve fetal ölümlerinde anlamlı derece de arttığı tespit edilmiştir (Van Hagen ve ark., 2015).

2.3.3. Konjenital Kalp Hastalıkları

Konjenital kalp hastalığı yaklaşık %80 görülme sıklığı ile en sık görülen doğumsal anomalilerdendir (Van der Linde ve ark., 2011). ESC klavuzuna göre mevcut konjenital kalp hastalığı olan kadınlar gebelik isteminde bulunabilmektedir genellikle gebelik tolere edilse de özellikle komplike konjenital kalp hastalıklarında anne ve yenidoğan için mortalite ve morbidite riski fazladır. Genel olarak sınıflandırma da kalbin anatomik yapısı veya siyanoz varlığı dikkate alınır. Anatomik yapıya göre basit ve kompleks olarak ikiye ayrılır. Atriyal septal defekt, ventriküler septal defekt, patent duktus arteriosus (PDA), aort darlığı, pulmoner darlık, aort koarktasyonu basit konjenital kalp hastalığı olarak ele alınırken; Ebstein anomalisi, büyük damarların transpozisyonu, büyük damarların konjenital düzeltilmiş transpozisyonu, fallot tetralojisi ve Eisenmenger sendromu ise kompleks konjenital kalp hastalığı olarak belirlenmiştir. Ancak gebelik düşünen konjenital kalp hastası kadınlarda risk değerlendirmesi için basit ya da kompleks arasında ayırım yapmak yeterli değildir; örneğin atriyal septal defektle birlikte pulmoner hipertansiyonu veya atriyal fibrilasyonu olan bir hastanın daha dikkatli izlenmesi gerekir. Aynı zamanda gebelikte kardiyak komplikasyon riski değerlendirilirken hastanın tıbbi öyküsü, fonksiyonel kapasitesi, oksijen satürasyonu, natriüretik peptid düzeyi, ekokardiyografik değerler, pulmoner arter basıncı, aort çapı, egzersiz toleransı ve aritminin varlığı hakkında bilgi sahibi olmak gerekir (Regitz-Zagrosek ve ark., 2018).

Günümüze kadar Canadian Cardiac Disease in Pregnancy (CARPREG), ZAHARA (Zwangerschap bij vrouwen meteen Aangeboren HARTafwijking-II, Pregnancy in Women With Congenital Heart Disease II) ve modifiye World Health Organisation (mWHO) olmak üzere üç adet risk sınıflama sistemi tanımlanmıştır. CARPREG risk sınıflandırması 2001 yılında tanımlanmış olup konjenital veya edinsel kalp hastalığı olan 562 gebenin sonuçlarına göre oluşturulmuştur (Siu ve Colman, 2001). ZAHARA risk sınıflandırması ise 2010 yılında tanımlanmıştır ve sadece Konjenital kalp hastası 1302 gebenin verilerine kapsamaktadır (Drenthen ve ark., 2010).

mWHO sınıflamasında hastalar tanısına göre dört sınıfta kategoriye ayrılır, risk sınıflandırmaları yapılarak gebelik kontredikasyonları tanımlanır. Sınıf I ve II düşük, III ve IV ise yüksek riskli grupları ifade eder (Regitz-Zagrosek ve ark., 2011). Pulmoner arter hipertansiyonunun varlığında, ileri derecede sol ventrikül yetmezliğinde ve marfan sendromunda, aort genişliğinin 45 mm üzerinde olması durumunda gebeliğin kontrendike olduğu belirtilmektedir. mWHO sınıflaması annedeki kardiyovasküler olayları saptamakta daha güvenilir bulunmuş ve gebelikte risk değerlendirilmesinde kullanılması önerilmiş olup kompleks gebe popülasyonunu değerlendirmek için de diğer sınıflandırma sistemlerine göre daha uygun olacağı düşünülmüştür (Regitz-Zagrosek ve ark., 2018; Van Hagen ve ark., 2016).

Annenin konjenital kalp hastalığına sahip olması spontan abortus riskini %15-25, intrauterin gelişim geriliğini %4-8 ve prematür doğum riskini ise %10-12 (basit konjenital kalp hastalığı), %22-65 (kompleks konjenital kalp hastalığı) oranında artırmaktadır. Perinatal ölüm riski, normal popülasyona göre 4 kat daha fazladır. En yüksek perinatal mortalite %22.7 oranında Eisenmenger sendromunda görülmektedir. Genel popülasyonda konjenital kalp hastalığının görülme olasılığı %0.8 iken bu hastaların bebeklerindeki oran %5'e kadar artar. Aynı zamanda konjenital kalp hastalığı olan kadın ve erkeklerin çocuklarında konjenital kalp hastalığı görülme sıklığı daha fazladır, bu nedenle gebelik öncesinde genetik danışmanlık almak gereklidir. Aile öyküsü olmayan izole vakalarda rekürrens riski %5'lere kadar artarken eğer anne etkilenmişse rekürrens riskinin daha fazla olduğu belirlenmiştir (Canobbio ve ark., 2017).

2.3.3.1. Atriyal Septal Defekt

Atriyal septal defekt olgularında pulmoner hiperstansiyon ve ilerleyen zamanlarda ise eisenmenger sendromu görülmesi olasıdır bunlar gebelikte ciddi sorunlar yaratabilir. Semptom gözlenen olgularda gebelik isteminden önce defekt onarımının yapılması gebelik sürecinin daha sağlıklı sürdürülmesini sağlayacaktır (Foeller ve ark., 2018). Atriyal septal defekt olgularında eforun beraberinde yorgunluk, dispne, halsizlik, atriyal fibrilasyon ve kan akışındaki sorun sebebiyle geçici iskemik atak ve paradoksal emboli görülebilir (Webb ve Gatzoulis, 2006).

2.3.3.2. Ventriküler Septal Defekt

Gebelik öncesinde başarılı ventriküler septal defekt operasyonu geçirmiş gebelerde ciddi sağlık sorunları görülmemektedir. Ancak pulmoner hipertansiyon gelişen olgularda anne ölüm oranı yüksektir ve gebeliğin sonlandırılması önerilebilir (Thorne, 2006).

2.3.3.3. Patent Duktus Arteriozus

Onarılmayan hafif PDA olguları endokardit açısından risklidir fakat onarılmış olgularda gebelik iyi tolere edilir (Foeller ve ark., 2018).

2.3.3.4. Fallot Tetralojisi

Fallot tetralojisi en sık görülen konjenital kalp hastalığı olmakla birlikte bilinen semptomları pulmoner stenoz, ventriküler septal defekt, ata binen aorta ve sağ ventrikül hipertrofisidir. Prognozu sağ ventrikül çıkıştaki obstrüksiyonun derecesine göre değişir. Cerrahi onarım sonunda başarı oranı yüksektir ayrıca fallot operasyonu geçirmiş gebelik sayısı da giderek artmaktadır (Deen ve ark., 2021). Operasyon sonrasında kalp fonksiyonları normale yakın olsa da supraventriküler taşikardi, kalp yetmezliği ve tromboembolizm riski vardır ancak gebeliklerin çoğunda ciddi sorun görülmez (Deen ve ark., 2021; Balci ve ark., 2011).

2.3.3.5. Aort Koarktasyonu

Aort koarktasyonun onarımı çoğunlukla neonatal dönemde yapıldığı için gebelikte onarımı yapılmış aort koarktasyonu vakaları yaygındır. Onarım sonrası anevrizma ve rüptür gelişebilir (Swan, 2014). Onarımı yapılmamış aort koarktasyonu olan gebeliklerde ise hipertansiyon, preeklampsi ve fetal gelişim bozuklukları sık görülebilecek komplikasyonlardandır (Blanchard ve Daniels, 2019).

2.3.3.6. Eisenmenger Sendromu

Eisenmenger sendromu doğuştan oluşmuş defekt sonucu sağ kalbe geçen kanın akciğer damar basıncını artırarak pulmoner hipertansiyona neden olup kalbin sağ tarafındaki basıncı artırarak kanın sola geçmesiyle kişide siyanoz meydana getirmesidir (Towlinson, 2011). En sık ventriküler septal defekt, atriyal septal defekt ve patent duktus arteriozusla birlikte görülür. Eisenmenger sendromuna sahip kadınlarda mWHO risk skorlaması sınıf IV olup anne ölüm oranı yaklaşık %30-50 civarındadır gebelikte bu olgular kontraendikedir (Towlinson, 2011; Foeller ve ark., 2018; Regitz-Zagrosek ve ark., 2011).

Sezaryenden mümkün olduğunca kaçınılmalıdır özellikle de gebelik sonrası dönem maternal mortalite açısından oldukça risklidir (Foeller ve ark., 2018; Deen ve ark., 2021; Blanchard ve Daniels, 2019).

2.3.3.7. Ebstein Anomalisi

Ebstein anomalisine sahip ancak siyanoz ve kalp yetersizliği olmayan hastalarda gebelik iyi tolere edilebilmektedir fakat ileri triküspid yetersizliği ve sağ kalp yetersizliğine sahip hastalarda erken doğum ve fetal mortalite riski yüksektir (Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi, 2014).

2.3.3.8. Marfan Sendromu

Marfan sendromu otozomal dominant geçişli nadir görülen genetik bir bağ dokusu hastalığıdır (Foeller ve ark., 2018). Bireylerde doku anormalliğiyle birlikte aort kökü dilatasyonu görülür bu olgularda dilatasyon onarımından sonra gebe kalınması önerilir

(Deen ve ark., 2021). Aort kökü çapı ≥ 4 kişilerin gebe kalmamaları gerekmektedir aynı zamanda bu bireylerin gebelikleri aort diseksiyonu ve rüptür açısından da risklidir (Blanchard ve Daniels, 2019; Regitz-Zagrosek ve ark., 2011).

2.3.4. Kardiyomiyopatiler

Kardiyomiyopati kalp kasının yapısal veya fonksiyonel bozukluğudur. Gebelikte anne ölümlerinin, aritmilerin ve kalp yetmezliğinin önde gelen nedenleri arasında kardiyomiyopatiler yer alır (Schaufelberger, 2019).

2.3.4.1. Dilate Kardiyomiyopati

Dilate kardiyomiyopatide kalbin sistolik pompa fonksiyonu azalması, kalp debisinin düşmesi ve dolum basıncının artmasıyla bireyde halsizlik, dispne ve ödem meydana gelir tromboz ve emboli oluşma riski vardır ilerleyen olgularda kalp yetmezliği ve aritmi de ortaya çıkar. Semptomatik dilate kardiyomiyopati olgularında gebelik kontrendikedir (Blanchard ve Daniels, 2019). Yapılan bir çalışmada dilate kardiyomiyopatiye sahip kadınların gebelik ve postpartum 18.ayda kalp yetmezliği, aritmi, enfaktüs ve kardiyak ölüm açısından risk altındadır. Gebelik öncesinde şiddetli kalp problemleri yaşamamış, NYHA I- II sınıfında olup ve sol ventrikül fonksiyonu az etkilenmiş olguların gebeliği tolere edilebilmektedir (Grewal ve ark., 2009).

2.3.4.2. Hipertrofik Kardiyomiyopati

Hipertrofik kardiyomiyopati temelinde çoğunlukla genetik hastalıklar yer almaktadır (Blanchard ve Daniels, 2019). Asemptomatik olgularda gebelik çoğunlukla iyi tolere edilir ancak semptomatik hipertrofik kardiyomiyopatiye sahip olguların gebelikleri risklidir (Blanchard ve Daniels, 2019; Schaufelberger, 2019).

2.3.4.3. Peripartum Kardiyomiyopati

Peripartum kardiyomiyopati, anne ölümlerinin en önemli nedenlerinden olmakla birlikte gebeliğin sonlarında veya doğumdan sonraki ilk 5 ay içinde sol ventrikül sistolik disfonksiyonuna bağlı olarak ortaya çıkan dispne, ortopne, yorgunluk, göğüs ağrısı, ödem, taşikardi, venöz juguler dilatasyon, pulmoner raller ve üfürüm gibi belirti ve

bulgulara sahip kalp yetmezliği olarak tanımlanır (Cunningham ve ark., 2019 ; Hilfiker-Kleiner ve ark., 2015).Görölme sıklığı 1000-4000 gebelikte bir olarak rapor edilmiştir (Cruz ve ark., 2018).

2.3.5. Koroner Arter Hastalığı

Koroner arter hastalığı ve miyokard enfarktüsü gebelikte nadir görölür. 1991-2000 yılları arasında yapılan bir çalışmada miyokard enfarktüsünün meydana gelme oranı 100.000 doğumda 2.7 olarak saptanmıştır (Ladner ve ark., 2005).

2.3.5.1. Miyokard Enfaktüsü (MI)

İleri yaşta gebelik istemi, kronik hipertansiyon gibi faktörler gebelikte MI için risk oluşturmaktadır (Deen ve ark., 2021). Gebelik öncesinde koroner iskemik sorun yaşamış bireylerin gebeliğinde de iskemik kardiyovasküler komplikasyon gelişme riski olduğu bildirilmiştir (Lameijer ve ark., 2019).

2.3.6. Ritim Bozuklukları (Aritmi)

Düzensiz Kalp atımları aritmi olarak tanımlanır. Aritmiler gebelikte daha çok bilinen bir ritim bozukluğu ya da yapısal kalp hastalığından kaynaklanarak hem annenin hem de fetüsün sağlığını tehdit ettiği bilinmektedir (Peter ve Brady, 2015). Gebelikte ve doğum eylemi sırasında hormonal değışimler, hemodinamik bozulmalar ve altta yatan kalp hastalığı olması gibi faktörler aritmilere neden olabileceğinden gebelik ve doğum eyleminde aritmi yaşanması olasıdır (Gomez ve Marquez, 2007). Gebelikte çoğunlukla iyi huylu sinüs taşikardileri, bradikardiler veya atriyal ve ventriküler ektopik atımlar görölür. Bu aritmiler uterus kan akışını azaltarak hemodinamik bozulmaya neden olduğunda acil tedavi gerektirebilir (Wolbrette, 2003; McAnulty, 2012).

2.3.7. Hipertansif Bozukluklar

Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) ve Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH- The European Society of Hypertension) verilerine göre dünyada en sık görülen sağlık sorunu hipertansiyondur aynı zamanda gebelik sırasında da en sık görülen hastalıklarından da biridir. Hipertansif bozukluklar dünya çapındaki gebeliklerin %5-10'unu etkilemekle birlikte dünya genelindeki anne ölümlerinin %10-15'inden sorumludur bu sebeple maternal, fetal ve neonatal mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerindendir (Williams ve ark., 2018).

2.3.7.1. Pulmoner Hipertansiyon

Pulmoner hipertansiyon öncelikle kalp hastalığı, tiroid hastalığı, HIV(Human Immunodeficiency Virus), kollajen vasküler bozukluklar ve genetik bozuklukların bir sonucu olarak nadir olarak ortaya çıkar. (Simonneau ve ark., 2004). Pulmoner hipertansiyona bağlı anne ölümleri altta yatan sebeplere bağlı değişir. Birincil veya idiopatik pulmoner hipertansiyon %65'e varan ölüm riskiyle en yüksek ölüm oranına sahiptir. İkincil nedenlerde risk %30'a kadar gerilese de gebelik hastalar için kontrendikedir. Aynı zamanda doğum ve doğum sonrası dönemde ön yük ve hacimdeki değişiklikler pulmoner hipertansiyonu olan hastalarda mortalite ve morbidite bakımından yüksek oranda riske neden olmaktadır (Bédard ve ark., 2009).

2.3.7.2. Kronik Hipertansiyon

Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (ACOG-The American College of Obstetricians and Gynecologists)'ne göre gebelikteki kronik hipertansiyon durumu gebelikten önce veya gebeliğin 20. haftasından önce teşhis edilen veya var olan durumdur. İlk kez gebelikte tanısı konulan veya doğum sonrası dönemde düzelmeyen hipertansiyon da kronik hipertansiyon sınıfındadır. Bu tanımlara göre gebelikteki hipertansiyonun kriterleri sistolik kan basıncının 140 mmHg veya daha fazla olması, diyastolik kan basıncının 90 mmHg veya daha fazla olması veya her ikisinin de olmasıdır. Hipertansiyon tanısını koymak için en az 4 saat arayla en az iki tespit yapılması önerilir. Kan basıncı en az 5 dakika dinlenme sonrasında oturur pozisyonda ölçülür. Kan

basıncının $\geq 160/110$ olması ciddi kronik hipertansiyon olarak kabul edilir (ACOG, 2019).

Kronik hipertansiyon tüm gebeliklerin %15'inde görülür. Daha öncesinde tanısı konmamış hipertansiyon birinci ve ikinci trimesterde gebeliğe bağlı hemodinamik değişikliklerden dolayı farkedilemeyebilir. Sistemik vasküler dirençteki azalma kan basıncında 16-18. gebelik haftalarında nadiren görülen bir düşüşe neden olur ve daha sonra üçüncü trimesterde gebelik öncesi seviyelere döner. Kronik hipertansiyon, kan basıncının 3.trimesterde gebelik öncesi seviyelere dönmesiyle gestasyonel hipertansiyon veya preeklampsiyle karıştırılabilir. Özellikle gebeliğin 20. haftasından önce gebelik takibine başlanılan gebelerde veya doğumun 12. haftasından sonra da devam eden hipertansiyonun geçmişe dönük bir karşılaştırma ve hastalık öyküsüyle yeniden sınıflandırılmaları mümkündür. Ancak gebeliğe bağlı hipertansiyonun normale dönmesi için gereken süre kesin olarak belirlenmemiştir (ACOG, 2019).

2.4. Kardiyovasküler İlaçlar

Kalp hastalığı olan kadınlar için yaygın olarak reçete edilen birçok ilaç potansiyel olarak teratojeniktir. Bir hastanın ilaçları gebelikten önce gözden geçirilip ayarlanırsa, fetal teratojenik maruziyet en aza indirilebilir veya önlenabilir. İlaçla ilişkili doğum kusurları için en büyük risk, organogenezin meydana geldiği ilk üç aylık dönemde maruziyetten kaynaklanmaktadır. Gebelerde ilaç kullanımında FDA (Food and Drug Administration) kategorisi mutlaka bilinmelidir.

FDA sınıflaması Tablo2.2’de verilmiştir (Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi, 2014)

Tablo 2.2. FDA (Food and Drug Administration) Sınıflaması

İlaç Grubu İlaçlar	FDA Kategorisi	Olası Yan Etkileri	Plasenta Geçiş	Anne Sütüne Geçiş
ACE (anjiotensin dönüştüren enzim) inhibitörleri				
Kaptopril Benazepril Enalapril Lisinopril Perindopril Ramipril Silazopril	D	Teratojenite (renal veya tübüler displazi, fetal hipokalvari) Fetotoksisite (anüri-ilişkili oligohidramniosis, akciğer hipoplazisi, ekstremiteler kontraktürleri, persistan PDA, kafatasında kemikleşme bozuklukları, intrauterin gelişme geriliği, anemi, intrauterin fetüs ölümü, prematürite ve ciddi neonatal hipotansiyon)	Var	Geçiyor (En Fazla %1.6)
Anjiyotensin II Reseptör Blokerleri				
Losartan Valsartan Olmesartan İrbesartan Kandesartan	D	Teratojenite (renal veya tübüler displazi, fetal hipokalvari) Fetotoksisite (anüri-ilişkili oligohidramniosis, akciğer hipoplazisi, ekstremiteler kontraktürleri, persistan PDA, kafatasında kemikleşme bozuklukları, intrauterin gelişme geriliği, anemi, intrauterin fetüs ölümü, prematürite ve ciddi neonatal hipotansiyon)	Bilinmiyor	Bilinmiyor
Beta-Blokerler				
Propranolol Bisoprolol Nebivolol Karvedilol Atenolol*	C Atenolol için D	Fetüste bradikardi ve hipoglisemi. (Atenolol ile hipospadiyas (ilk üç ayda); fetüste: doğum defektleri, düşük doğum ağırlığı (ikinci ve üçüncü üç aylarda), intrauterin gelişme geriliği ve plasentam ağırlıkta azalma)	Var	Geçiyor
Kalsiyum Kanal Blokerleri				
Amlodipin İsradipin Nifedipin Diltiazem Verapamil	C	Deneyim kısıtlı olmasına rağmen gebelikte iyi tolere edilirler. Hipotansiyonu tetikleyebilir.	Var	Geçiyor
Diüretikler (Gestasyonel hipertansiyon hipovolemi ile karakterize olduğundan kullanımları uygun değildir)				
Furosemid Hidroklorotiazid Indapamid	C B B	Oligohidramniosis	Var	İyi tolere edilir, süt üretimi azalabilir

Aldosteron Antagonistleri				
Spiranolacton	D	Teratojenite: (Yarık damak, ilk 3 ay) Fetotoksosite: (Anti androjenik etkiler)	Var	Geçiyor (en fazla %1.2) süt üretimi azalabilir
Statinler				
Atorvastatin Fluvastatin Pravastatin Rosuvastatin Simvastatin	X	Bilinmiyor, gebelikte kullanılmaları kontrendike kabul ediliyor. Doğuştan anomali riski var	Var	Bilinmiyor
Fibratlar				
Fenofibrat Gemfibrozil	C	Bilinmiyor	Var	Var
Antiaritmikler				
Digoksin	C	Bildirilmiş bir teratojenite yok	Var	Geçiyor
Amiodaron	D	Tiroit yetersizliği, hipertiroidi, guatr, bradikardi, büyüme geriliği, erken doğum	Var	Geçiyor
Lidokain	C	Fetal bradikardi, merkezi sistem toksisitesi.	Var	Geçiyor
Meksiletin	C	Fetal bradikardi	Var	Geçiyor
Propofenon	C	Bilinmiyor	Var	Geçiyor
Sotalol	B	Fetüste bradikardi ve hipoglisemi (kısıtlı deneyim).	Var	Geçiyor
Kinidin	C	Trombopeni, erken doğum, VIII. sinir toksisitesi	Var	Geçiyor
Pıhtı önler ajanlar				
Aspirin (düşük doz)	B	Bilinen herhangi bir teratojenik etkisi yoktur (geniş veri serileri)	Var	Geçiyor (sorunsuz)
Heparin	B	Uzun süreli uygulama, osteoporoz ve trombositopeni	Yok	Geçmiyor
Düşük moleküler ağırlıklı heparin (Enoksaparin vb)	B	Uzun süreli uygulama, nadiren osteoporoz, trombositopeni.	Var	Geçmiyor
Klopidogrel	C	Gebelik sırasında kullanımına ait bilgi yok.	Bilinmiyor	Bilinmiyor
Tiklopidin	C	Gebelik sırasında kullanımına ait bilgi yok.	Bilinmiyor	Bilinmiyor
Varfarin	X (ESC'ye göre D)	İlk 3 ayda embriyopati, geç kullanımda kanama.	Var	Geçiyor en fazla %10

Vazodilatör Ajanlar				
Izosorbit dinitrat	B	Hayvanlarda olumsuz etki görülmemiş, insanlarda bilinmiyor.	Bilinmiyor	Bilinmiyor
Nitrogliserin				
Hidralazin	C	Annede yan etki: lupusa benzer semptomlar, fetal taşiaritmiler.	Var	Geçiyor (en fazla %1)
Metildopa	B	Hafif derecede yenidoğan hipotansiyonu	Var	Geçiyor
Pulmoner Hipertansiyon İlaçları				
Bosentan	X	Hayvanlarda teratojenik etkisi gösterilmiş, insanlarda veri yok.	Var	Bilinmiyor
Iloprost	C	Gebelikte sorunsuz kullanımı bildiriliyor, yeterli veri yok	Bilinmiyor	Bilinmiyor
Sildenafil	B	Gebelikte sorunsuz kullanımı bildiriliyor, yeterli veri yok	Bilinmiyor	Bilinmiyor

A: Yeterli kontrollü çalışmalarda fetusda risk gösterilmemiş, B: İnsanlarda fetusta risk gösterilmemiş. Hayvan deneylerinde risk gösterilmiş, C: Risk dışlanamaz. Yararı varsa gebelikte kullanılabilir. Yeterli insan verisi yok, hayvan çalışmaları tartışmalı, D: Fetus açısından riskli. Ancak tedavide yararı daha fazla ise kullanılabilir, X: Kontrendike, kullanılmamalı (Kaynak: Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi, 2014).

2.5. CİNSEL YAŞAM KALİTESİ

2.5.1. Cinsellik

DSÖ'ye cinsellik psikolojik, ekonomik, hukuki, sosyal tarihi, , politik, kültürel, dini, biyolojik ve ruhsal faktörlerin birleşiminden etkilenen İnsanın sadece bedensel olmadan duygusal, entelektüel ve sosyal bütünlüğünü sağlayarak kişiliği, iletişimi ve sevgi paylaşımını geliştirici etkisi olan sağlıklılık durumudur (WHO, 2010). Cinsellik yaşam kalitesinin temel faktörlerinden olup insanların temel ihtiyacı olarak kabul edilir (Aksoy ve ark 2019, Nezamnia ve ark 2020).

2.5.2. Cinsel Yaşam Kalitesi

Cinsel yaşam kalitesi, kadının cinsel aktivitedeki genel iyilik durumu ve memnuniyeti olarak tanımlanmaktadır (Gülsün ve ark., 2009; Şenol ve Türkay, 2006).

2.6. KALP HASTALIKLARI VE CİNSELLİK

Cinsel ilişki sırasında sempatik sinir sistemi aktivitesi artar. Bu artışın sonucunda, kan basıncı, kalp atım hızı ve kalp kaslarının oksijen tüketimi artar. Periferik vazokonstriksiyon gelişir. Trombosit kümelenmesi artar; koroner arterlerde bulunan aterosklerotik plaklarında yırtılma ve kopma meydana gelir (Çamcı ve Can, 2014). Bu nedenle cinsel ilişki sırasında ve yaklaşık iki saat sonra anjina, miyokard enfarktüsü veya ölüm gibi kardiyovasküler olay riski artar ve bu durum kadınlarda cinsel istekte azalmaya sebep olabilir (Shin ve Kim, 2021; Levine ve ark., 2012). Kalp hastalığının psikolojik etkisi nedeniyle libido azalması ya da libidonun normal olmasına rağmen korku nedeniyle cinsel ilişkiden kaçınılabılır (Karpuz, 2017; Özcan ve Kızılkaya Beji, 2014).

Koroner arter hastalığı olan kişilerin cinsel yaşam deneyimlerine ilişkin yapılan nitel bir araştırmada cinsel işlev bozukluğu ve cinsellik ile ilgili bazı şüphelerin giderildiği ancak yine de kafa karışıklığı ve kaygı yaşadıklarını göstermiştir. Hastaların yaşadığı bu kafa karışıklığı cinsel aktivitedeki değişiklikleri fark ettikten sonra cinsel ilişkiden kaçınmalarına neden olmuş; yaşadıkları kaygı ise cesaretinin kırılmasıyla cinsel ilişkiden kaçınmaya neden olup cinsellik hakkında konuşmanın tabu olduğu bir toplumda eşleriyle ilişkilerinde sorunlar yaşamasına neden olmaktadır (Shin ve Kim, 2021).

2.6.1. Hipertansiyon ve Cinsellik

Amerikan Kalp Derneği (AHA-American Heart Association)'ne göre hipertansiyonun neden olduğu damar hasarı, vücuttaki kan dolaşımını zayıflatır. Pelvise giden kan akışının azalması kadınların cinsel yaşamını olumsuz yönde etkileyebilir (AHA, 2016). Ünal ve ark. (2018) çalışmasında hipertansiyon tanısı almış kadınların %69.4'ünde cinsel disfonksiyon saptamıştır.

2.6.2. Akut Miyokard Enfarktüsü ve Cinsellik

Akut MI cinsel aktivitenin kısa süreli kardiyovasküler değişikliklere neden olması nedeniyle meydana gelir (Özdelikara ve Baba, 2017). MI öyküsü olan hastalarda, MI'ın tekrarlama veya ölüm riski %10'a çıkmaktadır (Özdelikara ve Baba, 2017; AHA, 2016). Cinsel ilişki sırasında veya sonrasında MI geçiren hastalarda; yeniden MI geçirme, anjina

ve ölüm korkusu, depresyon vb. durumların yaşanması hastaların cinsel yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir (Shin ve Kim, 2021; Yıldız ve Pınar, 2004; Rusiecki ve ark., 2020). Şalvarcı ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada tüm kadınların miyokard enfarktüsünden altı ay sonra cinsel ilişkiden kaçındıkları belirtilmiştir. Tedavide kullanılan ilaçların yan etkileri de hastaların yaşam kalitesini bozarak cinsel işlev bozukluklarına neden olmaktadır (Özcan ve Kızılkaya Beji, 2014; Kang ve ark., 2017).

2.6.3. Kardiyak Cerrahi ve Cinsellik

Cerrahi sonrası tam iyileşmen için cinsel ilişkinin 6–8 hafta ertelenmesi önerilir (Shin ve Kim, 2021; Levine ve ark., 2012; AHA, 2016). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre kalp ameliyatı sonrası kadınların %20.5’inde cinsel istek bozukluğu ve %15.9’unda vajinal kuruluk yaşandığı, iyileşmeyi olumsuz etkileyeceği düşüncesi ile ameliyattan sonra cinsel ilişkiden kaçındığı saptanmıştır yine aynı çalışmada hastaların neredeyse tamamına yakını cinsel ilişkinin kalp krizine neden olabilecek kalbi zorlayan yorucu bir aktivite olduğuna inanmaktadır (Çağlar ve ark., 2021).

Ameliyat sonrasında hastalar ilk cinsel ilişki dair kafa karışıklığı yaşamaları, ameliyat sonrası ilk ilişkinin başarısızlıkla sonuçlanması, özgüven düşüklüğü, partnerlerin isteksizliği, korku, zarar görme endişesi ve cinsel ilişki sırasında kalbe olabilecek baskı nedeniyle cinsel ilişkiden kaçınabilmektedir (Pourebrahimi ve ark., 2021).

2.6.4. Aritmiler, Pacemaker, İmplant Edilebilir Defibrilatörler ve Cinsellik

Atrial kalp hastalığı olan kalp pili ve implante edilebilir defibrilatörler kullanan hastalarda oluşabilecek fibrilasyon ve atriyal/ventriküler çarpıntılarda, gerekli tetkik ve değerlendirmelerle kontrol altına alınırsa cinsel ilişkiye herhangi bir sakıncası yoktur (Mlynarski ve ark., 2020a; Mlynarski ve ark., 2020b). Hastanın ilişki sırasında pacemaker ile uyarılması partneri açısından tehlikeli oluşturmamakla birlikte ağrıya neden olmaz. Kadınlarda ise %66 oranında cinsel aktivitenin olumlu etkilendiği, yaşanan sorunların en sık cinsel ilişki istekte azalma olduğu belirtilmiştir (Şalvarcı ve ark., 2020; Briken ve ark., 2020).

2.7. KALP HASTASI KADINLARDA JİNEKOLOJİK SAĞLIK VE KONTRASEPSİYON

Kadınların üreme ve cinsel fonksiyonlarını düzenlemek için kullandıkları en temel kontrol mekanizmalarından biri de aile planlaması yöntemleri olup, çiftlerin aile planlaması ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olmak da üreme sağlığının amaçlarından. Aile planlaması bireylerin istenilen zamanda istenilen sayıda çocuk sahibi olabilmesi için üreme fonksiyonlarının düzenlenmesidir (Saygılı, 2007; Taşkın, 2016; Yılmaz, 2003).

2.7.1. Aile Planlaması

Aile planlaması, çiftlerin istedikleri zaman istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarına, doğumların arasındaki süreyi uzatmaya özgür bir şekilde ve sorumluluk alarak karar vermelerine olanak sağlayan bilgi, eğitim ve kaynaklarla bunun desteklenmesini ifade eden bir kavramdır (Coşkun, 2012).

Aile planlaması ise gebeliği engelleyen ve gebelik zamanını düzenleyen birçok etkeni, infertilitenin çözümünü ve çiftlerin çocuk sahibi olma şansını değerlendiren daha geniş bir terimdir (Coşkun, 2012; Taşkın, 2016). Kontraseptif yöntem ve doğum kontrol yöntemi terimleri ise aile planlaması yöntemi terimi yerine kullanılabilir.

Aile planlaması yöntemini seçmek çiftler için çok önemli bir konudur. Çiftlerin eğitimi, dini inançları, ahlaki ve kültürel değerleri gibi pek çok faktör bu seçimi etkileyebilir. Aile planlaması yöntem ve uygulamalarındaki çeşitlilik kişisel özgürlük ve kararlılığı artırır (Çalışkan ve ark., 2014). Aile planlaması çiftlerin diledikleri sayıda çocuk sahibi olmalarını sağlayıp çocuk sahibi olamayan çiftlere ise yardımcı olmaktadır. İstemeyen gebeliklerin engellenmesi ve gebelikler arasındaki sürenin belirlenmesinde, kadın için uygun yaş ve aile için uygun zamanda olmasında sağlıklı bir cinsel yaşamın oluşması ve sürdürülmesinin sağlanmasında önemli bir yere sahiptir (Taşkın, 2016).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 raporuna göre evli kadınların en çok kullandığı yöntemler geri çekme (%58), kondom (%49), rahim içi araç (RİA) (%35) ve oral kontraseptif (%30) olarak öne çıkmaktadır. Yöntem kullanım oranı tüm

kadınlar arasında benzer olsa da bu oranın evli kadınlara göre daha düşük olduğu raporlanmıştır.

Kadınların kullandıkları aile planlaması yönteminden memnuniyetlerini saptamaya yönelik yapılan bir çalışmada rahim içi araç kullanan kadınların %66.7'sinin, kondom kullanan kadınların %85.7'sinin, oral kontraseptif kullanan kadınların tamamının ve geri çekme yöntemi kullanan kadınların %89.7'sinin kullandıkları aile planlaması yönteminden memnun olduğu ortaya çıkmıştır. Kadınlar birtakım sebeplerle aile planlaması yöntemini kullanmayı bırakmaktadır bunlardan başlıcaları kullanılan yöntemin etkinliği ve koruyuculuğuna güvenmeme, yöntem kullanımına rağmen gebelik olabileceği, ağrı, enfeksiyon riski, kullanımda zorlanma, partnerin istememesi, baş dönmesi ve anksiyete, mide bulantısı, kilo alma ve hormonal değişikliklerdir (Ercan, 2019). Çayan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmayla RİA kullanan kadınların %59.4'ü şiddetli kanama ve %33.3'ünün ise ağrı, geri çekme yöntemi kullanan %57.4'ünün koruyuculuğuna güvenmemesi, kondom kullananların %46.1'inin eşi istemediği ve oral kontraseptif kullanan kadınların ise %54'ünün anksiyete, ağrı ve baş dönmesiyle aile planlaması yöntemini bıraktıklarını saptamışlardır. Yine aynı çalışma da kadınların %35.6'sının yöntem kullanmalarına rağmen gebe kaldıkları ve bu zaman diliminde %72.5'inin geri çekme, %15.6'sının kondom, %3.9'unun oral kontraseptif ve %1.9'unun RİA'yla korundukları belirtilmektedir (Çayan, 2009).

Kadınların kontraseptif kullanımına ilişkin endişelerini saptamaya yönelik yapılan bir çalışmada kadınların %27.8'inin oral kontraseptif kullanımı konusunda endişeleri olup bu kadınların %40.8'i oral kontraseptiflerin kilo aldıracağı ve %25'i ise tüylendirmeye sebep olabileceğini düşünmektedir (Helvacıoğlu ve ark., 2018). Yapılan bir diğer çalışmada ise kondom kullanan çiftlerin ilişki sırasında kondomun yırtılmasından endişelendikleri belirtilmiştir (Mumcu, 2004). Kontraseptif yöntem kullanımında yaşanan sorunlar, yöntemin etkinliğine ilişkin güven duyma, yöntemin cinsel hayatı olumsuz etkilemesi, yöntem hakkında yetersiz bilgi, yöntem kullanımına rağmen gebe kalmaya yönelik korku kadınların endişelenmesi ve yaşam kalitelerinin düşmesine sebep olabilmektedir.

2.7.2. Dünya’da ve Türkiye’de Aile Planlamasının Durumu

Gelişmekte olan ülkelerde 214 milyon üreme çağındaki kadının gebe kalma istemi olmamasına rağmen etkili bir doğum kontrol yöntemi kullanmadığı bildirilmektedir (WHO, 2018). ABD (Amerika Birleşik Devletleri)’de dahil olmak üzere 14 ülkenin bulunduğu ülkelerde yaşayan gebelikten kaçınan ancak etkili bir doğum kontrol yöntemi kullanmayan kadınların sayısı 1995-2018 yıllarında giderek arttığı saptanmıştır (Slaymaker ve ark., 2020). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünya çapında her gün yaklaşık 810 kadının gebelik ve doğumla ilgili önlenebilir nedenlerden dolayı öldüğünü bildirmektedir (WHO, 2019).

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu’nun (UNFPA) 2019 verilerine göre dünya çapında 15-49 yaş arasındaki kadınlarda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma oranı %63, modern aile planlaması kullanım oranı ise %58’dir. aile planlamasının kullanım oranları ülkelere göre ele alındığında herhangi bir yöntem ve modern yöntem kullanımı Çin’de %83 ve %82, Finlandiya’da %83 ve %78, ABD’de %74 ve %67, Sudan’da %17 ve %16, Türkiye’de ise %75 ve %51 olduğu belirtilmiştir (UNFPA, 2019).

Ülkemizde ise TNSA 2018 verilerine göre evli kadınların tamamına yakını aile planlaması yöntemlerinden en az bir tanesini bilmektedir. Yöntem kullanımı 1998’den sonra önemli ölçüde artarak %74’e ulaşmıştır. TNSA 2018 verilerine göre üreme çağında olup herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanan kadınların oranı %70’tir bu orandaki azalmanın nedeninin geri çekme ve RİA kullanımındaki azalma olduğu saptanmıştır.

Geri çekme yönteminin kullanımı 2013-2018 yılları arasında azalmış olup bu oran %26’dan %20’ye kadar ve RİA kullanımındaki oran ise %20’den %14’e kadar düşmüştür. Ülkemizde aynı yıllar arasında tüpligasyon oranı artmış olup %9’dan %10’a çıkmıştır. Kondom kullanım oranı da %16’dan %19’a artış göstermiştir. Yine bu yıllar arasında oral kontraseptif kullanım oranında ise herhangi bir fark görülmemiştir (TNSA, 2018).

2.7.3. Aile Planlaması Yöntemlerinin Sınıflandırılması

Günümüzde herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmayan kadınların yaklaşık % 85'i bir yıl içinde istenmeyen gebeliklerle karşı karşıya kalmaktadır. Kardiyovasküler hastalığı olan kadınlarda planlanmamış gebelikler birçok sağlık sorununu beraberinde getirebileceğinden planlanmamış ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesi adına kontraseptif yöntemlerin bilinmesi ve kullanılması önemlidir (Maroo ve Chahine, 2018).

2.7.3.1. Kombine Östrojen ve Progesteron İçeren Kontraseptifler

Östrojen ve progesteron kombinasyonunu içeren kontraseptif yöntemler; kombine oral kontraseptifler (KOK), kombine kontraseptif bantlar, kombine enjekte edilebilen kontraseptifler ve vajinal halkalardır. KOK'lar hem östrojen ve hem de progesteronu içeren oral kontraseptiflerdir. Kombine oral kontraseptiflerde yaygın olarak kullanılan östrojen, etinil estradioldür (Maroo ve Chahine, 2018). KOK'lardaki östrojen, güçlü bir kontraseptif etki sağlar ancak çalışmalar bunun kalp üzerine olumsuz etkilere neden olabileceğini göstermiştir (WHO, 2015).

Venöz Tromboembolizm

KOK kullanımının lipit düzeyinde değişiklik meydana getirmesi aynı zamanda uzun süreli düşük doz kullanımında da sistolik kan basıncını arttırması kardiyovasküler hastalığa sahip kadınlar için risk oluşturmaktadır (Comma ve ark., 2019; Jimoh ve ark., 2021).

Özellikle de tromboembolik komplikasyonların görülme sıklığını arttırmış olup komplikasyon için riskin en yüksek elli mikrogram veya üzerinde östrojen içeren kok kullanımında olduğu saptanmıştır. Bu sebeple venöz tromboembolizm öyküsüne sahip kadınlarda kullanımı kontrendikedir (Abarbanell ve ark., 2019; Roach ve ark., 2015). Gebelikteki duruma baktığımızda ise doğum sonrası ilk altı haftada tromboembolik risk artar bu yüzden doğum sonrası erken dönemde kombine oral kontraseptif kullanımı tercih edilmemelidir (Lindley ve ark., 2021; UKMEC, 2016).

İskemik Kalp Hastalığı

Genç kadınlarda KOK kullanımı venöz tromboemboliz açısından risk oluşturduğu gibi hipertansiyon açısından da risk oluşturmaktadır. Bu nedenle evre 2 hipertansiyonu (160 mmHg veya üzeri sistolik basıncı veya 100 mmHg veya üzeri diyastolik basıncı), iskemik kalp hastalığı ve iskemik inme öyküsü olan kadınların kullanması riskli olup hipertansiyonu kontrol altında tutulmaya çalışılan kadınların (sistolik basınç 140–159 mmHg'nin üzerinde veya diyastolik basınç 90–99 mmHg'nin üzerinde) KOK kullanımından kaçınması önerilir (UKMEC, 2016).

Aritmi

Kadınlardaki iki dönem QT aralığı üzerine etkileri bakımında kardiyak risk oluşturur bunlardan ilki ergenliktir. Kadınlarda ergenliğin başlangıcıyla QT aralığında uzama meydana gelir ikincisi ise postmenopozal dönemdir bu dönemde kadının östrojen replasman tedavisi alması QT aralığını artırır (Jakes ve ark., 2018; Goldenberg ve ark., 2022; Salem ve ark., 2018). KOK kullanımının riskli olduğu olduğu bir diğer grup ise atrial fibrilasyonu olan kadınlardır bu grupta kok kullanımı kontrendike kabul edilmiştir. (UKMEC, 2016).

2.7.3.2. Yalnızca Progesteron İçeren Kontraseptiler

Yalnızca progesteron içeren kontraseptifler; sadece progesteron içeren haplar (mini hap), depo medroksiprogesteron asetat (DMPA) ve norethisterone enanthate (NET-ET) (sadece progesteron içeren enjekteable kontraseptifler), levonorgestrel ve etonogestrel (cilt altı implantları) (LNG/ETG) içermektedir (CDC, 2010).

ABD'de yalnızca progesteron içeren haplarda kullanılan ana progestin, noretindronur. Noretindronun kan basıncını yükseltici, VTE (venöztromboemboli) riskini artırıcı, sıvı tutulumu ve lipit düzeyinde değişikliklere etkisi olmaması bakımından kalp hastası kadınlarda kullanımında sakınca yoktur (Maroo ve Chahine, 2018; Roos-Hesselink ve ark., 2015).

Fakat sadece progestin içeren kontraseptif kullanımının Konjenital uzamış QT sendromuna sahip kadınlarda β -bloker tedavisi almıyor ise kardiyak olay riskini artırması sebebiyle kullanımı önerilmemektedir (Goldenberg ve ark., 2022; CDC, 2010). Enjekte edilebilir yalnızca progesteron içeren kontraseptifler de ise venöz tromboembolizm riski artabilmektedir (Glisic ve ark., 2018).

DMPA'nın sürekli kullanımı kadınları kardiyovasküler hastalıklara yatkın hale getirebileceği gibi buna ek olarak aterosklerotik kardiyovasküler hastalık için birden fazla risk faktörüne (örneğin, ileri yaş, sigara, diyabet, hipertansiyon, düşük HDL (yüksek yoğunluklu lipoprotein), yüksek LDL (düşük yoğunluklu lipoprotein) veya yüksek trigliserit seviyesine sahip kadınlarda kullanımının kontrendike olduğu belirtilmiştir (UKMEC, 2016).

2.7.3.3. Rahim İçi Araçlar (RİA)

RİA'ların levonorgestrel (LNG) ve bakır olmak üzere iki farklı çeşidi bulunmaktadır. Bakır-RİA'ların uterusu yabancı bir cisim etkisi yaratmasıyla enflamatuvar reaksiyon meydana gelir oluşan lokal reaksiyon spermli rahim duvarına tutunmasını engelleyerek spermli üzerine öldürücü etkiye sebep olur (Bahamondes ve ark., 2020).

LNG içeren RİA servikal mukusun kalınlaşması ve sperm penetrasyonunun bozulmasını sağlayarak yumurtlamanın baskılanmasını gerçekleştirir (Moraes ve ark., 2016).

Bakır RİA da adet kanaması daha fazla olabilirken, LNG RİA menstrual akışı azaltabilir ve amenoreye neden olabilir (Tepper ve ark., 2017). Ancak antikoagülan kullanan kadınlara uygulanmasında sakınca görülmemiştir (Jakes ve ark., 2018).

RİA nadiren de olsa uterus perforasyonu ve takıldıktan sonraki üç ay içerisinde pelvik enfeksiyona sebep olabilmektedir bu sebeple enfeksiyonu azalttığına dair kanıtın olmaması sebebiyle Cinsel ve Üreme Sağlığı Fakültesi kılavuzunca enfektif endokarditi önlemek adına profilaktik antibiyotiklerin rutin kullanımını önermemektedir (Roos-Hesselink ve ark., 2015). Fakat endokardit öyküsü olan veya protez kalp kapagina sahip

kadınların, yerleştirme sırasında bakteriyel endokarditin önlemesi için intravenöz antibiyotik profilaksisinin uygulanmasını önerilir (CEU, 2014).

Kardiyovasküler açıdan bakıldığında RİA'nın kan basıncını yükseltici, VTE ve iskemik inmede artış, sıvı retansiyonu ve QT uzaması üzerine etkisi olmadığı belirlenmiştir (Tepper ve ark., 2017). Aynı zamanda yapılan bir çalışmada Trombofili ve/veya VTE öyküsü olan kadınların 12 aylık LNG içeren RİA kullanımının kardiyovasküler risk faktörlerini değiştirmedığı ve LNG içeren RİA'ların kullanımının kardiyovasküler hastalığa sahip kadınlarda güvenli olduğu saptanmıştır (Braga ve ark., 2020; Vu Micks ve ark., 2016).

2.7.3.4. Kadın ve Erkek Sterilizasyonu

Kadınlarda tüp ligasyon ve erkeklerde vazektomi olarak bilinen yöntem kalıcı, güvenli başarısızlık oranları düşük olmasıyla birlikte yüksek etkili bir kontraseptif yöntemdir (WHO, 2015).

2.7.3.5. Bariyer Yöntemler

Bariyer kontraseptifler; sperm öldürücüler, kadın ve erkek kondomu, diyafram veya servikal başlığı içermektedir. Prezervatif cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucudur fakat diğer yöntemlere göre kontraseptif etkisi daha düşüktür. Fakat bu yöntemlerin kullanımının kalp hastalığı için güvenli olduğu bildirilmiştir (Maroo ve Chahine, 2018).

Bu nedenle, aterosklerotik kardiyovasküler hastalığa sahip ileri yaş, sigara, diyabet, hipertansiyon, düşük HDL, yüksek LDL veya yüksek trigliserit seviyeleri gibi çoklu risk faktörleri bulunan kadınlarda da bariyer kullanımı uygun görülmüştür (CDC, 2010).

2.7.3.6. Doğurganlık Bilincine Dayalı Yöntemler

Bu yöntemler takvim yöntemi ve geri çekme yöntemini kapsamaktadır. Yan etkileri az olsa da gebelik oranlarının yüksek olması sebebiyle kalp hastalığına sahip kadınlarda kullanımı önerilmemektedir (CDC, 2010).

2.7.3.7. Acil Kontrasepsiyon

Bunlar bakırlı RİA, levonorgestrel (bir doz 1.5 mg veya 12 saat arayla uygulanan iki doz 0.75 mg), anti-progestinler-ulipristal, mifepriston ve ayarlanmış kombine oral kontraseptiflerdir (Shen ve ark., 2017).

Acil kontrasepsiyonlar KOK'lardan daha kısa süre kullanılması açısından klinik etkisi daha azdır. Bu sebeple bakır-RİA, ulipristal asetat, LNG şiddetli kardiyovasküler hastalık öyküsü (iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler kriz veya diğer tromboembolik durumlar) olan kadınlarda kullanılması uygundur (CDC, 2010).

2.8. SAĞLIK POFESYONELLERİNİN GEBELİK ÖNCESİ BAKIMDAKİ ROL VE SORUMLULUKLARI

Sağlık profesyonellerine gebelik öncesi bakımı içeren doğurganlık, kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, teratojenlere maruziyet ve mental sağlık değerlendirmesi gibi konulara ele alarak kadın ve eşlerine yaşam boyu olumlu sağlık alışkanlığı ve davranışının kazandırılmasında önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir. Aynı zamanda sağlık profesyonelleri maternal ve fetal sağlığı geliştirmeyi dolayısıyla da halk sağlığını geliştirmeyi amaçlayarak gebeliği olumsuz etkileyebilecek tıbbi durumları, çevresel etkenleri, kişisel davranış ve tutumla beraber psikososyal riskleri gebelikten önce tanımlayarak çözümleyebilmektedir (Sekizler ve Daşikan, 2021).

Bu açıdan sağlık profesyonellerinin kalp hastalığına sahip üreme çağındaki kadınların gebelik öncesinde risk faktörlerinin tanımlanmasını sağlayarak gebelik istemi, uygun kontraseptif yöntem kullanımı ve mental sağlığın değerlendirilmesiyle hastalığın meydana getirdiği gebelik korkusuna yönelik kadın ve eşlerine uygun danışmanlık ve yönlendirmenin sağlanmasıyla birlikte istenmeyen gebeliklerin önüne geçerek bireylerin özgürce cinsel yaşamlarına devam etmelerini ve cinsel yaşam kalitelerinin olumsuz etkilere maruz kalmamasının sağlanmasında önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kesitsel tipte tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir eğitim araştırma hastanesinin kardiyoloji polikliniklerinde yürütülmüştür. Çalışmanın yürütüldüğü hastanede toplamda 15 adet poliklinik hizmet vermektedir.

3.3. Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir eğitim araştırma hastanesinin kardiyoloji polikliniğine gelen 18-49 yaş arasındaki kadınlar oluşturmuştur. Araştırma örnekleminde ise kardiyoloji polikliniğine gelen 18-49 yaş arasında 226 kalp hastası kadın yer almaktadır. Araştırmanın örneklemini Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K)'ın bulguları (Symonds ve ark., 2005) göz önünde bulundurularak güç analizi yapılmış ve örneklem sayısı etki büyüklüğü (Effect Size):0.100, hata (α):0.05, Güç (1- β): %80 alınarak 346 kadın hasta olarak belirlenmiştir (Analiz için G-Power 3.1.9.7 kullanılmıştır). Fakat çalışmaya katılma kriterlerini sağlayan kadınlara ulaşmada güçlük yaşanmıştır. Polikliniğe başvuran kadınların tekrarlı gelişlerinin olması ve yeni başvuru yapan kadınlara ulaşamadığı için çalışmanın verileri kullanılarak post hoc güç analizi yapılmıştır. Etki büyüklüğü (Effect Size d):0.380 ve Hata (α):0.05 alınarak yapılan post hoc güç analizi sonucunda çalışmanın gücü (1- β) %80 olarak hesaplanmıştır (G*Power, Ver. 3.1.9.7, University of Dusseldorf, Germany). Toplam örneklem büyüklüğü 226 olarak belirlenmiştir.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Evli olmak/Aktif cinsel yaşamı olmak
2. Menopoza girmemiş olmak
3. 18-49 yaş arasında olmak
4. En az 6 ay önce kalp hastası tanısı almış olmak

5. İletişim problemi olmamak (konuşma, görme, işitme, mental problem, dil problemi vb).
6. Gönüllü olmak.
7. Kanser hastası olmamak
8. Gebe olmamak

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Kontraseptif Niyet Ölçeği (KNÖ) ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın formu ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (Ek 4): Araştırmacılar tarafından geliştirilen (Şahlar ve Hisar, 2021; Çamcı ve Can, 2014; Küçükkaya, 2021) bu form kadınların sosyodemografik, obstetrik ve kontrasepsiyon özelliklerini ve gebe kalma korkusunu belirlemeye yönelik toplam 24 sorudan oluşmaktadır.

Kontraseptif Niyet Ölçeği (KNÖ) (Ek 5) (Contraceptive Intention Questionnaire-CIQ): Bennet ve Rocca tarafından, kontraseptif niyetin değerlendirilmesi amacıyla, 2015 yılında Amerika’da geliştirilmiştir Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği Suid ve Pasinlioğlu tarafından 2021 yılında yapılmıştır. Ölçek toplam 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 4’lü likert tipindedir. Ölçeğin toplamından alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 15’tir. Ölçek maddeleri puanlanırken; 1., 3., 4., ve 13. maddelerin her biri için “önemli değil” (0 puan), “kısmen önemli” (0 puan), “önemli” (0 puan) “çok önemli” (1 puan) verilmekte; 2., 7., 11., 12., ve 15. maddelerin her biri için “kesinlikle evet” (0 puan) , “kısmen evet” (0 puan), “kısmen hayır” (0 puan) “kesinlikle hayır” (1 puan) verilmekte; 6., 8., 10., ve 14. maddelerin her biri için “emin değilim” (0 puan), “kısmen eminim” (0 puan), “eminim” (0 puan) “çok eminim” (1 puan) verilmekte; 5. madde için “ çok mutlu eder” (0 puan), “mutlu eder” (0 puan), “kısmen mutlu eder” (0 puan) “hiç mutlu etmez” (1 puan) verilmekte ve 9. madde için “ üzmez” (0 puan), “üzer” (0 puan), “kısmen üzer” (0 puan) “çok üzer” (1 puan) verilmektedir. Form içerisinde yer alan sorulara yanıtlar “Doğru” ve “Yanlış” olarak değerlendirilmiştir. Her doğru yanıt “1”, her yanlış yanıt ise “0” puan şeklinde kodlanmıştır. Form içerisindeki her madde için verilen puan esas olmakla birlikte; 5., 6., 10., 13., 14. ve 16. maddeler ters yönde puan almaktadır. Puanın yükselmesi kontraseptif niyetin arttığını göstermektedir. Ölçeğin

Cronbach alfa katsayısı 0.82'dir (Bennett ve Rocca, 2015; Suid ve Pasinlioğlu, 2021). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.81 dir.

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (Ek 6)

CYKÖ-K, Symonds ve ark. (2005) tarafından geçerlik ve güvenirliği yapılmış bir ölçektir. Tuğut ve Gölbaşı tarafından ölçeğin geçerlik-güvenirlik çalışması 2010 yılında yapılmıştır. Ölçek 18 yaşın üzerindeki tüm kadınlara uygulanabilen bir ölçektir, ancak ölçeğin orijinalinin geçerlik ve güvenirlik çalışması 18-65 yaş grubundaki kadınlarda yapılmıştır. Ölçek bireylerin kendi kendine yanıtlayabilecekleri, uygulanışı kolay ve altılı likert tipinde olup, 18 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddenin son dört hafta içindeki cinsel yaşamı düşünülerek yanıtlanması beklenmektedir. Ölçeğin orijinalin de her bir maddenin 1-6, ya da 0-5 arasında puanlanabileceği belirtilmektedir. Bu çalışmada 1-6 puan sistemi (1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kısmen katılmıyorum, 5= Büyük ölçüde katılmıyorum, 6=Hiç katılmıyorum) kullanılmıştır. Bu şekilde ölçekten alınabilecek puan aralığı 18-108 arasındadır. Diğer taraftan 0-5 puanlama sisteminde ise puan aralığı 0-90 olmaktadır. Toplam puan hesaplanmadan önce 1, 5, 9, 13, 18 numaralı maddelerin puanlarının tersine çevrilmesi gerekmektedir. Hangi puanlama sistemi kullanılırsa kullanılsın ölçekten alınan toplam puan 100'e dönüştürülmektedir. Toplam ölçek puanının 100'e dönüştürülmesi için; (Ölçekten alınan ham puan-18)x100/90 formülünün kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Örneğin ölçekten alınan ham puan toplamı 63 olan bir bireyin 100'e dönüştürülmüş ölçek puanı; $(63-18) \times 100/90=50$ olmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir (Symonds ve ark., 2005; Tuğut ve Gölbaşı, 2010). Ülkemizde yapılan geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfası 0.83 bulunmuştur (Tuğut ve Gölbaşı, 2010). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.90 olarak belirlenmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı (Ek 1) ile İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olan bir eğitim araştırma hastanesinden izin alındıktan sonra veriler toplanmaya başlanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından 15.08.2023-01.03.2024 tarihleri

arasında, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir eğitim araştırma hastanesinin kardiyoloji polikliniğine başvuran kadınlarla yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veriler kardiyoloji polikliniklerinin olduğu katta bulunan danışma deskinde hastaların randevusundan önce veya sonrasında toplanmıştır. Veri toplama tarihlerinde 15 kadın çalışmaya katılmaya gönüllü olmadıkları için örnekleme dahil edilmemiştir. Veri formunun doldurulma süresi ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

3.7. Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

Kadınların kontraseptif niyet ölçeği puan ortalamaları ve cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

Bağımsız Değişkenler

Kadınların sosyo-demografik özellikleri, gebe kalma korkusu paunu, gebe kalma korkusuyla ilişkili sorular araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma gruplarının genel özellikleri hakkında bilgi vermek amacı ile tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Nicel değişkenlere ait veriler ortalama ve standart sapma ($\bar{x} \pm ss$) ile, nitel değişkenler ait veriler sayı (n) ve yüzde (%) kullanılarak tanımlandı. Nicel değişkenlere ilişkin gruplar arası farklar parametrik özelliklerin sağlandığı durumlarda Bağımsız Örneklem t testi veya Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım varsayımının test edilmesinde ise çarpıklık ve basıklık katsayıları kullanılmıştır. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin (-1.5) ile (+1.5) arasında yer alması normal dağılım şartının sağlandığını göstermektedir (Tabachnick ve Fidell, 2018).

İkili karşılaştırmalar için Post-Hoc Tukey HSD kullanılmıştır. Nicel değişkenlere ilişkin gruplar arası farklar parametrik özelliklerin sağlandığı durumlarda Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi ile incelenmiştir. Anlamlı sonuçlar için ileri değerlendirmeler Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney ile yapılmıştır. Ölçeklerin

güvenilirlik düzeyleri Cronbach's Alpha değerleri hesaplanarak ölçülmüştür. Değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi için ise Pearson Korelasyon Analizi ve Regresyon Analizi uygulanmıştır. p değerleri 0.05'den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Hesaplamalarda hazır istatistik yazılımı kullanılmıştır (IBM SPSS Statistics 22, SPSS inc., an IBM Co., Somers, NY).

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere uyulmasına özen gösterilmiştir. Uygulamaya başlamadan önce Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı (karar no: 02-04 ve 19.01.2023 tarihli) alınmıştır (Ek 1). Katılımcılara önce araştırma hakkında bilgi verilerek sözlü onamları alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm gebelerin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ile yazılı onamları alınmıştır (Ek 3). Ayrıca hastane yöneticilerine ve kardiyoloji polikliniklerinde çalışan hemşire ve diğer sağlık personellerine araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde üreme çağındaki kalp hastası kadınların gebe kalma korkusunun cinsel yaşam kalitesi ve kontraseptif niyetleri üzerine etkisinin değerlendirilmesi verilmiştir. Kadınların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=226)

Tanımlayıcı Özellikleri	n	%	
Yaş	35 Yaş Altı	68	30.1
	35 Yaş ve Üstü	158	69.9
Gelir	Düşük	3	1.3
	Orta	219	96.9
	Yüksek	4	1.8
	Okur-Yazar	5	2.2
	İlkokul	52	23.0
	Ortaokul	19	8.4
	Lise	78	34.5
	Üniversite	72	31.9
	Eşten çocuk baskısı	Evet	19
Hayır		207	91.6
Çevreden çocuk baskısı	Evet	35	15.5
	Hayır	191	84.5

Tablo 4.1’de görüldüğü üzere kadınların %30.1’inin 35 yaş ve altı %69.9’unun 35 yaş ve üzeri olduğu, %96.9’unun orta gelir durumuna sahip ve %34.5’inin lise mezunu olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda kadınların 8.4’ü eşinden, %15.5’inin çevresinden çocuk sahibi olma konusunda baskı gördüğü tespit edilmiştir.

Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n=226)

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Gebelik sayısı	2.35	1.46	0	7.00
Doğum sayısı	1.85	1.16	0	5.00
Küretaj sayısı	0.32	0.64	0	3.00
Düşük sayısı	0.33	0.70	0	4.00
Ölü doğum sayısı	0.04	0.27	0	3.00
Çocuk sayısı	1.88	1.14	0	5.00

Kadınların gebelik sayısı ortalamasının 2.35 ± 1.46 , doğum sayısı ortalamasının 1.85 ± 1.16 , küretaj sayısı ortalamasının 0.32 ± 0.64 , düşük sayısı ortalamasının 0.33 ± 0.70 , çocuk sayısı ortalamasının 1.88 ± 1.14 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Kadınların kalp hastalığı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.3’de verilmiştir.

Tablo 4.3. Kadınların Kalp Hastalığı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=226)

	Kalp hastalığı tanısı	n	%
Kalp tanı çeşitleri*			
Ritim bozuklukları ve kalp pili mevcut olan hastalar	Aritmi	129	57.1
	Kalp pili	7	3.1
	Supraventriküler taşikardi	2	0.9
	Atrial fibrilasyon	2	0.9
Hipertansif ve hipotansif kalp hastalıkları	Hipertansiyon	60	26.5
	Hipotansiyon	2	0.9
	Pulmoner hipertansiyon	1	0.4
Valvüler kapak hastalıkları	Mitral kapak yetmezliği	24	10.6
	Mitral kapak stenozu	8	3.5
	Mitral kapak prolapsusu	8	3.5
	Aort kapak yetmezliği	4	1.8
	Pulmoner kapak yetmezliği	1	0.4
Yapay kapak	Mekanik mitral kapak	3	1.3
	Biyolojik mitral kapak	1	0.4
	Mekanik aortkapağı	1	0.4
Konjenital kalp hastalıkları	Atrial septal defekt	10	4.4
	Wolff Parkinson white sendromu	2	0.9
	Ventriküler septaldefekt	1	0.4
Koroner kalp hastalığı	Koroner arter hastalığı	9	4.0
Enfeksiyona bağlı edinsel kalp hastalıkları	Kalp romatizması	8	3.5
	Perikardit	1	0.4
	Myokardit	1	0.4
	Endokardit	1	0.4
Kalp kası hastalıkları	Konjestif kalp yetmezliği	4	1.8
	Noncompaction kardiyomiyopati	3	1.3
	Hipertrofik kardiyomiyopati	3	1.3
	Kardiyomegali	2	0.9
	Dilate kardiyomiyopati	2	0.9
Kalp tümörleri	Miksoma	1	0.4

Diğer kalp hastalıkları	Aort anevrizması geçmişi	1	0.4
	Venöztromboembolizm	1	0.4
	Aterosklerotik kalp hastalığı	1	0.4
Eşlik eden başka hastalık	Evet	77	34.1
	Hayır	149	65.9
Kullanılan ilaçlar*	Antihipertansif	138	61.1
	Betabloker	130	57.5
	Antiaritmik	115	50.9
	Antikoagülan	48	21.2
	ACEinhibitörü	28	12.4
	Diüretik	15	6.6
	Antianginal	10	4.4
	HMGCoA Redüktaz İnhibitörü	10	4.4
	Kalsiyum kanal blokeri	7	3.1
	Anjiyotensin II antagonisti	7	3.1
	Antibakteriyel	5	2.2
	Dijital glikoziti	2	0.9
	Vazodilatör	1	0.4
	Alfa bloker	1	0.4

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi çalışmaya katılan kadınların %57.1'inin aritmisinin, %26.5'inin hipertansiyonun, %10.6'sının mitral kapak yetmezliğinin olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kadınların % 4'ünde koroner kalp hastalığı, %5.7'sinde konjenital kalp hastalığı, %34.1'inde eşlik eden başka hastalık olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte kadınların %61.1'inin antihipertansif, %57.5'inin betabloker, %50.9'unun antiaritmik ve % 21.2'sinin antikoagülan ilaç kullandığı görülmüştür.

Kalp hastalığının cinsel yaşamı etkileme durumuna göre dağılımı Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Kalp Hastalığının Cinsel Yaşamı Etkileme Durumuna Göre Dağılımı (n=226)

Değişkenler		n	%
Kalp hastalığından cinsel yaşamın etkilenme durumu	Evet	122	54.0
	Hayır	104	46.0
Cinsel yaşamı etkileyen hastalığa bağlı nedenler* (n=122)	Halsizlik	101	82.8
	Nefes darlığı	65	53.3
	Kaygı	34	27.9
	İsteksizlik	19	15.6
Kullanılan ilacın cinsel yaşamı etkileme durumu	Evet	0	0.0
	Hayır	226	100.0

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.4'te çalışmaya katılan kadınların %54.0'ü kalp hastalığının cinsel yaşamını etkilediğini düşünmektedir. Cinsel yaşamının etkilendiğini ifade eden kadınların %82.8'i halsizlik, %53.3'ü nefes darlığı, %27.9'u kaygı ve %15.6' sında ise isteksizlik nedeniyle cinsel yaşamının etkilendiğini ifade etmiştir. Bununla birlikte kadınların tamamı kullandıkları ilacın cinsel yaşamlarını etkilemediğini belirtmişlerdir.

Kadınların doğum kontrol yöntemi kullanım özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.5'te verilmiştir

Tablo 4.5. Kadınların Doğum Kontrol Yöntemi Kullanım Özelliklerine Göre Dağılımı (n=226)

Doğum Kontrol Yöntemi Kullanım Özellikleri		n	%
Kullanılan doğum kontrol yöntemi	Geri çekme	72	31.9
	Kondom	69	30.5
	RIA	38	16.8
	Cerrahi sterilizasyon	31	13.7
	Hormonal yöntemler	16	7.1
Doğum Kontrol Yönteminde Değişiklik (n=223)	Evet	31	13.7
	Hayır	192	85.0
Doğum Kontrol Yönteminde Danışmanlık (n=223)	Evet	58	25.7
	Hayır	165	73.0

Tabloda 4.5’de çalışmaya katılan kadınların kullandığı doğum kontrol yöntemlerine bakıldığında %31.9’unun geri çekme yöntemini, %30.5’inin kondom yöntemini ve %16.8’inin RİA yöntemini tercih ettikleri tespit edilmiştir.

Ayrıca kadınların %13.7’sinin kalp hastalığı tanısını aldıktan sonra doğum kontrol yöntemini değiştirdiği, %25.7’sinin doğum kontrolü için danışmanlık aldığı belirlenmiştir.

Kadınların kalp hastalığına bağlı gebelikten korkma durumlarına göre dağılımı Tablo 4.6’da verilmiştir

Tablo 4.6. Kadınların Kalp Hastalığına Bağlı Gebelikten Korkma Durumlarına Göre Dağılımı (n=226)

Gebelikten Korkma Durumları		n	%
Kalp hastalıklarına bağlı gebelikten korkma	Evet	132	58.4
	Hayır	94	41.6
Korku puanı		4.63±3.82(Ort±SS)	
Gebe olduğunu düşünce uykuların kaçma durumu	Evet	62	27.4
	Hayır	164	72.6
Gebe olduğu ile ilgili kabuslar görme durumu	Evet	23	10.2
	Hayır	203	89.8
Gebe kalmamak için birden fazla doğum kontrol yöntemini birlikte kullanma	Evet	12	5.3
	Hayır	214	94.7
Gebe kadınları gördüğünde bile korkma	Evet	31	13.7
	Hayır	195	86.3
Gebelik ve çocuk doğumu üzerine konuşmanın titreme, terleme ve sinir atakları geçirmeye sebep olma durumu	Evet	15	6.6
	Hayır	211	93.4
Gebelikten korkma nedeniyle cinsel ilişkiden kaçınma	Evet	28	12.4
	Hayır	198	87.6

Kadınların %58.4 ünün kalp hastalığına bağlı gebelikten korktuğu, %27.4 ünün gebe kaldığını düşününce uykularının kaçtığı, %10.2 sinin gebe kalmakla ilgili kabuslar gördüğü, %5.3’ünün gebe kalmamak için birden fazla doğum kontrol yöntemi kullandığı, %13.7 sinin gebe kadınları gördüğünde bile gebelikten korktuğu, %12.4 ünün gebe kalmaktan korktuğu için cinsel ilişkiden kaçındığı saptanmıştır (Tablo 4.6).

Kadınların Kontraseptif Niyet Ölçeği ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7. Kadınların Kontraseptif Niyet Ölçeği ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=226)

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum	Çarpıklık	Basıklık
Kontraseptif Niyet Ölçeği	7.59	3.31	0	14.00	-0.086	-1.015
Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Kadın Formu	82.58	16.30	14.44	100.00	-1.485	1.245

Tabloda 4.7’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan kadınların kontraseptif niyet ölçeği puan ortalaması 7.59 ± 3.31 , cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması 82.58 ± 16.30 olarak belirlenmiştir.

Kadınların kontraseptif niyet ölçeği ve cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kontraseptif Niyet Ölçeği ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=226).

		n	KNÖ Puan	Test; p	CYKÖ Puan	Test; p
Yaş	35 Yaş Altı	68	7.32 ± 3.28	t:0.789;0.431	85.6 ± 13.74	t:1.839;0.067
	35 Yaş ve Üstü	158	7.7 ± 3.32		81.28 ± 17.16	
Gelir	Düşük	3	8.00 ± 10.0	KW:0.201;0.905	75.56 ± 14.44	KW:1.994;0.369
	Orta	219	8.00 ± 5.00		87.78 ± 18.89	
	Yüksek	4	6.50 ± 5.50		80.00 ± 23.06	
Eğitim	Okur-Yazar	5	8.00 ± 2.25	KW:1.931;0.748	67.78 ± 49.44	KW:9.17;0.056
	İlkokul	52	8.00 ± 7.00		82.22 ± 20.56	
	Ortaokul	19	8.00 ± 6.00		91.11 ± 16.67	
	Lise	78	8.00 ± 6.00		88.89 ± 16.11	
	Üniversite	72	7.00 ± 5.00		90.56 ± 18.33	
Eşten Çocuk Baskısı	Evet	19	7.37 ± 3.39	t:0.302;0.763	75.96 ± 22.55	t:1.367;0.187
	Hayır	207	7.61 ± 3.31		83.19 ± 15.53	
Çevreden Çocuk Baskısı	Evet	35	7.57 ± 3.27	t:0.033;0.974	80.03 ± 19.04	t:1.007;0.315
	Hayır	191	7.59 ± 3.32		83.05 ± 15.76	

Veriler Ortalama $\pm$ Standart Sapma veya Ortanca $\pm$ Çeyrekler Arası Genişlik şeklinde verilmiştir. t: Bağımsız Örneklem t Testi; KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi Çoklu Karşılaştırmalar Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney ile incelenmiştir. * p değeri 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.8’de de görüldüğü üzere çalışmaya katılan kadınların yaş, gelir durumu ve eğitim düzeyi ile kontraseptif niyetleri ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Ayrıca, yaş, gelir durumu ve eğitim düzeyi ile cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasında bir fark olmadığı da tespit edilmiştir ($p>0.05$). Kadınların eşinden ve çevresinden gelen çocuk baskısının, cinsel yaşam kalitesini ve kontraseptif niyetlerini etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Kadınların doğum kontrol yöntemi özelliklerinin kontraseptif niyet ve cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4,9’da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Kadınların Doğum Kontrol yöntemi Özelliklerinin Kontraseptif Niyet ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(n=226)

		n	KNÖ Puan	Test; p	CYKÖ Puan	Test; p
Doğum kontrol yönteminde değişiklik (n=223)	Evet	31	8.42±2.59	t:1.638;0.108	81.36±16.34	t:0.404;0.687
	Hayır	192	7.56±3.31		82.64±16.41	
Doğum kontrol yönteminde danışmanlık alma(n=223)	Evet	58	7.71±2.98	t:0.069;0.945	83.08±14.47	t:0.334;0.39
	Hayır	165	7.67±3.32		82.25±17.02	
Kullanılan doğum kontrol yöntemi	Hormonal yöntemler	16	5.44±3.18 ^a	F:3.249;0.013*	84.24±15.51	F:1.616;0.171
	RIA	38	7.87±3.18 ^{ab}		81.35±16.99	
	Kondom	69	8.36±3.1 ^b		4.94±11.91	
	Cerrahi sterilizasyon	31	7.77±3.33 ^{ab}		76.42±21.41	
	Geri Çekme	72	7.1±3.38 ^{ab}		83.26±16.93	

Veriler Ortalama±Standart Sapma veya Ortanca±Çeyrekler Arası Genişlik şeklinde verilmiştir. t:Bağımsız Örneklem T Testi; F:Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova) Çoklu Karşılaştırmalar (Post Hoc Test) Tukey HSD veya Tamhane’s T² ile incelenmiştir. * p değeri 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.9’da da görüldüğü gibi kadınların doğum kontrol yönteminde değişiklik yapma, doğum kontrol yönteminde danışmanlık alma ile kontraseptif niyet ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmadığı saptanmış olup ($p>0.05$), kullanılan doğum kontrol yöntemleri kontraseptif niyet ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür($p<0.05$). Ayrıca doğum kontrol yönteminde değişiklik yapma, doğum kontrol yönteminde danışmanlık alma ve kullanılan doğum

kontrol yöntemleri ile cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmadığı da saptanmıştır ($p>0.05$).

Kadınların kalp hastalığı nedeniyle cinsellik ve gebelikten korkma ile ilgili nitel değişkenlere göre kontraseptif niyet ölçeği puan ortalamaları ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.10'da sunulmuştur.

Tablo 4.10. Kadınların Kalp Hastalığı Nedeniyle Cinsellik ve Gebelikten Korkma İle İlgili Nitel Değişkenlere Göre Kontraseptif Niyet Ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=226)

		n	KNÖ Puan	Test; p	CYKÖ Puan	Test; p
Kalp hastalıklarına bağlı gebelikten korkma	Evet	132	8±3.08	t:2.184;0.030*	81.23±15.35	t:1.482;0.140
	Hayır	94	7.01±3.54		84.48±17.45	
Gebe olduğunu düşünce uykuların kaçması	Evet	62	8.44±2.95	t:2.391;0.018*	78.96±17	t:2.068;0.040*
	Hayır	164	7.27±3.39		83.95±15.86	
Gebe olduğu ile ilgili kabuslar görme	Evet	23	7.96±3.2	t:0.562;0.575	76.23±18.91	t:1.984;0.048*
	Hayır	203	7.55±3.33		83.3±15.87	
Gebe kalmamak için birden fazla doğum kontrol yöntemini birlikte kullanma	Evet	12	9.17±2.92	t:1.705;0.090	80.28±23.7	t:0.502;0.616
	Hayır	214	7.5±3.31		82.71±15.85	
Gebe kadınları gördüğünde bile korkma	Evet	31	7.87±2.83	t:0.511;0.610	74.52±21.62	t:2.321;0.026*
	Hayır	195	7.54±3.38		83.86±14.96	
Gebelik ve doğum ile ilgili kaygı yaşama	Evet	15	6.87±3.23	t:0.874;0.383	76±25.95	t:1.039;0.316
	Hayır	211	7.64±3.32		83.05±15.37	
Gebelikten korkma nedeniyle cinsel ilişkiden kaçınma	Evet	28	9.57±2.67	t:4.065;0.000*	73.61±15.93	t:3.174;0.003
	Hayır	198	7.30 ±3.29		83.84±15.98	
Kalp hastalığının cinsel yaşamı etkileme durumu	Evet	122	7.76±3.14	t:0.848;0.398	79.91±16.68	t:2.716;0.008*
	Hayır	104	7.38±3.5		85.70±15.32	
Cinsel yaşamı etkileyen faktörler						
Halsizlik	Evet	101	7.56±3.2	t:0.098;0.922	81.22±15.34	t:1.128;0.260
	Hayır	125	7.61±3.4		83.68±17.01	
Kaygı	Evet	34	8.32±2.93	t:1.409;0.160	78.69±17.31	t:1.514;0.132
	Hayır	192	7.46±3.36		83.27±16.06	
Nefes darlığı	Evet	65	7.72±3.09	t:0.388;0.699	82.26±15.36	t:0.190;0.850
	Hayır	161	7.53±3.4		82.71±16.7	

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde verilmiştir. t: Bağımsız Örneklem T Testi; * p değeri 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.10’da kalp hastalığına bağlı gebelikten korktuğunu ve gebe olduğunu düşündüğünde uykularını kaçırdığını ve gebelikten korkma nedeniyle cinsel ilişkiden kaçındığını belirten kadınların ölçek puan ortalamaları yüksektir ve istatistiksel açıdan anlamlıdır($p<0.05$). Bununla birlikte gebe olduğu ile ilgili kabuslar görme, gebe kalmamak için birden fazla doğum kontrol yöntemini birlikte kullanma, gebe kadınları gördüğünde bile korkma ve gebelik ve doğumla ilgili kaygı yaşama durumu ile kontraseptif niyet ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca kadınların kalp hastalığının cinsel yaşamını etkileme ve cinsel yaşamı etkileyen faktörler ile kontraseptif niyet ölçeği puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Kalp hastalığına bağlı olarak gebelikten korktuğunu ifade edenlerin cinsel yaşam kalitesi puan ortalamalarının etmeyenlere göre düşük olduğu fakat gruplar arasında farkın anlamlı olmadığı görülmüştür($p>0.05$). Bununla birlikte gebe kaldığını düşününce uykularının kaçırdığını, gebe kalmakla ilgili kabuslar gördüğünü, gebe kadınları gördüğünde bile korktuğunu ve gebelikten korkma nedeniyle cinsel ilişkiden kaçındığını ifade edenlerin cinsel yaşam kalitesi puan ortalamalarının düşük olduğu ve gruplar arası farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir($p<0.05$). Ayrıca kalp hastalığı nedeniyle cinsel yaşamının etkilendiğini ifade edenlerin cinsel yaşam kalitesi puan ortalamalarının da istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir($p<0.05$). Gebe kalmamak için birden fazla doğum kontrol yöntemini birlikte kullanan, gebelik ve doğum nedeniyle kaygı yaşayan kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçek puanlarının daha düşük olduğu fakat gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Kontraseptif Niyet Ölçeği ile Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Ölçeği Arası İlişki Tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo 4.11. Kontraseptif Niyet Ölçeği İle Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Ölçeği Arası İlişki (n=226)

	Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Ölçeği	
	r	p
Kontraseptif Niyet Ölçeği	-0.089	0.81

r: Pearson Koralasyon Katsayısı * p değeri 0.05 düzeyinde anlamlı.

Kontraseptif niyetle cinsel yaşam kalitesi arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Kadınların Kontraseptif Niyetlerine İlişkin Regresyon Analizi-Model Özeti, Güven Aralıkları ve Katsayılar Tablo 4.12’de verilmiştir.

Tablo 4.12. Kadınların Kontraseptif Niyetlerine İlişkin Regresyon Analizi-Model Özeti, Güven Aralıkları ve Katsayılar (n=226)

Model	B	Std. Hata	β (Beta)	t	p	Güven Aralığı (%95)		VIF
						Alt Sınır	Üst Sınır	
Sabit	12.803	1.356		9.442	<0.000	10.131	15.475	
Kalp hastalığına bağlı gebelikten korkma	-0.415	0.477	-0.062	-0.870	0.385	-1.356	0.525	1.206
Gebeliği düşününce uykuları kaçma	-0.659	0.521	-0.089	-1.265	0.207	-1.686	0.368	1.179
Gebelikten korkma nedeniyle cinsel ilişkiden kaçınma	-1.860	0.689	-0.186	-2.700	0.007*	-3.217	-0.502	1.122
<i>R</i> =0.255		<i>R</i> ² =0.065		<i>Adj. R</i> ² =0.053		<i>Durbin Watson</i> :1.680		<i>F</i> :5.156; <i>p</i> =0.002*

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) * p değeri 0.05 düzeyinde anlamlı.

Durbin-Watson istatistiği regresyon analizi ön şartlarından birisi olup; hata terimlerinin arasında korelasyon olup olmadığı şeklinde yorumlanmaktadır. Genellikle 1.5 – 2.5 civarında bir D.W testi değeri otokolerasyon olmadığını gösterir (Durbin ve Watson, 1950). Ayrıca VIF değeri modelde multicollinearitenin incelenmesi amacıyla bakılmaktadır ve VIF değerinin 10’un altında olması istenmektedir. Oluşturduğumuz modelde; bağımsız değişkenler bağımlı değişkene ait varyansın %6.5 ‘ini açıklamaktadır. Modelde birden fazla bağımsız değişken olduğu için düzeltilmiş R^2 değeri kullanılmaktadır. Bu oluşturduğumuz modelde; bağımsız değişkenler bağımlı değişkene ait varyansın % 5.3’ünü açıklamaktadır.

Model sonuçlarına göre gebelikten korktuğu için cinsel ilişkiden kaçınma (β =-1.860; p <0.05) değişkeni bağımlı değişkenimiz olan kontraseptif niyetleri ölçeği puanlarını anlamlı düzeyde yordamaktadır. Test sonucuna göre modelimiz anlamlıdır (F =5.156; p =0.002). Regresyon Analizine göre gebelikten korktuğu için cinsel ilişkiden kaçınma sorusuna “Evet” cevabı veren grubun kontraseptif niyetleri ölçeği puanı “Hayır” cevabı veren gruba göre 1.860 birim daha yüksektir.

Cinsel Yaşam Kalitesine İlişkin Regresyon Analizi-Model Özeti, Güven Aralıkları ve Katsayıları Tablo 4.13’de verilmiştir.

Tablo 4.13. Cinsel Yaşam Kalitesine İlişkin Regresyon Analizi-Model Özeti, Güven Aralıkları ve Katsayılar (n=226).

Model	B	Std. Hata	β (Beta)	t	p	Güven Aralığı (%95)		VIF
						Alt Sınır	Üst Sınır	
Sabit	44.914	9.164		4.901	<0.001	26.853	62.974	
Kalp hast. cinsel yaşamı etkileme	3.755	2.195	0.115	1.711	0.089	-0.571	8.082	1.091
Gebeliği düşününce uykuları kaçma	-0.171	2.917	-0.005	-0.059	0.953	-5.920	5.577	1.543
Gebeliği düşününce Kâbus görme	3.409	4.070	0.063	0.838	0.403	-4.611	11.430	1.379
Gebe kadınları gördüğünde bile gebelikten korkma	6.701	3.345	0.142	2.003	0.046*	-0.107	13.294	1.206
Gebelikten korktuğu için cinsel ilişkiden kaçınma	7.209	3.388	0.146	2.128	0.034*	0.532	13.887	1.135
R=0.294		R ² =0.086		Adj. R ² =0.066		Durbin Watson:2.147		F:4.163; p=0.001*

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) * p değeri 0.05 düzeyinde anlamlı.

Durbin-Watson istatistiği regresyon analizi ön şartlarından birisi olup; hata terimlerinin arasında korelasyon olup olmadığı şeklinde yorumlanmaktadır. Genellikle 1.5 – 2.5 civarında bir D.W testi değeri otokorelasyon olmadığını gösterir (Durbin ve Watson, 1950). Ayrıca VIF değeri modelde multicollinearitenin incelenmesi için bakılmaktadır. Değerinin 10’un altında olması istenir. Oluşturulan modelde; bağımsız değişkenler bağımlı değişkene ait varyansın %8.6’sını açıklamakta olduğu belirlenmiştir. Modelde birden fazla bağımsız değişken olduğu için düzeltilmiş R² değeri kullanılmıştır. Yani oluşturulan modelde; bağımsız değişkenler bağımlı değişkene ait varyansın %6.6’sını açıkladığı belirlenmiştir.

Model sonuçlarına göre gebe kadınları gördüğünde bile gebelikten korkma ($\beta=0.142$; $p<0.05$) ve gebelikten korktuğu için cinsel ilişkiden kaçınma ($\beta=0.146$; $p<0.05$) değişkenleri bağımlı değişkenimiz olan cinsel yaşam kalitesi ölçeği puanlarını anlamlı düzeyde yordamaktadır. Test sonucuna göre modelimiz anlamlıdır ($F=4.163$; $p<0.05$).

Regresyon Analizine göre Gebe Kadınları Görmek Korkutuyor mu? Sorusuna “Hayır” cevabı veren grubun Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı “Evet” cevabı veren gruba göre 6.701 birim daha yüksektir. Regresyon Analizine göre Gebelikten korktuğu için cinsel ilişkiden kaçınma? Sorusuna “Hayır” cevabı veren grubun Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı “Evet” cevabı veren gruba 7.209 birim daha yüksektir.



TARTIŞMA

Üreme çağındaki kalp hastası kadınlarda gebelik korkusunun, kontraseptif niyet ve cinsel yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları bu bölümde tartışılmıştır

Kalp hastaları, istenmeyen durumlara sebep olacağı düşüncesi ile cinsel aktiviteden kaçınmaktadır ve beraberinde yaşanan psikolojik ve emosyonel sıkıntılar cinsel işlev bozukluklarına neden olmaktadır (Vicdan ve Özer, 2011; Stein ve ark., 2016). Çalışmamıza katılan kalp hastası kadınların cinsel yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması 82.58 ± 16.30 'dur (Tablo 4.7). Kalp yetmezliği tanısı olan kadınların yaşam kalitelerinin değerlendirildiği bir çalışmada kadınların CYKÖ-K puan ortalaması 75.49 ± 19.37 'dir. (Küçükkaya, 2021). Gebe kadınlarda cinsel yaşam kalitesini inceleyen başka bir çalışmada cinsel yaşam kalitesi puan ortalaması 63.75 ± 13.10 olarak bulunmuştur (Ceylan, 2023). Diyabetli kadınların cinsel yaşam kalitesini saptamaya yönelik yapılan başka bir çalışmada ise cinsel yaşam kalitesi puan ortalaması 53.99 ± 10.33 olduğu görülmüştür (Köse ve ark., 2023). 18-49 yaş arası üreme çağındaki evli kadınların cinsel yaşam kalitesini ölçmeye yönelik yapılan çalışmada ise cinsel yaşam kalitesi ölçeği-kadın formu (CYKÖ-K) puan ortalaması 74.2 ± 21.0 bulunmuştur (Zobar, 2017). Doğan ve ark.(2013), benzer şekilde evli kadınlar üzerinde yürüttükleri çalışmasında, CYKÖ-K puanını 85.51 olarak, Yaralı ve ark. (2016)'nın çalışmasında 68.51 ± 21.63 olarak belirlemişlerdir. Strizzi ve ark. (2015)'nin çalışmasında, sağlıklı kadınlarda CYKÖ-K toplam puan ortalamasını 84.64 ± 13.0 olarak bildirmiştir. Çalışma bulgularımıza göre kalp hastası kadınların cinsel yaşam kaliteleri oldukça yüksektir. Aynı zamanda üreme çağındaki sağlıklı evli kadınların puan ortalamalarına benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır fakat çalışmamızdaki kadınların cinsel yaşam kalitesi puan ortalamalarının sağlıklı gebe ve diyabet hastası kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızın bu sonucu çalışmaya katılan kadınların hastalıklarının akut döneminde olmamalarından kaynaklandığını ve hastalığa uyum sağladıklarını düşündürmektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların yarısından fazlası (%54) kalp hastalığı nedeniyle cinsel yaşamının etkilendiğini belirtmiştir (Tablo 4.4). Cinsel yaşamının etkilendiği ifade eden kadınların cinsel yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu da saptanmıştır (Tablo 4.10).

Kalp yetmezliği tanısı olan kadınların yaşam kalitelerinin değerlendirildiği bir çalışmada kadınların %42.1'i cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir (Küçükkaya ve Gönenç, 2023). Yapılan bir çalışmada kronik hastalıkların kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarını 1.9 kez arttığı belirtilmiştir (Çayan ve ark., 2004). Kalp yetmezliği olan kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınların %87'sinde cinsel işlev bozukluğu olduğu ortaya çıkmıştır (Schwarz ve ark., 2008). Literatürde kadınlarda kalp hastalığının cinsel yaşamın etkisinin değerlendirildiği çalışmaların çoğunlukla MI (myokard infarktüsü) geçirmiş hastalarda yapıldığı görülmektedir. MI geçirmiş 26 kadınlarla yapılan çalışmada kadınların %68'inde cinsel disfonksiyon yaşandığı belirlenmiştir. (Özer ve ark., 2011). MI sonrası cinsel fonksiyonun olumsuz etkilendiği yönündeki 493 kişiden 98'inin kadın olduğu diğer bir çalışmada ise kadınların yarısına yakınında cinsel disfonksiyon görülmüştür (Kriston ve ark., 2010). Yapılan bir diğer çalışmada ise MI sonrası kadınların % 80'inde cinsel fonksiyon bozukluğunun görüldüğü ve %25'inin cinsel ilişkiyi bıraktığı belirtilmiştir (Beutel ve ark., 2008). Şalvarcı ve ark. (2020), yaptığı çalışmada ise kadınların tamamının MI sonrası altı ay boyunca cinsel ilişkiden kaçındığı, %33'ünün ise bir yıl boyunca hiçbir cinsel aktivitede bulunmadığı, anjina pectoris, koroner anjio, stent geçmişi olan kadınların ise yarısının cinsel aktivitesinin olumsuz etkilendiği, %25'inin de işlem sonrası 3-5 ay ilişkiden kaçındığı saptanmıştır. Konjenital kalp yetmezliği ve kardiyomiyopati tanılı kadın hastalarla yapılan bir başka çalışmada %33'ünün cinsel istek konusunda sorun yaşamasa da %61'i cinsel ilişkiden kaçındığı belirlenmiştir (Addis ve ark., 2005). Koroner hastalığı olan ve olmayan 104 kadınla yapılan bir çalışmada ise koroner arter hastalığı olmayan kadınların iki kat daha fazla cinsel birliktelik yaşadığı saptanmıştır (Megiddo ve ark., 2009). Kardiyak cerrahi uygulanan kadınların %20.5'inde cinsel ilgi ve uyarılma bozukluğu görülmüş ve kadınların iyileşmeyi etkileyebileceği düşüncesiyle cinsel ilişkiden kaçındığı belirlenmiştir (Çağlar ve ark., 2021). Bununla birlikte kalp hastalıklarında kullanılan kalp pili ve protez kapak cerrahisi gibi alternatif tedavi yöntemlerinin cinsel yaşamı olumlu etkilediğini gösteren çalışmalar da yapılmıştır. Şalvarcı ve ark. (2020)'nın yaptığı çalışmada protez kapak cerrahisi uygulanan ve kalp piline sahip hastalarla yapılan çalışmada cinsel memnuniyet oranı yüksek olup cinsel yaşamlarını olumlu etkilediği, protez kapak cerrahisi öncesinde yaşanan nefes darlığı şikayetinin cerrahi uygulama sonrasında ortadan kalktığı hastalar tarafından ifade edilmiştir. Yapılan bu çalışmaların

her biri sadece bir hastalığa odaklanmış çalışmalardır bizim çalışmamızda ise kalp hastalıklarından sadece birine odaklanılmamış olup bütün kalp hastalıklarının cinsel yaşama etkisi değerlendirilmiştir ayrıca hastaların hastalıklarının akut döneminde olmaması ve diğer çalışmaların farklı yaş gruplarıyla çalışılması da çalışmamızın bulgularının diğer çalışmalardan farklılık göstermesine neden olabilir.

Çalışmamızda cinsel yaşamı etkileyen hastalığa bağlı nedenler arasında en fazla halsizlik ve nefes darlığı görülürken (Tablo 4.4), kalp yetmezliğine sahip kadın hastalarla yapılan diğer çalışmalarda da çalışmamızla uyumlu olarak en fazla nefes darlığı, halsizlik ve yorgunluğun cinsel yaşamı etkilediği saptanmıştır (Şalvarcı ve ark.,2020; Conley ve ark., 2015; Fischer ve Bekelman, 2017; Steinke ve ark., 2018; Özer ve ark., 2011; Küçükkaya ve Gönenç, 2023). Cinsel aktivite efor gerektirdiğinden kalp hastalıklarının eforla başlayan semptomları kadınların korkmalarına ve cinsel ilişkiden kaçınmalarına sebep olmuş olabilir. Ayrıca kalp hastalarının cerrahi tedaviden veya kalp pili uygulanmasından sonra cinsel hayatının olumlu etkilendiği belirtilmiştir (Şalvarcı ve ark., 2020). Kalp hastalığının ortaya çıkardığı yaşamsal kısıtlamaların ortadan kalkması cinsel yaşamı olumlu etkilemesi anlamına gelebilir.

Literatüre göre kardiyovasküler ilaçların cinsel yaşamı büyük oranda etkilediği düşünülmektedir. Kalp yetmezliğine sahip kadın hastalarla yapılan bir çalışmada 10 kadından 3'ü ilaçların cinsel yaşamını etkilediklerini ve cinsel disfonksiyona neden olduğunu ifade etmişlerdir. Özellikle β bloker, diüretik, ACE inhibitörü ve adrenerjik reseptör blokeri kullanımının kadınlarda cinsel disfonksiyonla anlamlı derece ilişkili olduğu saptanmıştır fakat antilipidemiklerin, statinlerin, antikoagülan/antiagreganların, pozitif inotropik digoksinin, insülinin, levotiroksinin ve antidepresanların cinsel disfonksiyon varlığı ile anlamlı bir ilişkisi bulunamamıştır (Jaarsma ve ark., 2014; Steinke ve ark., 2018; Steinke ve ark., 2015; Rundblad ve ark., 2017; Hoekstra ve ark., 2012). Yapılan bir diğer çalışmada kalp hastası kadınların %17.4'si ilaçların cinsel yaşamını etkilediğini düşünüyor olup %5.9'unun cinsel yaşamlarını etkilediğini düşündükleri için ilaç dozlarını atladıklarını veya almayı bıraktıkları belirtilmiştir (Küçükkaya ve Gönenç, 2023). Çalışmamıza katılan kalp hastası kadınların tamamı literatürden farklı olarak kullandıkları ilaçların cinsel yaşamlarını etkilemediğini düşünmektedir (Tablo 4.4) bu da kadınların cinsel yaşamlarındaki değişiklikleri

normalleştirdiklerini ve ilaçların kalp hastalıklarıyla etkileşiminin farkında olmadıklarını düşündürmektedir. Çalışmada kadınların tamamına yakınının doğum kontrol yöntemi kullandığı, yaklaşık üçte birinin geri çekme yöntemi ve %7.1'inin hormonal yöntemleri kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.1). Kronik hastalığı olan kadınlarda kullanılan aile planlaması yöntemlerinin belirlendiği çalışmada % 67.3'ünün aile planlaması yöntemi kullandığı, % 51.5'inin geri çekme yöntemi kullandığı belirlenmiştir (Yurdakul ve ark, 2008). Cinsel açıdan aktif konjenital kalp hastalığı olan kadınlarda yapılan bir çalışmada kadınların %75.9'u herhangi bir kontraseptif yöntem kullandığını belirtmiştir (Lindley ve ark, 2015). Konjenital kalp hastalığı olan kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin belirlendiği başka bir çalışmada ise, oral kontraseptifler (%37), kondom (%26) ve rahim içi araçlar (%12) en sık kullanılan doğum kontrol yöntemlerdi. (Vigl ve ark., 2010). Kompleks konjenital kalp hastalığı olan kadınların kontraseptif uygulamalarının belirlendiği bir çalışmada da kadınların çoğunluğunun (%86) doğum kontrol yöntemi kullandığı, %87'sinin bariyer yöntemleri, %84'ünün oral kontrasepsiyon, %18'inin rahim içi araç kullandığı belirlenmiştir (Miner ve ark., 2017). Çalışmamızın sonuçları yapılmış diğer çalışmalardan farklılık göstermektedir. Çalışmamızdaki kadınların çoğu gebe kalmaktan korksa da geri çekme yönteminin en çok kullanılan yöntem olması düşündürücüdür. Bu sonuç kadınların kalp hastalığı olan çiftlere uygun etkin aile planlaması yöntemlerine yönelik danışmanlığa ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Bireye özel aile planlaması danışmanlığı ve etkin bir aile planlamasına yönlendirme gebe kalma korkusunu da azaltması bakımından önemlidir.

Çalışmamızdaki bulgulara göre kalp hastası kadınların dörtte üçünün aile planlaması konusunda danışmanlık almadığı belirlenmiştir (Tablo 4.5). Konjenital kalp hastalığı olan erişkin kadınların aldığı üreme ve kontraseptif danışmanlığın belirlendiği çalışmada da kadınların %59'u kalp rahatsızlıklarına yönelik hem doğum kontrolü hem de üreme danışmanlığı konusunda danışmanlık almadıklarını bildirdi (Hinze ve ark., 2013). Küçükkaya ve Gönenç (2023)'in kalp yetmezliğine sahip kadınlarla yaptığı çalışmada kadınların %80.6'sının hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleriyle cinsel yaşamları hakkında hiç konuşmadığı bu katılımcıların neredeyse yarısının cinsel yaşamları hakkında konuşmaktan utandığı, katılımcıların %30.1'inin cinsel hayatları hakkında konuşurlarsa sağlık çalışanlarını utandıracaklarından korktukları ve katılımcıların neredeyse tamamının cinsellik konusunda hiç bilgilendirilmediği aynı zamanda

katılımcıların %19,4'ünün cinsellik konusunda bilgi almak istediği belirtilmiştir. Byrne ve ark. (2013), kalp hastalığı olan her iki hastadan birinin cinsellik konusunda bilgilendirilmek istediğini tespit etmiştir. Schwarz ve ark. (2008)'nın kalp yetmezliğine sahip kadınlarla yaptığı çalışmada ise kadınların %75'inin cinsellik konusunda hiç bilgilendirilmediğini, %38'inin cinsellik konusunda bilgi almak istediğini belirtilmiştir. Konjenital kalp hastalığı olan kadınların cinsellik, gebelik ve doğum kontrolüne ilişkin danışmanlığın değerlendirildiği bir çalışmada kadınlarda gebelik ve doğum kontrolüne yönelik mevcut danışmanlık uygulamalarının yetersiz olduğu belirtilmiştir (Kaemmerer ve ark., 2012). Konjenital kalp hastalığı olan kadınlar arasında gebeliğin kardiyovasküler riski, ihmal edilebilir düzeyden gebeliği engelleyici derecede yükseğe kadar değişen heterojen bir yapıya sahip olmasına rağmen, bu hastaların çoğu potansiyel riskler konusunda danışmanlık almadıklarını ve istenmeyen gebelik görülme sıklığının yüksek olduğunu bildirmektedir (Lindley ve ark., 2015). Tıbbi sorunları olan kadınlarda doğum kontrolü danışmanlığı, gebelik niyeti ve doğum kontrolü kullanımının belirlendiği başka bir çalışmada ise 6361 katılımcının neredeyse dörtte biri (%23) hiç doğum kontrol danışmanlığı almadığını ifade etmiştir (Perritt ve ark., 2013). Çalışmamızın ve diğer çalışmaların sonuçları gebeliğin riskli olabileceği kalp hastalığı olan kadınların doğum kontrolü konusunda yetersiz danışmanlık verildiğini göstermektedir. Yetersiz doğum kontrol yöntemi danışmanlığı istenmeyen gebeliklere yol açabilir kadın sağlığını tehdit edebilir.

Kalp hastalığı genellikle gebelikle birlikte daha da kötüleşir ve kalp hastalığı dolaylı nedenlerden kaynaklanan anne ölümlerinin önde gelen nedenidir. Ayrıca kalp hastalıklarının tedavileri fetüse zararlı olabilir. Gebelikle ilişkili riskler hafiften (ölüm riskinde artış yok) şiddetliye (son derece yüksek ölüm riski, pulmoner hipertansiyonda bu %50'ye kadar çıkabilir) kadar değişir. Çok yüksek riskli vakalarda gebelik kontrendikedir ve kadının gebe kalması halinde gebeliğin sonlandırılması tartışılmaktadır (Millar ve Cameron, 2016). Çalışmada % 58,4'ünün kalp hastalığına bağlı gebelikten korktuğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Gebelik ve doğumla ilişkili korku deneyimlerinin araştırıldığı bir çalışmada, ankete katılan 329 kişiden yüzde 78'i gebelik, doğum veya her ikisiyle ilgili korkularını dile getirmiştir (Millar ve Cameron, 2016). Kalp hastalığı olan gebelik öncesi danışmanlık alan kadınların deneyimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada ise, kadınlar kendi sağlıkları (gebeliği atlatıp atlatamayacakları) ve

çocuklarının sağlığı olarak iki ana alanda endişe duyduklarını ve kadınların %15'i bu endişelerin kendilerini gebe kalmaktan alıkoyduğunu bildirdi (Cauldwell ve ark., 2017). Yapılan başka bir çalışmada da kadınların kronik hastalığının gebelik ve doğumda korku uyandırdığı bildirildi (Berg, ve Hotikasalo, 2000). Yali ve Lobel tarafından yapılan çalışmada tıbbi açıdan yüksek riskli kadınlar erken doğum, fiziksel semptomlar, sağlıklı bir bebeğe sahibi olma, doğum ve doğum sonrası kilo alımı olasılıkları konusunda endişeliydi (Yali ve Lobel, 1999). Sj Ögren ve arkadaşları, gestasyonel diyabeti olan ve kontrol grubu kadınlarla yaptığı karşılaştırmasında gestasyonel diyabeti olan kadınların sağlıklarının olumsuz etkilenebileceği konusunda daha fazla endişe duyduklarını belirtmiştir (Sj Ögren ve ark., 1994). Diğer çalışma bulgularına göre kadınların kendi sağlığı ve fetus sağlığının olumsuz etkilenebileceği, sağlıklı bir gebeliğin sürdürülmesi, doğum ve doğum sonrası anne ve bebekte komplikasyon meydana gelebileceği düşünceleriyle gebelik ve doğum sürecinden korktuklarını ifade etmeleri çalışmamız bulgularını destekler niteliktedir.

Gebelik ile ilgili korku ve inanışlar çiftlerin gebelik süresince cinsel ilişkilerinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Aile planlaması yöntemleri, çiftlerin gebe kalma korkusu duymadan cinsel yaşamlarını özgürce devam ettirmelerini sağlamaktadır (Kurtuldu, 2020). Çalışmamızda gebelikten korktuğu için cinsel ilişkiden kaçınmanın kadınların kontraseptif niyetlerinin, gebe kadınları gördüğünde bile gebelikten korkma ve gebelikten korktuğu için cinsel ilişkiden kaçınmanın cinsel yaşam kalitesinin anlamlı bir yordayıcısı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.13). Aynı zamanda kardiyovasküler hastalığı olan kadınlarda planlanmamış gebelikler birçok sağlık sorununu beraberinde getirebileceğinden maternal mortalite ve morbidite riskine karşı planlanmamış ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için kontraseptif yöntemlerin bilinmesi ve kullanılması önemlidir (Maroo ve Chahine, 2018). Çalışmamızdaki kontraseptif niyet ölçeği puan ortalamasının 7.59 ± 3.31 olduğu görülmektedir (Tablo 4.7). Evli kadınların kontraseptif niyetlerini ölçmeye yönelik çalışmada ise kontraseptif niyet ölçeğinin puan ortalamasının 5.08 ± 2.25 olduğu belirlenmiştir (Tekgündüz ve ark., 2021). Benzer şekilde evli kadınlarla yapılan çalışmada kontraseptif niyet ölçeğinin puan ortalamasının 4.53 ± 3.55 olduğu tespit edilmiştir (Öner, 2019). Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA)'nın 2022'de Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verileriyle oluşturduğu raporda evli olan ve herhangi bir yöntem kullanmayan kadınların yarısından

fazlasının gelecekte de bir yöntem kullanma niyetinde olmadıkları bildirilmiştir (UNFPA, 2022). Bulgulara göre çalışmamıza katılan kadınların kontraseptif niyetlerinin literatüre göre yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7). Çalışmamızdaki üreme çağındaki kalp hastası kadınların kontraseptif niyetinin yüksek olması kadınların kalp hastalığı risklerinin farkında olmasından kaynaklanabileceği gibi çalışmamızın grubunu oluşturan kadınların çoğunluğunun 35 yaş üzerinde olmasından kaynaklanıyor olabilir. Artmış kontraseptif niyetin danışmanlıkla desteklenmesi hem ileri yaşta hem de kronik bir hastalıkta olası bir gebeliğin anne ve fetuste oluşabileceği riskleri azaltması bakımından önemli olacaktır.

Çalışmamızda eşleri ve çevreleri tarafından çocuk sahibi olma konusunda baskı gören kalp hastası kadınlar ile baskı görmeyen kadınlar arasında kontraseptif niyetleri bakımından bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Eşinden çocuk baskısı gören kadınların ise cinsel yaşam kalitesi puan ortalamaları istatistiksel açıdan önemli olmamakla birlikte daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.2). Demirel (2019)'ın yaptığı bir çalışmada kadınların çoğunun eşleri istemediği için kontraseptif yöntem kullanamadıkları belirtilmiştir. Kohan ve arkadaşlarının kalp hastaları ile yapmış oldukları nitel bir çalışmada katılımcıların bir kısmı, kalp hastası kadınların evlilik hayatlarını sürdürmek için ve eşlerinin isteği nedeniyle gebe kalmak zorunda kaldıklarını, bunun da yüksek riskli gebeliklere yol açtığını dile getirdi. Kohan ve arkadaşlarının çalışmasında bir katılımcının ifadesi sağlık risklerine rağmen eşinden gebelik konusunda baskı gördüğünü göstermektedir. Bu ifade *“Kocam kalp rahatsızlığım nedeniyle hamile kalmamam gerektiğini anlamıyor. Eğer hamile kalmazsam benden boşanacağını söylüyor. Yani ölsem bile hamile kalmaya hazırım; Boşanmak istemiyorum”* şeklindedir. (Kohan ve ark., 2022). Çalışmanın sonuçları Kohan ve arkadaşlarından farklılık göstermektedir.). Çalışmanın sonuçlarının farklı çıkması çalışmanın örneklemini oluşturan kadınların yaş grubu ve halihazırda çocuğa sahip olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Kontraseptif yöntemlerin doğru ve etkin bir şekilde kullanıldığında çiftlerin gebelik korkusu olmadan tatmin edici bir cinsel ilişki ve daha fazla özgüven sağlayarak cinsel yaşamı olumlu etkilediği bilinmektedir (Shah ve Hoffstetter, 2010). Aile planlaması yöntemlerinin cinsel yaşama etkisinin araştırıldığı bir çalışmada istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte kontraseptif yöntem kullanımının cinsel yaşamı

olumlu etkilediğini ifade eden kadınların cinsel isteklerinin, olumsuz etkilendiğini ifade eden kadınlardan fazla olduğu belirtilmiştir (Alkan, 2020). Oskay ve Diazis (2016)'ın kadınlara yaptığı çalışmada modern yöntem kullananlarda cinsel işlev bozukluğu görülmesinin geleneksel yöntemi kullananlara göre daha az olduğu belirtilmiştir. Ayrıca cinsel yönden aktif doğurganlık çağındaki kadınları cinsel yaşam kalitesini artırmak için gebelik oluşma riskini azaltacak koruyuculuğu yüksek aile planlaması yöntemlerine yönlendirilmesini önemli olacaktır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadınların %69.9'unun 35 yaş ve üzeri olduğu, %96.9'unun orta gelir durumuna sahip, %34.5'inin lise mezunu olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda kadınların %8.4'ünün eşinden, %15.5'inin çevresinden çocuk sahibi olma konusunda baskı gördüğü tespit edilmiştir. Kadınların yarıdan fazlasının aritmesi, yaklaşık dörtte birinin hipertansiyonu bulunmakta %61.1'i antihipertansif, %57.5'i betabloker ilaç kullanmaktadır. Kadınların yarıdan fazlası kalp hastalığının cinsel yaşamını etkilediğini ve bu etkilenmenin halsizlik nedeniyle olduğu ifade etmiştir. Ayrıca kadınların tamamına yakınının doğum kontrol yöntemi kullandığı, en çok (%31.9) geri çekme yöntemini tercih ettikleri tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların %58.4'ünün kalp hastalığına bağlı gebelikten korktuğu, %27.4'ünün gebe kaldığını düşününce uykularının kaçtığı, %12.4'ünün gebe kalmaktan korktuğu için cinsel ilişkiden kaçındığı ve %73'ünün doğum kontrol yöntemi hakkında danışmanlık almadığı belirlenmiştir. Kadınların kullandığı doğum kontrol yöntemi kontraseptif niyetlerini etkilerken cinsel yaşam kalitesini etkilememiştir ayrıca, yaş, gelir durumu, eğitim düzeyi, eşten ve çevreden gelen çocuk baskısı, tanı aldıktan sonra doğum kontrol yönteminde değişiklik yapma ve doğum kontrol yönteminde danışmanlık alma gibi değişkenlerin kadınların kontraseptif niyetlerini ve cinsel yaşam kalitelerini etkilemediği belirlenmiştir.

Kalp hastalığına bağlı gebelikten korktuğunu, gebe olduğunu düşündüğünde uykularını kaçtığını ve gebelikten korkma nedeniyle cinsel ilişkiden kaçındığını belirten kadınların ölçek puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebelikten korktuğu için cinsel ilişkiden kaçınmanın kadınların kontraseptif niyetlerinin anlamlı bir yordayıcısı olduğu belirlenmiştir.

Gebe kaldığını düşününce uykularının kaçan, gebe kalmakla ilgili kabuslar gören, gebe kadınları gördüğünde bile korkan ve gebelikten korkma nedeniyle cinsel ilişkiden kaçınan, kalp hastalığı nedeniyle cinsel yaşamı etkilenen kadınların cinsel yaşam kalitelerinin etkilendiği belirlenmiştir. Gebe kadınları gördüğünde bile gebelikten korkma ve gebelikten korktuğu için cinsel ilişkiden kaçınma değişkenleri cinsel yaşam kalitesini

anlamalı düzeyde yordamaktadır. Bununla birlikte, kalp hastalığına bağılı olarak gebelikten korkma, gebe kalmamak için birden fazla doğum kontrol yöntemini birlikte kullanma, gebelik ve doğum nedeniyle kaygı yaşama kadınların cinsel yaşam kalitesini etkilememektedir. Kalp hastalığı olan üreme çağındaki kadınların etkin aile planlaması yöntemleri hakkında danışmanlık yapılması, gebelik korkularını engellemeye ve cinsel yaşam kalitelerini artırmayı sağlayacaktır.

- Kalp hastalığı olan kadınların cinsel yaşam kalitelerinin artması için gebelik korkusunun birey ve sağık profesyonelleri tarafınca dikkate alınması
- Kalp hastalığı olan üreme çağındaki kadınların etkin aile planlaması yöntemleri kullanması ve gebelikteki risk faktörleri konusunda farkındalık kazanmaları için düzenli aralıklarla danışmanlık planlanması
- Üreme çağındaki kalp hastası kadınlarla gebelik korkusunun kontraseptif niyet ve cinsel yaşamlarını etkilemesi üzerine daha fazla çalışma yapılması
- Üreme çağındaki kalp hastası kadınların gebelik üzerine korku ve inanışlarını ifade edebilmeleri için sosyokültürel ve sosyodemografik faktörler dikkate alınarak sağık profesyonellerinin bu konuda hastaları teşvik etmesi sağılanmalı
- Hastalık, ruhsal iyilik hali, aile planlaması ve cinsellik kavramları arasındaki ilişkinin kadın ve dolayısıyla halk sağığı açısından önemi hakkında sağık profesyonelleri bilinçlendirilmeli ve hizmetiçi eğitimlerle desteklenmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Abarbanell, G., Tepper, N. K., ve Farr, S. (2019). Safety of contraceptive use among women with congenital heart disease: A systematic review. *Congenital heart disease*, 14(3), s.331–340. <https://doi.org/10.1111/chd.12752>.
- Addis, I.B., Christine, C., Eric, V., Feng, L., Stuenkel, C.A. ve Hulley, S.(2005).Sexual activity and function in postmenopausal women with heart disease. *Obstet Gynecol*, 106:121–7.
- AHA. (2016). How High Blood Pressure Can Affect Your Sex Life. <https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/health-threats-from-high-blood-pressure/how-high-blood-pressure-can-affect-your-sex-life>.Erişim tarihi:01.04.24.
- Akhtar, R.P., Abid, A.R., Zafar, H., Cheema, M.A. ve Khan, J.S. (2007). Anticoagulation in pregnancy with mechanical heart valves: 10-year experience. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*, 15:s.497-501.
- Akpınar, O. (2009). Gebelik ve kapak hastalıkları *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 9(1), s. 25-34.
- Aksoy, A., Yılmaz, D.V., Yılmaz, M. (2019). Gebelikte cinsel yaşantıyı neler etkiler? *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Dergisi*, 3, 1, s.45-53.
- Alkan, D. (2020). Kontraseptif Yöntem Kullanımının Bireyin Cinsel Fonksiyonuna Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Bezmialem Vakıf Üniversitesi, İstanbul.
- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics (2019). ACOG Practice Bulletin No. 203: Chronic Hypertension in Pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, 133(1), s e26–e50. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003020>.
- Bahamondes, L., Fernandes, A., Monteiro, I. ve Bahamondes, M.V. (2020). Longacting reversible contraceptive (LARCs) methods. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 66:s.28–40.
- Balci, A., Drenthen, W., Mulder, B.J. ve ark. (2011) Pregnancy in women with corrected tetralogy of Fallot: occurrence and predictors of adverse events. *Am Heart J*, 161:s.307–313.

- Barth, W.H. (2009). Cardiac surgery in pregnancy. *Clinical Obstet Gynecol*, 52(4), s.630-644.
- Baumgartner, H., Falk, V., Bax, J. J., De Bonis, M., Hamm, C., Holm, P. J., Iung, B., Lancellotti, P., Lansac, E., Rodriguez Muñoz, D., Rosenhek, R., Sjögren, J., Tornos Mas, P., Vahanian, A., Walther, T., Wendler, O., Windecker, S., Zamorano, J. L., & ESC Scientific Document Group (2017). 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *European heart journal*, 38(36), 2739–2791. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx391>.
- Bédard, E., Dimopoulos, K. ve Gatzoulis, M. A. (2009). Has there been any progress made on pregnancy outcomes among women with pulmonary arterial hypertension? *European heart journal*, 30(3), s.256–265.
- Berg, M., ve Hotikasalo, M. L. (2000). Pregnancy and diabetes-a hermeneutic phenomenological study of women's experiences. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21(1), s.39-48.
- Beutel, M.E., Stöbel-Richter, Y. ve Brahler, E. (2008). Sexual desire and sexual activity of men and women across their lifespans: results from a representative German community survey, 101:s.76– 82.
- Blanchard, D.G. ve Daniels, L.B. (2019). Cardiac Diseases. In Resnik R, Lockwood, Greene, Copel JA, Silver RM (eds) *Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice*, Eighth Edition. Philadelphia, Elsevier, s.920- 948.
- Bonnema, R.A., McNamara, M.C. ve Spencer, A.L. (2010). Contraception choices in women with underlying medical conditions. *American Family Physician*, 15;82(6), s.621-628.
- Bonow, R.O., Carabello, B.A., Chatterjee, K., Leon, A.C., Faxon, D.P., Freed, M.D., Gaasch, W.H. ve ark. (2008). AHA guidelines 2008 Focused Update Incorporated Into the ACC/AHA 2006 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1998 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease) Endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions,

- and Society of of Thoracic Surgeons. *Journal of the American College of Cardiology*, 52(13), s. e1-e142.
- Braga, G. C., Brito, M. B., Ferriani, R. A., Oliveira, L. C., Garcia, A. A., Pintão, M. C. ve Vieira, C. S. (2020). Effect of the levonorgestrel-releasing intrauterine system on cardiovascular risk markers among women with thrombophilia or previous venous thromboembolism. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 148(3), s.381–385. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13070>.
- Briken, P., Matthiesen, S., Pietras, L., Wiessner, C., Klein, V., Reed, G.M. ve ark. (2020). Estimating the Prevalence of Sexual Dysfunction Using the New ICD-11 Guidelines. *Dtsch Arztebl Int*, 117:653–8.
- Byrne, M., Doherty, S., Murphy, A. W., McGee, H. M. ve Jaarsma, T. (2013). Communicating about sexual concerns within cardiac health services: Do service providers and service users agree? *Patient Education and Counseling*, 92(3), 398–403.
- Canobbio, M. M., Warnes, C. A., Aboulhosn, J., Connolly, H. M., Khanna, A., Koos, B. J., Mital, S., Rose, C., Silversides, C. ve Stout, K. (2017). American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Functional Genomics and Translational Biology; and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Management of Pregnancy in Patients With Complex Congenital Heart Disease: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *Circulation*, 135(8), s.e50–e87.
- Cauldwell, M., Steer, P. J., Swan, L., Patel, R. R., Gatzoulis, M. A., Uebing, A. ve Johnson, M. R. (2017). Pre-pregnancy counseling for women with heart disease: a prospective study. *International Journal of Cardiology*, 240: s.374-378.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2010). US medical eligibility criteria for contraceptive use; 59(No. RR-4). <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5904a1.htm>. Erişim Tarihi: 05.03.24.
- Ceylan, Ş. (2023). Gebe kadınlarda cinsel yaşam kalitesi ve mutluluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 6(3), s.1-13. <https://doi.org/10.51536/tusbad.1384860> .

- Clapp, M. A. ve Bernstein, S. N. (2017). Preconception Counseling for Women With Cardiac Disease. *Current treatment options in cardiovascular medicine*, 19(9), 67.
- Comma, Z.M., Dehghani, A., Fallahzadeh, H., Koohgardi, M., Dafei, M. ve Mohammadi, M. (2019). Effects of low-dose contraceptive pills on the risk factors of cardiovascular diseases among 15-35-year-old women: a retrospective cohort. *Int J Reprod Biomed*, 17:841–50.
- Conley, S., Feder, S. ve Redeker, N. S. (2015). The relationship between pain, fatigue, depression and functional performance in stable heart failure. *Heart & lung: the journal of critical care*, 44(2), s.107–112.
- Coşkun, M.A. (2012). Kadın Sağlığı ve Hatalıkları Hemşireliği El Kitabı (1. bs.). İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları, Promat Basım Yayım, s.112-151
- Cruz, M.O., Briller, J. ve Hibbard, J.U. (2018). New insights in peripartum cardiomyopathy. *Obstet Gynecol Clin N Am*, 45:281–298.
- Cunningham, F.G., Byrne, J.J. ve Nelson, D.B.N. (2019) Peripartum cardiomyopathy. *Obstet Gynecol*, 133:167–79.
- Çağlar, M., Yeşiltepe Oskay, U., Arıcan, E. ve Akyol, E. (2021). Relationship between self-efficacy and sexual function after open heart surgery. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 20:s.376–82.
- Çalışkan, B.G., Doğan, B. ve Olçum, G.G. (2014). Kırsal bölgede yaşayan kadınların aile planlaması yöntemi tercihlerine yaş ve eğitimin etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18(4), s.189-194.
- Çamcı, G. ve Can, G. (2014). Akut miyokard enfaktüsü sonrası kadınlarda cinsel yaşam. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11 (2), s.38-44.
- Çayan, A. (2009). 15–49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutumlarının Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler ile İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Çayan, S., Akbay, E, Bozlu, M., Canpolat, B., Acar, D. ve Ulusoy, E. (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis*, 72(1), s.52-57.
- Deen, J., Abright, C.M. ve Chandrasekaran, S. (2021). Heart Disease in Pregnancy. In London MB, Galan HL, Jauniaux ERM, Driscoll DA (eds) *Gabbe's Obstetrics*:

- Normal and Problem Pregnancies, Eighth Edition Philadelphia, Elsevier, s.814-838.
- Demirel, Ö. (2019). Kontraseptif Yöntem Kullanan Kadınlarda Cinsel Problemler ve Çözümünde Plıssıt Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitim-Danışmanlığın Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniveristesi, İstanbul.
- Doğan, T., Tuğut, N.ve Gölbaşı, Z. (2013). The relationship between sexual quality of life, happiness, and satisfaction with life in married Turkish women. *Sexuality and Disability*, 31, s.239–247.
- Drenthen, W., Boersma, E., Balci, A., Moons, P., Roos-Hesselink, J. W., Mulder, B. J., Vliegen, H. W., van Dijk, A. P., Voors, A. A., Yap, S. C., van Veldhuisen, D. J., Pieper, P. G., ve ZAHARA Investigators. (2010). Predictors of pregnancy complications in women with congenital heart disease. *European heart journal*, 31(17), s.2124–2132.
- Durbin, J. ve Watson, G. S. (1950). "Testing for Serial Correlation in Least Squares Regression, I". *Biometrika*. 37 (3–4), s.409–428.
- Elkayam, U. ve Bitar, F. (2005). Valvular heart disease and pregnancy: part II: prosthetic valves. *Journal of the American College of Cardiology*, 46(3), 403–410. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2005.02.087>.
- Elkayam, U., Golland, S., Pieper, P. G. ve Silversides, C. K. (2016). High-Risk Cardiac Disease in Pregnancy: Part II. *Journal of the American College of Cardiology*, 68(5), 502–516. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2016.05.050>.
- Emmanuel, Y., ve Thorne, S. A. (2015). Heart disease in pregnancy. Best practice & research. *Clinical obstetrics & gynaecology*, 29(5), 579–597. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.04.002>.
- Ercan, E.P. (2019). Yetişkin Üreme Çağındaki Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinden Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul.
- European Society of Gynecology (ESG), Association for European Paediatric Cardiology (AEPC), German Society for Gender Medicine (DGesGM), Regitz-Zagrosek, V., Blomstrom Lundqvist, C., Borghi, C., Cifkova, R., Ferreira, R., Foidart, J. M., Gibbs, J. S., Gohlke-Baerwolf, C., Gorenek, B., Iung, B., Kirby, M., Maas, A. H.,

- Morais, J., Nihoyannopoulos, P., Pieper, P. G., Presbitero, P., Roos-Hesselink, J. W., ... ESC Committee for Practice Guidelines (2011). ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*, 32(24), s.3147–3197. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehr218>.
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. (UKMEC, 2016). London: Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare; <https://www.fsrh.org/documents/ukmec-2016/>. Erişim tarihi:07.05.24
- Fischer, S. ve Bekelman, D. (2017). Gender differences in sexual interest or activity among adults with symptomatic heart failure. *Journal of palliative medicine*, 20(8), s. 890–894. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0476>.
- Foeller, M.E., Foeller, T.M. ve Druzin, M. (2018). Maternal congenital heart disease in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin N Am*, 45, s.267–280.
- Foley, MR. (1991). Cardiac Disease. In: Dildy GA, Belfort MA, Sade GR, et al. *Critical Care Obstetrics*. 4nd ed. Malden: Blackwell Science; 253.
- FSRH Clinical Effectiveness Unit (CEU, 2014). Contraceptive choices for women with cardiac disease. London: Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare.
- Glisic, M., Shahzad, S., Tsoi, S., Chadni, M., Asllanaj, E., Rojas, L. Z., Brown, E., Chowdhury, R., Muka, T. ve Franco, O. H. (2018). Association between progestin-only contraceptive use and cardiometabolic outcomes: A systematic review and meta-analysis. *European journal of preventive cardiology*, 25(10), s.1042–1052. <https://doi.org/10.1177/2047487318774847>.
- Goldenberg, I., Younis, A., Huang, D. T., Yoruk, A., Rosero, S. Z., Cutter, K., Kutiyifa, V., McNitt, S., Sotoodehnia, N., Kudenchuk, P. J., Rea, T. D., Arking, D. E., Polonski, B., Zareba, W. ve Aktas, M. K. (2022). Use of oral contraceptives in women with congenital long QT syndrome. *Heart rhythm*, 19(1), s.41–48. <https://doi.org/10.1016/j.hrthm.2021.07.058>.
- Goldstein, S.A. ve Ward, C.C. (2017) Congenital and acquired valvular heart disease in pregnancy. *Curr Cardiol Rep*, 19: 96.
- Gomez Flores, J. R., ve Marquez, M. F. (2007). Arrhythmias in pregnancy. How and when to treat? *Arch Cardiol Mex*, 77(2), 2-31. PMID: 17972373

- Grewal, J., Siu, SC., Ross, H.J. ve ark. (2009) Pregnancy outcomes in women with dilated cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol*, 55: s.45–52.
- Gölsün, M., Ak, M. ve Bozkurt, A. (2009). Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches İn Psychiatry*, 1(1), 68-79.
- Hameed, A., Youdim, K., Mehboob, A. et al (2004) Effect of the severity of pulmonary stenosis on pregnancy outcomes-a case control study. *Am J Obstet Gynecol*, 191: s.93.
- Helvacıoğlu, Ç., Dağdeviren, H., Kanawati, A., Cengiz, H. ve Ekin, M. (2018). Oral kontraseptifler hakkında toplumun farkındalık düzeyi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(1), 53-56.
- Hilfiker-Kleiner, D., Haghikia, A., Nonhoff, A.J. ve ark. (2015) Peripartum cardiomyopathy: current management and future perspectives. *European Heart Journal*, 36: s.1090–1097.
- Hinze, A., Kutty, S., Sayles, H., Sandene, E. K., Meza, J. ve Kugler, J. D. (2013). Reproductive and contraceptive counseling received by adult women with congenital heart disease: A risk-based analysis. *Congenital heart disease*, 8(1), s.20-31.
- Hoekstra, T., Jaarsma, T., Sanderma, R., Van Veldhuisen, D.J. ve Lesmanleegre, I. (2012). Perceived sexual difficulties and associated factors in patients with heart failure. *Am Heart J*, 163: s.246-251.
- https://turkiye.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/ureme_sagligi_konusunda_tematik_analizler_1993-2018.pdf . Erişim tarihi:01.04.2024.
- Jaarsma, T., Fridlund, B. ve Mårtensson, J. (2014). Sexual dysfunction in heart failure patients. *Current heart failure reports*, 11(3), s.330–336.
- <https://doi.org/10.1007/s11897-014-0202-z>.
- Jakes, A.D., Coad, F. ve Nelson-Piercy, C. (2018). A review of contraceptive methods for women with cardiac disease. *Obstet Gynaecol*, 20:21–9.
- James, A.H. (2007). Prevention and management of venous thromboembolism in pregnancy. *Am J Med*, 120: s.26-34.
- Jimoh, O.S., Abdul, I.F., Balogun, O.R., Biliaminu, S.A., Adeniran, A.S., Jimoh-Abdulghaffaar, H.O. ve ark. (2021). Atherogenic and cardiovascular risks of

- women on combined oral contraceptives: a comparative study. *Niger J Clin Pract.* 24:1759–65.
- Josephson, M.A. ve McKay, D.B. (2013). Women and transplantation: fertility, sexuality, pregnancy, contraception. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 20(5), s.433-440.
- Kaemmerer, M., Vigl, M., Seifert-Klauss, V., Nagdyman, N., Bauer, U., Schneider, K. T. M. ve Kaemmerer, H. (2012). Counseling reproductive health issues in women with congenital heart disease. *Clinical Research in Cardiology*, 101, s.901-907.
- Karpuz, H. (2017). Yaşlı kardiyovasküler hastalarda cinsel yaşam. *Türk Kardiyol Derneği Arşivi*, 45:134–7.
- Khairy, P., Ouyang, D. W., Fernandes, S. M., Lee-Parritz, A., Economy, K. E. ve Landzberg, M. J. (2006). Pregnancy outcomes in women with congenital heart disease. *Circulation*, 113(4), s.517–524.
- Kızılırmak, A., Nacar, G. ve Timur, T.S. (2022). Gebeliği Etkileyen Sağlık Durumları, Doğum.Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. *Akademisyen Yayınevi*, 39(1), s. 272,
- Kohan, S., Movahedi, M., Sadeghi, M. ve Nekuei, N. (2022). Identifying and responding to the sexual reproductive health needs of women with heart disease: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(3), s.221-228.
- Köse Tuncer, S., Atalıköğlu Başkan, S., Karakurt, P. ve Güneş, D. (2023). Diyabetli kadınlarda evlilik uyumu ve cinsel yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), s.196-204.
- Kriston, L., Günzler, C., Agyemang, A., Bengel, J. ve Berner, M.M. (2010). Effect of sexual function on health-related quality of life mediated by depressive symptoms in cardiac rehabilitation. Findings of the SPARK project in 493 patients. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(6), s.2044-2055.
- Kurtuldu, K. (2020). Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanımının Endişe Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi, Ordu.
- Küçükler, A., Hıdıroğlu, M. ve Şener, E. (2013). Cardiac diseases and cardiac surgery during pregnancy. *The Journal of Gynecology- Obstetrics and Neonatology*, 10 (40), s.1656-1659.

- Küçüker, A., Yapar Eyi, E, Küçüker, S., Yurdakök, O., Hıdıroğlu, M., Çatav, Z., Kunt, A., Paç M. ve Şener, E. (2014). Mekanik kalp kapağı olan gebelerde klinik sonuçlar. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 22(3), s.540-546.
- Küçükkaya, H. (2021). Kalp Yetmezliği Tanısı Olan Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukluğunun ve Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Küçükkaya, H. ve Gönenç, I. M. (2023). An evaluation of the prevalence and predictive factors of sexual dysfunction in women with heart failure: A cross-sectional survey. *Journal of clinical nursing*, 32(13-14), 3929–3942.
- Ladner, H.E., Danielser, B. ve Gilbert, W.M. (2005). Acute myocardial infarction in pregnancy and the puerperium: a population-based study. *Obstet Gynecol*, 105: s.480-484.
- Lameijer, H., Burchill, L.J., Baris, L. ve ark. (2019) Pregnancy in women with preexistent ischaemic heart disease: a systemic review with individualized patient data. *Heart*, 105: s.873–880.
- Lawley, C. M., Lain, S. J., Algert, C. S., Ford, J. B., Figtree, G. A. ve Roberts, C. L. (2015). Prosthetic heart valves in pregnancy, outcomes for women and their babies: a systematic review and meta-analysis. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 122 (11), s.1446–1455.
- Lesniak-Sobelga, A., Tracz, W., Kiewicz, M.K. ve ark. (2004). Clinical and echocardiographic assessment of pregnant women with valvular heart diseases—maternal and fetal outcome. *Int J Cardiol*, 94:s.15–23.
- Levine, G.N., Steinke, E.E., Bakaeen, F.G., Bozkurt, B., Cheitlin, M.D., Conti, J.B. ve ark. (2012). Sexual activity and cardiovascular disease: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 125:1058–72.
- Lindley, K. J., Conner, S. N., Cahill, A. G., ve Madden, T. (2015). Contraception and pregnancy planning in women with congenital heart disease. *Current treatment options in cardiovascular medicine*, 17, s.1-12.
- Lindley, K.J., Bairey Merz, C.N., Davis, M.B., Madden, T., Park, K. ve Bello, N.A. (2021). American College of Cardiology Cardiovascular Disease in Women Committee and the Cardio-Obstetrics Work Group. Contraception and

- reproductive planning for women with cardiovascular disease: JACC Focus Seminar 5/5. *J Am Coll Cardiol*, 77:1823–34.
- Lindley, K.J., Madden, T., Cahill, A.G., Ludbrook, P.A., Billadello, J.J. (2015). Contraceptive use and unintended pregnancy in women with congenital heart disease. *Obstet Gynecol*, 126: s.363-369.
- Madazlı, R. (2020). Kalp Hastalıkları. Gebelik ve Sistemik Hastalıkları. İstanbul Tıp Kitabevleri. İstanbul, s.14.
- Malik, H.T., Sepehrpour, A.H., Shipolini, A.R. ve McCormack, D.J. (2012). Is there a suitable method of anticoagulation in pregnant patients with mechanical prosthetic heart valves? *Interact Cardiovasc Thorac Surgery*, 15:484-8.
- Manaf, R.A., Ismail, I.Z. ve Latiff, L.A. (2012). Contraceptive use among women with chronic medical conditions and factors associated with its non-use in Malaysia. *Global Journal of Health Science*, 4(5), s.91-99.
- Maroo, A. ve Chahine, J. (2018). Contraceptive strategies in women with heart failure or with cardiac transplantation. *Curr Heart Fail Rep*, 15:161–70.
- Maskell, P., Burgess, M., MacCarthy, O.B. ve ark. (2019). Management of aortic valve disease during pregnancy: A review. *J Card Surg*, 34:239-249.
- McAnulty, J. H. (2012). Arrhythmias in pregnancy. *Cardiol Clin*, 30(3), 425-34. <https://doi.org/10.1016/j.ccl.2012.04.002b> . PMID: 22813367.
- Megiddo, E., Justo, D., Arbel, Y., Oren, A., Heruti, R. ve Banai, S. (2009). Sexual dysfunction and coronary artery disease in adult women. *Harefuah*, 148(9), s.611-614.
- Melis, F., Vandenbrouke, J.P. ve Buller, H.R. (2004). Estimates of risk of venous thrombosis during pregnancy and puerperium are not influenced by diagnostic suspicion and referral basis. *Am J Obstet Gynecol*, 191: s.825-829.
- Millar, S.L. ve Cameron, S.T. (2016). Contraception in women with medical conditions. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 26(11), s.324-331.
- Miner, P. D., Canobbio, M. M., Pearson, D. D., Schlatter, M., Balon, Y., Junge, K. J., ... ve Fernandes, S. M. (2017). Contraceptive practices of women with complex congenital heart disease. *The American Journal of Cardiology*, 119(6), s.911-915.

- Mlynarski, R., Mlynarska, A. ve Golba, K. S. (2020a). Factors that influence marital satisfaction in men with a heart rhythm disorders. The aging male: the official journal of the International Society for the Study of the Aging Male, 23(5), s.1374–1380. <https://doi.org/10.1080/13685538.2020.1770211>.
- Mlynarski, R., Mlynarska, A. ve Golba, K. S. (2020b). The impact of cardiac pacemaker implantation on male sexual function. Pacing and clinical electrophysiology: PACE, 43(12), s.1508–1514. <https://doi.org/10.1111/pace.14035>.
- Moraes, L.G., Marchi, N.M., Pitoli, A.C., Hidalgo, M.M., Silveira, C., Modesto, W. ve Bahamondes, L. (2016). Assessment of the quality of cervical mucus among users of the levonorgestrel-releasing intrauterine system at different times of use. Eur J Contracept Reprod Health Care, 21:318–22.
- Mumcu, N. (2004). Geleneksel Uygulama ve İnançların Aile Planlaması Yöntemleri Kullanımına Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
- Nanna, M., ve Stergiopoulos, K. (2014). Pregnancy complicated by valvular heart disease: an update. Journal of the American Heart Association, 3(3), e000712.
- Nezamnia, M., Iravani, M., Bargard, M.S. ve Latify, M. (2020). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on sexual function and sexual self-efficacy in pregnant women: An RCT. International Journal of Reproductive BioMedicine, 18, 8, 625.
- Nelson-Piercy, C. ve Chakravarti, S. (2007). Cardiac Disease And Pregnancy. Anesthesia and Intensive Care Medicine, 116:609-11.
- New York Kalp Derneği Kriterler Komitesi. (1994). Kalp ve Büyük Damar Hastalıklarının Tanısında İsimlendirme ve Kriterler. Boston, Mass: Little, Brown ve Company, 9. Baskı, s.253-256.
- Nojomi, M., Morrovar, N., Davoudi, F. ve Hosseini, S. (2013). Contraceptive use by iranian women with hypertension, diabetes or obesity. Eastern Mediterranean Health Journal, 19(7), s.638-643.
- Oskay, U. ve Diazis, M. (2016). Effect of the contraceptive methods on female sexual function. International Journal of Caring Sciences, 9(3), s.997- 1007.
- Öner, O. (2019). Evli Kadınların Doğurganlığa ve Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ile Kontraseptif Yöntem Kullanma Niyetleri Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen

- Faktörlerin Belirlenmesi Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Sağlığı ve Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- Özcan, H. ve Kızılkaya Beji, N. (2014). Menopoz Döneminde Cinsellik. Kadın Cinsel Sağlığı, 16(58), s. 209-211.
- Özdelikara, A. ve Baba, E. (2017). Kalp hastaları cinsel aktiviteden uzak durmalı mı? Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(3), s.165-169.
- Özer, Z., Bektas, H., Arikan, F. ve Vicdan, N. (2011). Sexual dysfunction and quality of life in female and male patients with myocardial infarction. Journal of Sexual Medicine. 8:s.424-424.
- Perritt, J. B., Burke, A., Jamshidli, R., Wang, J. ve Fox, M. (2013). Contraception counseling, pregnancy intention and contraception use in women with medical problems: an analysis of data from the Maryland Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS). Contraception, 88(2), s.263–268.
- Peter, A. ve Brady, M. B. (2015). Gebelikle İlişkili Aritmilerin Değerlendirilmesi ve Yönetimi. Altay, S. (Ed.), Mayo Klinik Kardiyoloji. s.307-312.İstanbul Tıp Kitapevi.
- Pirkle, C. M., de Albuquerque Sousa, A. C., Alvarado, B., Zunzunegui, M. V. ve IMIAS Research Group (2014). Early maternal age at first birth is associated with chronic diseases and poor physical performance in older age: cross-sectional analysis from the International Mobility in Aging Study. BMC public health, 14, 293. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-293>.
- Pourebrahimi, M., Fallahi-Khoshknab, M., Taghipour, H., Ebadi, A., Gholizadeh, L. ve Hosseini, M. (2021). Confusion at the beginning of sexual intercourse, the challenge of patients after coronary artery bypass graft surgery in Iran: A qualitative study. Journal of education and health promotion, 10, 92. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_752_20.
- Raine-Bennett, T. R. ve Rocca, C. H. (2015). Development of a brief questionnaire to assess contraceptive intent. Patient education and counseling, 98(11), s.1425–1430. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.05.016>.
- Ramlakhan, K. P., Johnson, M. R. ve Roos-Hesselink, J. W. (2020). Pregnancy and cardiovascular disease. Nature reviews. Cardiology, 17(11), s.718–731.

<https://doi.org/10.1038/s41569-020-0390-z>.

Regitz-Zagrosek, V., Roos-Hesselink, J. W., Bauersachs, J., Blomström-Lundqvist, C., Cífková, R., De Bonis, M., Iung, B., Johnson, M. R., Kintscher, U., Kranke, P., Lang, I. M., Morais, J., Pieper, P. G., Presbitero, P., Price, S., Rosano, G. M. C., Seeland, U., Simoncini, T., Swan, L., Warnes, C. A., ... ESC Scientific Document Group (2018). 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *European heart journal*, 39(34), s.3165–3241.

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy340>.

Rich-Edwards, J.W. (2009). Reproductive health as a sentinel of chronic disease in women. *Women's Health*, 5(2), s.101-105.

Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi. (2014). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 926, Ankara.

Roach, R. E., Helmerhorst, F. M., Lijfering, W. M., Stijnen, T., Algra, A. ve Dekkers, O. M. (2015). Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(8), CD011054. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011054.pub2>.

Roos-Hesselink, J. W., Cornette, J., Sliwa, K., Pieper, P. G., Veldtman, G. R. ve Johnson, M. R. (2015). Contraception and cardiovascular disease. *European heart journal*, 36(27), 1728–1734b. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv141>.

Roos-Hesselink, J. W., Ruys, T. P., Stein, J. I., Thilén, U., Webb, G. D., Niwa, K., Kaemmerer, H., Baumgartner, H., Budts, W., Maggioni, A. P., Tavazzi, L., Taha, N., Johnson, M. R., Hall, R. ve ROPAC Investigators (2013). Outcome of pregnancy in patients with structural or ischaemic heart disease: results of a registry of the European Society of Cardiology. *European heart journal*, 34(9), 657–665. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs270>.

Rundblad, L., Zwisler, A. D., Johansen, P. P., Holmberg, T., Schneekloth, N. ve Giralaldi, 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(6), s.785–796.

<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.04.673>.

Rusiecki, L., Zdrojowy, R., Gebala, J., Rabijewski, M., Sobieszczańska, M., Smoliński, R., Pilecki, W., Dziubek, W., Janocha, A., Womperski, M. ve Kałka, D. (2020).

- Sexual health in Polish elderly men with coronary artery disease: importance, expectations, and reality. *Asian journal of andrology*, 22(5), s.526–531.
https://doi.org/10.4103/aja.aja_131_19.
- Salem, J. E., Dureau, P., Bachelot, A., Germain, M., Voiriot, P., Lebourgeois, B., Trégouët, D. A., Hulot, J. S. ve Funck-Brentano, C. (2018). Association of Oral Contraceptives With Drug-Induced QT Interval Prolongation in Healthy Nonmenopausal Women. *JAMA cardiology*, 3(9), s.877–882.
<https://doi.org/10.1001/jamacardio.2018.2251>.
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A. ve ark. (2014). Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet Global Health*, 2(6): e323-e333.
- Saygılı, P. (2007). Üreme Sağlığı Danışmanlığı Neleri Kapsar? 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı. Ankara
- Schwarz, E. R., Kapur, V., Bionat, S., Rastogi, S., Gupta, R., & Rosanio, S. (2008). The prevalence and clinical relevance of sexual dysfunction in women and men with chronic heart failure. *International Journal of Impotence Research*, 20(1), 85–91.
<https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901613>
- Schaufelberger, M. (2019). Cardiomyopathy and pregnancy. *Heart (British Cardiac Society)*, 105(20), 1543–1551. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2018-313476>.
- Segal, J.B., Eng, J., Jenckes, M.W. ve ark. (2003). Diagnosis and Treatment of Deep Venous Thrombosis and Pulmonary Embolism. In: AHRQ Evidence Report Summaries. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 1998-2005. 68.
- Sekizler, E. ve Daşkan, Z. (2021). Prekonsepsiyonel sağlık bakımı ve primer bakımda danışmanlık. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 4(2), s. 94–105.
- Sermer, M., Colman, J. ve Siu, S. (2003). Pregnancy complicated by heart disease: a review of Canadian experience. *Journal of obstetrics and gynaecology: The journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 23(5), s.540–544.
<https://doi.org/10.1080/0144361031000153492>.
- Shah, M. B. ve Hoffstetter, S. (2010). Contraception and sexuality. *Minerva ginecologica*, 62(4), 331–347.

- Shen, J., Che, Y., Showell, E., Chen, K. ve Cheng, L. (2017). Interventions for emergency contraception. The Cochrane database of systematic reviews, 8(8), CD001324. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001324.pub5>.
- Shin, N. ve Kim, J. (2021). Sexual Experiences of Patients with Acute Onset of Coronary Artery Disease in Korea. *Clinical nursing research*, 30(8), s.1211–1221. <https://doi.org/10.1177/1054773821998543>.
- Sillesen, M., Hjortdal, V., Vejstrup, N. ve Sørensen, K. (2011). Pregnancy with prosthetic heart valves - 30 years' nationwide experience in Denmark. *European journal of cardio-thoracic surgery: official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery*, 40(2), s.448–454.
- Simonneau, G., Galiè, N., Rubin, L. J., Langleben, D., Seeger, W., Domenighetti, G., Gibbs, S., Lebrec, D., Speich, R., Beghetti, M., Rich, S. ve Fishman, A. (2004). Clinical classification of pulmonary hypertension. *Journal of the American College of Cardiology*, 43(12 Suppl S), s.5S–12S. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2004.02.037>.
- Siu, S. C. ve Colman, J. M. (2001). Heart disease and pregnancy. *Heart (British Cardiac Society)*, 85(6), s.710–715. <https://doi.org/10.1136/heart.85.6.710>.
- Sj Ögren, B., Robeus, N. ve Hansson, U. (1994). Gestational diabetes: A case-control study of women's experience of pregnancy, health and the child. *J Psychosom Res*, 38: s.815 – 822.
- Slaymaker, E., Scott, R. H., Palmer, M. J., Palla, L., Marston, M., Gonsalves, L., Say, L. ve Wellings, K. (2020). Trends in sexual activity and demand for and use of modern contraceptive methods in 74 countries: a retrospective analysis of nationally representative surveys. *The Lancet. Global health*, 8(4), s.e567–e579. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30060-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30060-7)
- Stein, R., Sardinha, A. ve Araújo, C. G. (2016). Sexual Activity and Heart Patients: A Contemporary Perspective. *The Canadian journal of cardiology*, 32(4), s.410–420. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2015.10.010>
- Steinke, E. E., Mosack, V. ve Hill, T. J. (2015). Change in sexual activity after a cardiac event: the role of medications, comorbidity, and psychosocial factors. *Applied nursing research: ANR*, 28(3), s.244–250. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.04.011>.

- Steinke, E. E., Mosack, V. ve Hill, T. J. (2018). The Influence of Comorbidities, Risk Factors, and Medications on Sexual Activity in Individuals Aged 40 to 59 Years With and Without Cardiac Conditions: US National Health and Nutrition Examination Survey, 2011 to 2012. *The Journal of cardiovascular nursing*, 33(2), s.118–125. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000433>.
- Stout, K.K. ve Krieger, E.V. (2014) Valvular Heart Disease in Pregnancy. In Otto CM, Bonow RO (eds) *Valvular Heart Disease: A Companion to Braunwald's Heart Disease*, Philadelphia, Elsevier, s.439-452.
- Strizzi, J., Olabarrieta Landa, L., Pappadis, M., Olivera, S. L., Valdivia Tangarife, E. R., Fernandez Agis, I., Perrin, P. B. ve Arango-Lasprilla, J. C. (2015). Sexual Functioning, Desire, and Satisfaction in Women with TBI and Healthy Controls. *Behavioural neurology*, 247479. <https://doi.org/10.1155/2015/247479>.
- Sucak, G.T. ve Sucak, A. (2001). Gebelik ve hiperkoagülabilité. *İç Hastalıkları Dergisi*, 8(1), s.40-47.
- Suid, N.R. ve Pasinlioğlu, T. (2021). Kontraseptif niyet ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), s.101-110.
- Swan, L. (2014). Congenital heart disease in pregnancy. *Best Prac Obstet Gynecol*, 28: s.495–506.
- Symonds, T., Boolell, M. ve Quirk, F. (2005). Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. *Journal of sex & marital therapy*, 31(5), s.385–397.
- Şahlar, T.E. ve Hisar, K.M. (2021). Kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemini değiştirme nedenleri. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), s.250-258.
- Şalvarcı, A., Kaytazoğlu, A., Gürbüz, A.S., Balasar, M., İlgenli, T.F. ve Çolakoğlu, M. (2020). Farklı kalp hastalığı tanılı Türk kadınların cinsel fonksiyonlarının hastalık öncesi ve sonrası eşleri ile birlikte değerlendirilmesi: Kontrol gruplu çalışma. *Androl Bul.* 22: s.159–66.
- Şenol, Y. ve Türkay, M. (2006). Yaşam kalitesi ölçütlerinde taraf tutma: Cevap kayması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*; 5(5), 382-389.
- Tabachnick, B. G., ve Fidell, L. S. (2018). *Using Multivariate Statistics* (7th edition). Boston: Pearson.
- Taşkın L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* (13. bs.). Ankara: Reaksiyon Matbacılık. s.540-558.

- Tekgündüz, E. ve ark. (2021). Evli kadınların aile ilişkisinin planlaması tutum ve niyetleri. *Sakarya Tıp Dergisi*, 11(4), 743-750.
- Tepper, N.K., Dragoman, M.V., Gaffield, M.E. ve Curtis, K.M. (2017). Nonoral combined hormonal contraceptives and thromboembolism: a systematic review. *Contraception*, 95:s130–9.
- Thorne, S. (2006). Risks of contraception and pregnancy in heart disease. *Heart*, 92:1520–5.
- Towlinson, M. (2011). In *Cardiac Disease*. James, D., Steer, P.J., Weiner, C.P. ve Gonik, B. (eds) High-Risk Pregnancy, Philadelphia, Elsevier, s.627-65.
- Tuğut, N. ve Gölbaşı, Z. (2010). Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın Türkçe Versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 32, s.172-180.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). (2018). Erişim: 12 Mart 2020, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf. Erişim tarihi:01.04.24.
- UNFPA (2022). Üreme Sağlığı Konularında Tematik Analizler 1993-2018.Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 1993-2018.
- UNFPA (United Nations Population Fund). (2019). Worl Population Dashboard. <https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard>. Erişim tarihi: 22.04.2024
- Ünal, N. (2018). Hipertansiyonlu Bireylerde Cinsel Disfonksiyonun Değerlendirilmesi. Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir.
- Vahanian, A., Baumgartner, H., Bax, J., Butchart, E., Dion, R., Filippatos, G., Flachskampf, F., Hall, R., Iung, B., Kasprzak, J., Nataf, P., Tornos, P., Torracca, L., Wenink, A. (2007). Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology, & ESC Committee for Practice Guidelines (2007). Guidelines on the management of valvular heart disease: The Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology. *European heart journal*, 28(2), s.230–268.
- Van der Linde, D., Konings, E. E., Slager, M. A., Witsenburg, M., Helbing, W. A., Takkenberg, J. J. ve Roos-Hesselink, J. W. (2011). Birth prevalence of congenital

- heart disease worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 58(21), s.2241–2247.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2011.08.025>.
- Van Hagen, I. M., Boersma, E., Johnson, M. R., Thorne, S. A., Parsonage, W. A., Escribano Subías, P., Leśniak-Sobelga, A., Irtyuga, O., Sorour, K. A., Taha, N., Maggioni, A. P., Hall, R., Roos-Hesselink, J. W. ve ROPAC investigators and EORP team (2016). Global cardiac risk assessment in the Registry Of Pregnancy And Cardiac disease: results of a registry from the European Society of Cardiology. *European journal of heart failure*, 18(5), s.523–533.
<https://doi.org/10.1002/ehf.501>.
- Van Hagen, I. M., Roos-Hesselink, J. W., Ruys, T. P., Merz, W. M., Golland, S., Gabriel, H., Lelonek, M., Trojnarska, O., Al Mahmeed, W. A., Balint, H. O., Ashour, Z., Baumgartner, H., Boersma, E., Johnson, M. R., Hall, R. ve ROPAC Investigators and the EURObservational Research Programme (EORP) Team* (2015). Pregnancy in Women With a Mechanical Heart Valve: Data of the European Society of Cardiology Registry of Pregnancy and Cardiac Disease (ROPAC). *Circulation*, 132(2), s.132–142.
- Vicdan, N. ve Özer, Z. (2011). Miyokard İnfarktüsü ve Cinsel İşlev Bozukluğu. *Türk Kardiol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2(2), s.2-6.
- Vigl, M., Kaemmerer, M., Seifert-Klauss, V., Niggemeyer, E., Nagdyman, N., Trigas, V., ... & Kaemmerer, H. (2010). Contraception in women with congenital heart disease. *The American journal of cardiology*, 106(9), 1317-1321.
- Vu, Q., Micks, E., McCoy, E., ve Prager, S. (2016). Efficacy and Safety of Long-Acting Reversible Contraception in Women With Cardiovascular Conditions. *The American journal of cardiology*, 117(2), s.302–304.
<https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2015.10.026>.
- Webb, G. ve Gatzoulis, M. A. (2006). Atrial septal defects in the adult: recent progress and overview. *Circulation*, 114(15), s.1645–1653.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.592055>.
- WHO (2010). Developing sexual health programmes.
<https://iris.who.int/handle/10665/70501> Erişim tarihi:08.05.24

- WHO. (2015). Medical Eligibility criteria for contraceptive use. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf. Erişim tarihi: 01.05.24.
- WHO. (2018). Family Planning/Contraception, 08.02.2018. Erişim: 05.08.2019. <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/family-planning-contraception>. Erişim tarihi:04.01.24
- WHO. (2019). Maternal Mortality. Erişim: 22.04.2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Erişim tarihi:04.01.24.
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S. E., Kreutz, R., Laurent, S., Lip, G. Y. H., ... ESC Scientific Document Group (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European heart journal*, 39(33), s.3021–3104.
- Wolbrette, D. (2003). Treatment of arrhythmias during pregnancy. *Current women's health reports*, 3(2), s.135–139.
- Wylie, B. J., Epps, K. C., Gaddipati, S., ve Waksmonski, C. A. (2007). Correlation of transthoracic echocardiography and right heart catheterization in pregnancy. *Journal of perinatal medicine*, 35(6), s.497–502. <https://doi.org/10.1515/JPM.2007.133>.
- Yali A.M. ve Lobel, M. (1999). Coping and distress in pregnancy: An investigation of medically high risk women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*; 20: 39 – 52.
- Yaralı, S. ve Hacıaloğlu, N. (2016). Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve cinsel yaşam kalitesinin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 6(6), s.108-127.
- Yıldız, H., ve Pınar, R. (2004). Miyokard infarktüsülü hastalarda cinsel disfonksiyon. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 4: s.209-217.
- Yılmaz, A. C. (2003). Kullanılan kontraseptif yöntemlerin kadınlarda cinsellik üzerine etkisi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*.
- Yuan, S. M., ve Yan, S. L. (2016). Mitral valve prolapse in pregnancy. *Brazilian journal of cardiovascular surgery*, 31(2), s.158–162.

<https://doi.org/10.5935/1678-9741.20160034>.

- Yurdakul, M., Akçınar, M. ve Akan, N. (2008). Kronik hastalığı olan doğurgan çağıdaki kadın hastaların aile planlaması danışmanlık gereksinimleri. İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi, 62: s.97-110.
- Zobar, E. (2017). 18-49 Yaş Arası Üreme Çağındaki Evli Kadınların Cinsel Fonksiyonlarından Memnuniyet Durumu, Cinsel Semptomları ve Bu Semptomların Cinsel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Trakya Üniveristesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Edirne.



8.EKLER LİSTESİ

Ek 1. Etik Kurul İzni

Ek 2.Kurum İzni

Ek 3.Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Ek 4.Kişisel Bilgi Formu

Ek 5. Kontraseptif Niyet Ölçeği (KNÖ) (Contraceptive Intention Questionnaire-CIQ)

Ek 6.Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (Sexual Quality of Life Questionnaire Female)

EK 1.ETİK KURUL İZİNİ

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Üreme Çağındaki Kalp Hastası Kadınlarda Gebelik Kontrolünün, Kontraseptif Niyet ve Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	23-KAEK-008			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğretim Üyesi Bahtışen KARTAL			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	☐			
	Yüksek Doz Araştırması	☐			
	Diger ise belirtiniz	☒ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	13.01.2023	23-KAEK-008	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	13.01.2023	23-KAEK-008	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ANKET FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐			
	SIGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
	HASTA KARTI/GÖNÜLÖKLERİ	☐			
	İLAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
DİĞER:	☐				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 02-04	Tarih: 19.01.2023			
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul Dye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.				

TOKAT GAZIOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

TOKAT GAZIOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar: Kılavuz
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Dr. Öğretim Üyesi Muzaffer KATAR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlgili		Katılım *	
Doç.Dr. Muzaffer KATAR	Tıbbi Biyokimya	TOGÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Bülent SARAÇ	Tıbbi Farmakoloji	Cumhuriyet Üniv. Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç.Dr. Mehmet ESEN	Acil Tıp	TOGÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç.Dr. Bülent KOCA	Genel Cerrahi	TOGÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr. Öğretim Üyesi Tuba KASAP	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	TOGÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr. Öğretim Üyesi Zeynep ACUNGİL	Tıbbi Fizyoloji	TOGÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Dr. Öğretim Üyesi Esengül ŞEN	Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi	TOGÜ Diş Hekimliği Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr. Öğretim Üyesi Osman DEMİR	Biyoistatistik	TOGÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr. Öğretim Üyesi Umut BAKKALOĞLU	Fizyoloji	TOGÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr. Öğretim Üyesi Nihan BOZKURT	Tıbbi Biyoloji	TOGÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Uzman Dr. Tuncay YİĞİT	Üroloji	Tokat Devlet Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Osman Atıl ÖZMEN	Eczacı	Kurum Dışı	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Avukat Tuna DAŞIRAN	Hukukçu	TOGÜ Rektörlüğü	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Ali BAL	Öğretmen	Tokat İl Millî Eğitim Müdürlüğü	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐

* : Toplantıda Bulunma

EK 2.KURUM İZNİ



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01.01-222418635
Konu : Nurseda BÜYÜKAHİSHA'nın Araştırma
İzni Hk

17.08.2023

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 22.06.2023 tarihli ve E-54230385-604.02.99-218584745 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazı ile Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan aynı zamanda Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği bölümü yüksek lisans öğrencisi Nurseda BÜYÜKAHİSHA'nın "*Üreme Çağındaki Kalp Hastası Kadınlarda Gebelik Korkusunun, Kontraseptif Niyet ve Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi*" başlıklı çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebi birimimize iletilmiş olup Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu tarafından ilgili hastanenin uygun görüş yazısına istinaden **15.08.2023 tarih ve 2023/12** sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun Dr.Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından sağlanması ve araştırmacının biriminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin Sultan 2. Abdulhamithan Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

Dağıtım:
Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim Ve Araştırma
Hastanesine
Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi
Eğitim Ve Araştırma Hastanesine

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

Belge doğrulama kodu: 53AE0AC8-8684-40C3-BBC6-A3EFB543BBD5

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>

Bırbırdirek mah. Peykhane sok. No: 8 Fatih/İSTANBUL 34122
Telefon No: 02126383000
e-Posta: ist.sagligingel@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
<https://istanbulism.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi: ism.34@hs01.kep.tr

Bilgi için: Leyla ÇELİK
Tıbbi Sekreter

Telefon No: 02126383399



EK 3. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araştırmacının/Hekimin Açıklaması

Üreme çağındaki kalp hastası kadınların gebe kalma korkularının, kontraseptif niyetleri ve cinsel yaşam kalitelerine etkisinin belirlenmesi amacıyla bir bilimsel araştırma yapmayı planlamaktayız. Yapılması planlan araştırmanın ismi “Üreme Çağındaki Kalp Hastası Kadınlarda Gebelik Korkusunun, Kontraseptif Niyet ve Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi” dir. En az 6 ay önce kalp hastalığı tanısı konulan hastalar üzerinde uygulanacak olan bu çalışmaya, tıbbi durumunuz bu koşullara uyduğu için sizi de davet ediyoruz. Ancak hemen belirtilmelidir ki araştırmaya katılıp katılmamak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilimsel çalışmaya katılma kararını tamamen hür iradeniz ile vermelisiniz. Bu kararı verirken hiç kimse tarafından size telkin ve baskıda bulunulamaz. Kararınızdan önce söz konusu bilimsel araştırma ve bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda yapılacak işlemler hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra bu bilimsel araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bilimsel çalışma hakkında bilgiler

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni, kadın ve 18-49 yaş aralığında, kalp hastalığı tanısı konmuş bir birey olmanızdır. Bu araştırma Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı/ Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı tarafından Yüksek lisans tezi olarak Dr. Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi izni ile gerçekleştirilecektir. Her gebelik ve doğum, kadınlar için bir sağlık riski taşımaktadır. Önceden var olan kronik tıbbi durumlar ise kadınlardaki bu riski daha da artırabilmektedir. Kalp hastalığı ise bu konuda önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle, bu grup için kontraseptif yöntem seçeneklerin dikkatli ve zamanında değerlendirilmesi çok önemlidir. Çalışmaya katılarak sağlık bakım profesyonelleri tarafından sunulan kaliteli ve etkin doğurganlığın düzenlenmesi ve kadın, aile, toplum ve çevre sağlığını yükseltilmesine katkı sağlayacaksınız. Aynı zamanda üreme çağındaki kalp hastası kadınların gebe kalma korkularının, kontraseptif niyetleri ve cinsel yaşam kalitelerine etkisinin belirlenmesi bu hastaların bakımının planlamasında önemli olacaktır. Çalışmada kişisel bilgiler herhangi bir

yerde kesinlikle paylaşılmayacak olup, cevaplar kaydedilecektir. Çalışma gönüllülük esasına dayanmaktadır. Şimdiden çalışmaya vereceğiniz katkı için teşekkür ederim.

Çalışma kapsamında bilinmesi gereken durumlar ve araştırmacılar ile gönüllülerin uyması gereken kurallar

Araştırmaya katılmanız durumunda;

1. Sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.
2. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.
3. Hekim ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı gösterilecektir.
4. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgileriniz çok büyük bir hassasiyetle korunacaktır.
5. Çalışma sırasında meydana gelebilecek sağlığınız ile ilgili ve diğer olumsuzlukların sorumluluğu araştırmacılara aittir.
6. Gönüllü olarak katıldığınız çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılabilirsiniz. Ancak ayrılmadan önce araştırmacılara bu durumu bildirmeniz önemlidir.
7. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda tedavinizde ve klinik izlemlerinizde hiçbir değişiklik olmayacak, her zaman olduğu gibi aynı özen ve ihtimam ile hastalığınızın tedavisi sürdürülecektir.

Katılımcının (Gönüllü) / Hastanın Beyanı

Sayın Nurseda BÜYÜKAHISHA tarafından, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı/ Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı programında yüksek lisans tezi olarak yürütülecek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam, hekim ile aramda kalması gereken, bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı gösterileceği, araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı kesin ve net bir şekilde belirtilmiştir. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal

sorumluluk altına girmiyorum. Benden herhangi bir ücret talep edilmeyeceği ve bana da herhangi bir ödeme yapılmayacağı net ve kesin bir şekilde ifade edilmiştir. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğum bildirilmiştir. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını da bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

İster doğrudan ister dolaylı olsun, araştırma sürecinde araştırma ile ilgili ortaya çıkabilecek sağlık durumuyla ilgili olumsuzluklarda sorumluluk araştırmacılara ait olup parasal bir yük altına girmeyeceğim. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; günün herhangi bir saatinde Nurseda BÜYÜKAHISHA 'yanumaralı telefonlardan ulaşarak danışabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı herhangi bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (gönüllü) olarak yer alma kararını tamamen hür iradem ile almış bulunuyorum. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllük içerisinde kabul ediyorum.

Araştırmanın adı: Üreme Çağındaki Kalp Hastası Kadınlarda Gebelik Korkusunun, Kontraseptif Niyet ve Cinsel Yaşam Kalitesine Etkisi

Araştırma sorumlusu: Nurseda BÜYÜKAHISHA

Tarih:

İmza:

Katılımcı (Gönüllü)

Adı, Soyadı:

Adres:

Telefon:

İmza:

Katılımcı (Gönüllü) İle Görüşen Araştırmacı

Adı, Soyadı, Unvanı: Nurseda BÜYÜKAHISHA, Hemşire (yüksek lisans öğrencisi)

Adres:

Telefon:

İmza :

(Tüm sayfaları imzalı bu formun bir kopyası katılımcıya verilecektir)

EK 4.KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Kaç yaşındasınız?
2. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
3. Eğitim durumunuz nedir?
 - a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite
4. Kaç kez gebe kaldınız?
5. Daha önce küretaj oldunuz mu?
 - a) Evet (Kaç kez.....) b) Hayır
6. Daha önce hiç düşük yaptınız mı?
 - a) Evet (Kaç kez) b) Hayır
7. Daha önce ölü doğum yaptınız mı?
 - a) Evet (Kaç kez.....) b) Hayır
8. Kaç çocuğunuz var?
9. Kalp hastalığıyla ilgili konulan mevcut tanınız nedir?
10. Kalp hastalığıyla ilgili belirtmiş olduğunuz tanınız ne zaman konuldu? (Hangi ay ve yıl olduğunu belirtiniz)
11. Kalp yetmezliği dışında başka hastalıklarınız var mı?
 - a) Evet b) Hayır (11. Soruya geçiniz)
12. Cevabınız evet ise diğer hastalığınız / hastalıklarınız nedir?
13. Kalp hastalığınız için kullandığınız ilaçlar nedir/nelerdir?
14. Kalp hastalığınız için kullandığınız ilaçlardan biri ya da birkaçının cinsel yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
 - a) Evet b) Hayır
15. Doğum kontrol yöntemi kullanıyor musunuz?
 - a) Evet b) Hayır
16. Kullandığınız doğum kontrol yöntemi nedir?
 - a) Doğum kontrol hapi
 - b) Rahim içi araç
 - c) Kondom
 - d) Aylık iğneler
 - e) 3 aylık iğneler

- f) İmplant
- g) Takvim yöntemi
- h) Tüplerin bağlanması
- i) Geri çekme
- j) Diğer.....

17. Kalp hastalığı tanısı aldıktan sonra kullanmış olduğum doğum kontrol yöntemi tercihimde değişiklik oldu?
a) Evet b) Hayır
18. Kalp hastalığı tanısını aldıktan sonra kullanmış ya da kullanacağınız doğum kontrol yöntemi hakkında bir sağlık kuruluşundan uzman görüşü aldınız mı?
a) Evet b) Hayır
19. Çevrenizden ya da eşinizden gebelik istemi konusunda üzerinizde baskı hissediyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
20. Gebe kalmaktan korkuyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
21. Gebe kalmakla ilgili korkunuza 0 'dan 10'a kadar bir değer verseniz bu ne olurdu?
22. Gebe kaldığımı düşününce uykularım kaçıyor
a) Evet b) Hayır
23. Gebe kaldığımla ilgili kabuslar görüyorum
a) Evet b) Hayır
24. Gebe kalmamak için birden fazla doğum kontrol yöntemini birlikte kullanıyorum.
a) Evet b) Hayır
25. Gebe kadınları görmek beni çok korkutuyor.
a) Evet b) Hayır
26. Gebelik ve çocuk doğumu üzerine konuşmak titrememe, terlememe ve sinir atakları geçirmeme sebep oluyor.
a) Evet b) Hayır
24. Gebe kalmaktan korktuğum için cinsel ilişkiden olabildiğince kaçınıyorum.
a) Evet b) Hayır

EK 5. KONTRASEPTİF NİYET ÖLÇEĞİ (KNÖ)
(Contraceptive Intention Questionnaire-CIQ)

Sorular	Seçenekler
1. İlk ocuğunuza ya da bundan sonraki çocuğunuza sahip olmadan önce, okulu bitirmek, iç bulmak ya dadaha çok para kazanmak gibi sizi daha ileri götürecek şeyler sizin için ne kadar önemlidir?	a. Çok önemli b. nemli c. Kısım önemli d. nemli değil
2. Sizce eşiniz sizin doğum kontrol yöntemi kullanmanıza karşı mıdır?	a. Kesinlikle hayır b. Kısım önemli c. Kısım evet d. Kesinlikle evet
3. řu anda gebelikten korunmak sizin için ne kadar önemlidir?	a. Çok önemli b. nemli c. Kısım önemli d. nemli değil
4. řu anda doğum kontrolü yöntemi kullanmak sizin için ne kadar önemlidir?	a. Çok önemli b. nemli c. Kısım önemli d. nemli değil
5. Gelecek yıl gebe kalacak olsanız bu sizi ne kadar mutlu eder?	a. Hiç mutlu etmez b. Kısım mutlu eder c. Mutlu eder d. Çok mutlu eder
6. Gelecek yıl doğum kontrol yöntemi kullanacağınız konusunda ne kadar eminsiniz?	a. Çok eminim b. Eminim c. Kısım eminim d. Emin değilim
7. Doğum kontrol yöntemini doğru bir şekilde kullanmanın, sizin için zor olacağını dşnyormusunuz?	a. Kesinlikle hayır b. Kısım önemli c. Kısım evet d. Kesinlikle evet
8. Gelecekte doğum kontrol yöntemi kullanmayı srdrebileceğinizden ne kadar eminsiniz?	a. Çok eminim b. Eminim c. Kısım eminim d. Emin değilim
9. Gelecek yıl gebe kalacak olsanız, bu sizi ne kadar zer?	a. Çok zer b. zer c. Kısım zer d. zmez

10. Eşinizin doğum kontrol yöntemi kullanmanızı istemediği bir durumda cinsel ilişkiye karşı koyabileceğinizden ne kadar eminsiniz?	a. Çok eminim b. Eminim c. Kısmen eminim d. Emin değilim
11. Doğum kontrol yöntemi kullanmanın size yarardan çok zarar vereceğini düşünüyor musunuz?	a. Kesinlikle hayır b. Kısmen hayır c. Kısmen evet d. Kesinlikle evet
12. Doğum kontrol yöntemini doğru bir şekilde kullansanız bile gebe kalacağınızı düşünüyor musunuz?	a. Kesinlikle hayır b. Kısmen hayır c. Kısmen evet d. Kesinlikle evet
13. Çok sık cinsel ilişkiye girmediğiniz zamanlarda doğum kontrol yöntemi kullanmak sizin için ne kadar önemlidir?	a. Çok önemli b. Önemli c. Kısmen önemli d. Önemli değil
14. Doğum kontrol yöntemi kullanmadığınız ve son derece uyarılmış ya da tahrik olmuş olduğunuz bir durumda, kendinizi durdurabileceğinizden ne kadareminsiniz?	a. Çok eminim b. Eminim c. Kısmen eminim d. Hiç emin değilim
15. Doğum kontrol yöntemi kullanmanın size yan etkisi olacağını düşünüyor musunuz?	a. Kesinlikle hayır b. Kısmen hayır c. Kısmen evet d. Kesinlikle evet

EK 6.CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ-KADIN
(Sexual Quality of Life Questionnaire Female)

	Tamamen Katılıyorum	Büyük ölçüde katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kısmen katılmıyorum	Büyük ölçüde katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
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 eksikhissediyorum						
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, eşiminrencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum						
17. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşiminrencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum						
18. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, cinselilişki sıklığından memnunum						