

**PERİFERİK ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE
DEPRESYON BELİRTİ ŞİDDETİ İLE CİNSEL SORUNLAR
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FİRDEVS EBRU ÖZDEMİR

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI**

**MERSİN
MAYIS - 2018**

**PERİFERİK ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE
DEPRESYON BELİRTİ ŞİDDETİ İLE CİNSEL SORUNLAR
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FİRDEVS EBRU ÖZDEMİR

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI**

**Danışman
Doç. Dr. Mualla YILMAZ**

**MERSİN
MAYIS – 2018**

ONAY

F. Ebru Özdemir tarafından Doç.Dr. Mualla YILMAZ danışmanlığında hazırlanan "Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon Belirti Şiddeti İle Cinsel Sorunlar Arasındaki İlişki" başlıklı bu çalışma aşağıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda oy birliği/çokluğu ile Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Görevi	Ünvanı, Adı ve Soyadı	İmza
Başkan	Yrd. Doç. Dr. Meltem MERİÇ	
Üye	Doç.Dr. Mualla YILMAZ	
Üye	Dr. Öğretim Üyesi Serpil TÜRKLEŞ	

Yukarıdaki jüri kararı Sağlık Bilimleri Enstitü Yönetim Kurulu'nun 23/5/2018 tarih ve 2018/156 sayılı Kararı ile onaylanmıştır.

Prof.Dr. Banu COŞKUN YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü



Bu tezde kullanılan özgün bilgiler, şekil, tablo ve fotoğraflardan kaynak göstermeden alıntı yapmak 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu hükümlerine tabidir.

ETİK BEYANI

Mersin Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinde belirtilen kurallara uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada,

- Tez içindeki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlâk kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak kullandığımı,
- Kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü Mersin Üniversitesi veya başka bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı,
- Tezin tüm telif haklarını Mersin Üniversitesi'ne devrettiğimi

beyan ederim.

ETHICAL DECLARATION

This thesis is prepared in accordance with the rules specified in Mersin University Graduate Education Regulation and I declare to comply with the following conditions:

- I have obtained all the information and the documents of the thesis in accordance with the academic rules.
- I presented all the visual, auditory and written informations and results in accordance with scientific ethics.
- I refer in accordance with the norms of scientific works about the case of exploitation of others' works.
- I used all of the referred works as the references.
- I did not do any tampering in the used data.
- I did not present any part of this thesis as an another thesis at Mersin University or another university.
- I transfer all copyrights of this thesis to the Mersin University.

20.4 / 2018 / 20.4 / 2018


İmza / Signature

Firdevs Ebru Özdemir

ÖZET

PERİFERİK ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE DEPRESYON BELİRTİ ŞİDDETİ İLE CİNSEL SORUNLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu araştırma, periferik arter hastalığı olan bireylerde depresyon belirti şiddeti ile cinsel sorunlar arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, 21 Ekim 2015-30 Mayıs 2016 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi kliniğinde Periferik Arter Hastalığı tanısıyla yatan hastaların tamamı oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise, 21 Ekim 2015-30 Mayıs 2016 tarihleri arasında periferik arter hastalığı tanısıyla yatan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan 122 hasta oluşturmaktadır. Araştırma verileri, sosyo-demografik özellikleri belirlemeye yönelik kişisel bilgi formu, depresyon düzeyini belirlemeye yönelik Beck Depresyon Ölçeği, cinsel sorunları belirlemeye yönelik Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, frekans, yüzde dağılımları, Independent-T testi ve One Way Anova testleri kullanılmıştır.

Periferik arter hastalığı olan bireylerin %89,3'ü erkek ve %59,8'i 60 yaş ve üzeri, %63,9'ünün ilköğretim mezunu, %74,6'sı emeklidir. Periferik arter hastalığı olan bireylerin %13,9'unda klinik olarak depresyon, %48,4'ünde orta düzeyde depresyon, %7,4'ünde ciddi düzeyde depresyon saptanmıştır. Periferik arter hastalığı olan kadınların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının erkekler göre daha yüksek olduğu, periferik arter hastalığı olan kadınların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam ölçek puanı erkeklerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği toplam ölçek puanına göre daha fazla olduğu ve periferik arter hastalığı olan bireylerin depresyon düzeyleri ile cinsel sorunları arasında ilişkinin olmadığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda, periferik arter hastalığı olan bireylerin hemşireler ve sağlık çalışanları tarafından düzenli olarak değerlendirilmesi ve hastaların deneyimlediği ruhsal ve cinsel sorunların belirlenmesine yönelik nitel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Periferik arter hastalığı, Depresyon, Cinsel sorunlar, Hemşirelik.

Danışman: Doç.Dr. Mualla YILMAZ, Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin.

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION SYMPTOMS AND SEXUAL PROBLEMS IN INDIVIDUALS WITH PERIPHERAL ARTERY DISEASE

This study was conducted to determine the relationship between depression symptom severity and sexual problems in patients with peripheral artery disease.

The study's universe constitutes the whole of the patients who were diagnosed with Peripheral Artery Disease in Mersin University Hospital Cardiovascular Surgery clinic between 21 October 2015 and 30 May 2016. The study sample included 122 patients with peripheral arterial disease who met the criteria for inclusion in the study between October 21, 2015 and May 30, 2016. Data were collected using a personal information form to determine socio-demographic characteristics, the Beck Depression Scale for determining depression level, and the Arizona Sexuality Scale for identifying sexual problems. The mean, standard deviation, frequency, percent distributions, Independent-T test and One Way Anova tests were used in the evaluation of the data.

Of the individuals with peripheral arterial disease, 89.3% were male, 59.8% were over 60 years of age, 63.9% were primary school graduates and 74.6% were retired. Clinical depression was found in 13.9%, moderate depression in 48.4%, and severe depression in 7.4% of the individuals with peripheral artery disease. Women with peripheral arterial disease had higher Beck Depression Scale scores than males, women with peripheral artery disease had a higher total score score of Arizona Sexuality Scale than men with a total score of Arizona Sexuality Scale, and depression levels of individuals with peripheral arterial disease It is determined that there is no relationship between the problems.

In the light of these results, it is suggested that qualitative studies should be carried out to evaluate the individuals with peripheral artery disease regularly by nurses and health workers and to determine the mental and sexual problems experienced by the patients.

Keywords: Peripheral Artery Disease , Depression , Sexual Dysfunction, Nursing.

Advisor: Doç.Dr. Mualla YILMAZ, Mersin University, Department of Nursing, Mersin.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecinde bana fikirleriyle önderlik eden, her zaman ilgi ve desteğini esirgmeden yol gösteren, farklı bakış açıları kazandıran ve motive eden değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Mualla YILMAZ başta olmak üzere, yüksek lisans ders sürecinde bilgi ve deneyimlerini paylaşan hocam Sayın Dr. Öğretim Görevlisi Serpil TÜRKLEŞ'e, veri toplama aşamasında her türlü yardımda bulunan Mersin Üniversitesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi servisinde görev yapan ve olumlu işbirliği sağladığım meslektaşlarıma, MEÜ Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Yoğun bakımdaki her zaman yanımda olduklarını hissettiğim arkadaşlarıma, eğitim hayatım boyunca benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen her zaman yanımda olan sevgili aileme ve araştırmaya katılan bütün hastalara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK	i
ONAY	ii
ETİK BEYAN	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLOLAR DİZİNİ	viii
KISALTMALAR ve SİMGELER	ix
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. KAYNAK ARAŞTIRMALARI	4
2.1.Periferik Arter Hastalığı Tanımı	4
2.1.1. Periferik Arter Hastalığı Epidemiyolojisi	4
2.1.2. Periferik Arter Hastalığı Belirtileri	5
2.2. Cinsellik ve Önemi	5
2.2.1. Cinsel İşlev Bozukluğu	6
2.2.2. Periferik Arter Hastalarında Görülen Cinsel Sorunların Epidemiyolojisi	7
2.2.3. Periferik Arter Hastalarında Görülen Cinsel Sorunların Nedenleri	7
2.3. Depresyon	8
2.3.1. Periferik Arter Hastalarında Depresyon Epidemiyolojisi	9
2.3.2. Periferik Arter Hastalarında Depresyon Nedenleri	9
2.4. Periferik Arter Hastalarında Görülen Cinsel Sorunlar ve Depresyon Arasında İlişki	10
2.5.Periferik Arter Hastalarında Görülen Depresyon ve Cinsel Sorunlarda Hemşirelik Yaklaşımları	10
3. MATERYAL ve YÖNTEM	13
3.1. Araştırmanın Türü	13
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	13
3.3. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	13
3.4. Araştırmanın Evreni	13
3.5. Araştırmanın Örneklemi	13
3.6. Verilerin Toplanması	14
3.6.1. Veri Toplamada Kullanılan Formlar	14
3.6.2. Kişisel Bilgi Formu	15
3.6.3. Beck Depresyon Ölçeği	15
3.6.4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği	15
3.6.5. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması	16
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	16
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	16
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	16
4. BULGULAR ve TARTIŞMA	17
4.1. Bulgular	17
4.2. Tartışma	31

	Sayfa
5. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	36
5.1. Sonuçlar	36
5.2. Öneriler	37
KAYNAKLAR	38
EKLER	44
EK-1. Kişisel Bilgi Formu	44
EK-2. Beck Depresyon Ölçeği	46
EK-3. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın Formu	49
EK-4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek Formu	50
EK-5. TC. Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı	51
EK-6. Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi İzin Yazısı	52
ÖZGEÇMİŞ	53



TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 4.1.1. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri	18
Tablo 4.1.2. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığa Bağlı Özellikleri	19
Tablo 4.1.3. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı	21
Tablo 4.1.4. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamaları	22
Tablo 4.1.5. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	23
Tablo 4.1.6. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığa Bağlı Özelliklerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	25
Tablo 4.1.7. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları	27
Tablo 4.1.8. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığa Bağlı Özelliklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	29
Tablo 4.1.9. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Beck Depresyon Ölçeği İle Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Arasındaki İlişki	30

KISALTMALAR ve SİMGELER

Kısaltma/Simge	Tanım
ACYÖ	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
DM	Diabetes Mellitus
ED	Eretil Disfonksiyon
İK	İntermittan Klidasyon
KAH	Koroner Arter Hastalığı
p	p Değeri Sonucu
PAH	Periferik Arter Hastalığı
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Periferik arter hastalığı ulusal ve dünya çapında önemli sağlık yüküne, morbidite ve mortaliteye neden olan önemli bir hastalıktır. Bu hastalık ABD’de 8 milyon ve dünya çapında 200 milyondan fazla insanı etkilemektedir [1]. Türkiye’de İzmir ilinde yapılan bir çalışmada genel nüfusta PAH prevalansı %19.8, kadınlarda %17.2 ve erkeklerde %25.9 bulunmuştur [2].

Periferik arter hastalığı (PAH) genel olarak ateroskleroz ve tromboembolik fizyopatolojik süreç sonucunda aorta ve visseral dalları ile alt ekstremitte arterlerinde yapısal ve fonksiyonel değişiklik meydana gelmesiyle oluşan bir hastalıktır [3]. Periferik arter hastalığı koroner arterler dışında aorta ve dallarının tıkaçıcı, daraltıcı ve anevrizmal hastalıklarını ifade etmektedir [4]. PAH 40’lı yaşlarda başlayan yaşla birlikte artan bir hastalıktır [5]. Bu hastalığın 50 yaş üstü bireylerin %13’ünde, 65 yaş üstü kadınların %17’sinde, erkeklerin ise %20’sinde görülmektedir [6].

Periferik arter hastalığının gelişiminde ve seyrinde ateroskleroz önemlidir. Yaş, ailede koroner arter hastalığı öyküsü, hipertansiyon, HDL-kolesterol düşüklüğü, LDL-kolesterol yüksekliği, diabetes mellitus ve sigaranın başlıca risk faktörleri arasında olduğu bilinmektedir [7,8]. Genç yaşta kadınlar östrojen ve diğer cinsel hormonların vazoprotektif özelliği, ateroskleroz prevalansını düşürmektedir. Bu nedenle PAH erkeklerde daha sık görülmektedir [9]. Bununla beraber kadınlarda son yıllarda yapılan çalışmalarda PAH’da artış olduğu bildirilmektedir [3,10,11].

Periferik arter hastalığı olan bireylerde hastalık seyri asemptomatik, semptomatiktir. Bazen hastada kritik bacak ya da ayak iskemisi olabilmekte ve ekstremitte amputasyonuna kadar gitmektedir [12]. Özellikle kronik ağrısı olan hastaların cinsel yaşamında veya evlilik ilişkisinde uyumsuzluk, depresyon, sinirlilik, kontrol kaybı, sosyal ilişkilerinde azalma gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir [13,14].

Periferik arter hastalığının tedavisinin uzun, maliyetinin yüksek olması ve tedavi sürecinde gelişen komplikasyonlar işgücü kayıplarına dolayısıyla maddi sorunlara da neden olabilmektedir. Bu hastalarda ağrı, hastalığa uyum, sık hastaneye yatışlar ve hareketsizliğin yanı sıra maddi sorunların olması bireyi zorlayarak, üzüntü, öfke, çaresizlik, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, öz güven kaybına neden olmaktadır. Ayrıca hastada ölüm korkusu, beden imajı değişikliği, sosyal izolasyon ve depresyon gibi bir dizi psikososyal problemler ortaya çıkabilmektedir [15,16]. Depresyon, PAH olan hastalarda fonksiyonel durumun kötüleşmesine, yaşam kalitesinin bozulmasına tekrarlı yatış riskinin ve morbiditenin artmasına neden olabilmektedir. Yapılan araştırmalarda PAH bulunan hastalarda görülen depresyon belirtileri

hastalıkla mücadele etme gücünü azaltmakta ve hastalığa uyum sağlamayı zorlaştırmakta, sağlık ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır [17,18].

Periferik arter hastalığı olan bireylerin hastalığın doğası nedeniyle yaşadıkları semptomlar bireyin günlük yaşam aktivitelerinin temel bileşeni olan cinsel yaşamını da önemli derecede etkileyebilmektedir. Cinsellik, temelde duyuya dayalı bir deneyimdir ve bireyin kişiliği ile kendine özgülüğünü oluşturan önemli bir parçası olup yalnızca cinsel organları değil, tüm bedeni ve aklı içerir [19]. Cinsel sorunlar depresyona, anksiyete bozukluğuna, kişilerarası ilişkilerde bozulmaya, aile içi ilişkilerde bozulmaya yol açabilmektedir. Depresyon libido, cinsel uyarılma, orgazm ve erektil fonksiyonu etkilemektedir [20]. McCall-Hosenfeld ve arkadaşları kadınlarda cinsel doyumun azalmasının, yaygın periferik vasküler hastalık ile ilişkili olduğunu bildirmiştir [21]. Polonsky ve arkadaşları araştırmalarında PAH tanısı alan erkek hastaların sertleşme bozukluğu sorunları yaşadıklarını, yaş arttıkça sertleşme bozukluğu düzeyinin de arttığını belirlemişlerdir [22].

Periferik arter hastalığı olan bireyler yaşamlarındaki değişikliklere uyum sağlamak zorundadır. Tüm bu zorunluluklarla beraber, tedavi ekibine bağımlı olma, çalışma yaşamında zorlanma ve sosyal ilişkilerin sınırlanması, yaşanan iç çatışmalar ve gelecek korkusu, organını kaybetme korkusu, hastalık nedeniyle yaşam biçiminde değişiklik yapma zorunluluğu ve aile içinde değişen roller bireyi hem fiziksel hem de psikososyal ve cinsel yaşamını da olumsuz olarak etkilemektedir [11]. Bütün bu semptomların birlikteliği cinsel ilişki kurmada sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Periferik arter hastalığı olan bireylerin cinsel sorunlarına eşlik eden depresyonda yaşam kalitelerini etkiler. Hastalar hastalığın eşlik ettiği depresyon ve cinsel yaşamla ilgili pek çok sorun yaşarken çoğu kez bu durumları ifade edememektedir. Hemşireler, bakım verdikleri hastalarının var olan problemleriyle birlikte depresyon, cinsel sağlık ve cinselliğe ilişkin kaygılarını değerlendirilmesi gerekir, çünkü hemşireler bakım verdiği hastasını bütüncül olarak ele alarak, profesyonel hemşirelik rolü çerçevesinde holistik bakım vermek zorundadır. Hemşireler holistik bakım çerçevesinde hastaların depresyon ve cinsel problemlerini değerlendirerek erken dönemde tanılayıp tedavi edilmesini sağlayabilirler.

Literatürde PAH tanısı alan hastaların depresyonları ile cinsel işlevleri arasında ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmamızda periferik arter hastalığı tanısı alan bireylerin depresyon belirti şiddeti ile cinsel sorunları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma periferik arter hastalığı olan bireylerin depresyon belirtileri şiddeti ile cinsel sorunları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

1.3. Araştırmanın Soruları

- PAH olan bireylerin depresyon belirtileri şiddeti nedir?
- PAH olan bireylerin cinsel sorunları var mıdır?
- PAH olan bireylerin depresyon belirtileri şiddeti ile cinsel sorunları arasında ilişki var mıdır?



2.KAYNAK ARAŞTIRMALARI

2.1. Periferik Arter Hastalığı Tanımı

Periferik arter hastalığı alt ekstremitayı besleyen ana damarlarda tıkanma ve arteriyel darlık sonucunda gelişir [23]. Genelde PAH denilince sıklıkla akla alt ekstremita atardamar hastalığı gelmektedir. Bu araştırmada da alt ekstremita PAH alınmıştır. PAH kronik, yavaş ilerleyen, atardamarların daralmasıyla gelişen bir hastalıktır. Her bir vasküler bölgede daralmanın derecesine bağlı olarak değişik şiddette semptomlar oluşabilmektedir. Bazen tromboz, emboli veya bir ana atardamarın tıkanmasıyla semptom vermektedir. Birçok hasta da ise yaşamları boyunca semptom görülmeyebilir [24].

2.1.1.Periferik Arter Hastalığı Epidemiyolojisi

Periferik arter hastalığı prevalansının artmasıyla ilişkili önemli bir sağlık sorunudur. PAH, ABD’de 8 milyon ve dünya çapında 200 milyondan fazla insanı etkiler. Periferik arter hastalığı 50 yaş üzerindeki bireylerde %13 oranında görülmektedir. 65 yaş üstü kadınlarda %17, erkeklerde ise %20’dir. Batı toplumunda 55-74 yaş aralığında semptomatik PAH sıklığı %5 olarak bildirilmektedir [2]. PAH ciddi sağlık problemi olup izlemlerde koroner kalp hastalığından bile 2,4 kat daha fazla mortaliteye sahip ve sistemik ciddi aterosklerozun göstergesi olduğundan önemi giderek daha çok vurgulanmaktadır. Ekstremita iskemisi ve koroner ve serebral damarlarda kardiyovasküler olaylardan kaynaklanan PAH eşlik etmesi önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir. PAH, ABD’de yılda 100.000’den fazla amputasyon nedenleri arasındadır [25].

Periferik arter hastalığı, bireylerin yaşının artmasıyla görülme sıklığı da buna paralel olarak artmaktadır. PAH prevalansı, ilerleyen yaşla birlikte yükselmekte ve 70 yaşından büyük on yetiştikten birini etkilemektedir. Yaşa ek olarak sigara ve diabetes mellitus hastalığı dünyadaki PAH için en güçlü risk faktörleridir. PAH’ın kapsamlı bir küresel değerlendirmesinde, yüksek gelirli ülkelerde düşük ve orta gelirli ülkelere yaygınlığı ve risk faktörleri benzerdir. Alt sosyo-ekonomik durum PAH için yeni tanınan bir risk faktörüdür. Önemlisi, düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde PAH prevalansında, yüksek gelirli ülkelerdeki %13.1’lik oranda 2000’den 2010’a kadar %28.7’lik bir artış görülmüştür [26].

Periferik arter hastalığı prevalansı erkeklerde ve postmenopozal kadınlarda benzer, ama erkekler de topallama klasik belirtileri kadınlara göre daha fazladır. Bu fark, kardiyovasküler risk faktörleri olmayan genç insanlarda da bulunduğu için fizyolojik faktörlere bağlı olabilir. Kalıtsal faktörler periferik arter hastalığına yatkınlığı arttırmaktadır [27].

2.1.2. Periferik Arter Hastalığı Belirtileri

Periferik arter abdominal aortun aterosklerotik daralması sonucunda bacaklardaki egzersiz sırasında ya da dinlenme anında arteriyel akışın azalmasıyla belirti verir [8]. Periferik arter hastalığının asemptomatik olabildiği gibi atipik semptomlarla da görülebilir. PAH boyunca asemptomatik, semptomatik (intermittan klodikasyon: yürümek veya koşmakla artan, istirahatle azalan ve geçen, baldır veya bacak ağrısı) veya ekstremitte amputasyonuna neden olan kritik bacak, ayak iskemisi olabilir [28].

Periferik arter hastalığında en sık karşılaşılan semptom olan intermittan klodikasyon (IK) alt ekstremitte kaslarında egzersizle artan kan akımı sözkonusudur. Toksik maddelerin birikimi sonucunda ağrı ve huzursuzluk görülür. IK egzersizle artıp istirahat ile 5-10 dakika içinde kaybolur. Semptomlar baldır bölgesinde görülmektedir, beraberinde uyluk ve kalça bölgesini de etkileyebilmektedir. İntermittan klodikasyonlu hastalarda istirahat halinde kan akımı normaldir ve bacakta semptom olmaz [29].

Semptomların şiddeti; stenozun şiddetine, kollateral dolaşıma ve düzenli egzersize göre değişir. PAH tutulum sıklığı ise; aorto iliak arterlerde %25-30, femoral ve popliteal arterlerde %80-90, tibial ve peroneal arterlerde %40-50 olarak belirtilmektedir [30]. Hastalığın klinik tanısında sistolik kan basıncı ayak bileği-brakiyal indeksi (ABI) kullanılmaktadır. Ayak bileği-brakiyal indeksi genel nüfus için non-invaziv bir tarama yöntemidir. PAH'lerde %95 duyarlılık, %99 özgüllük gösterir. Ayak bileği brakiyal indeksi 1.0-1.3 arası normal olarak kabul edilmektedir. ABI ≤ 0.9 olması PAH için tanı koydurucudur [2].

Bu hastalığa sahip bireylerin büyük çoğunluğunda egzersiz yapma kapasitesi ve yürüme mesafesi kısıtlıdır. Tipik klodikasyon PAH olan bireylerin üçte birinde görülür. Bununla birlikte istirahat ağrısı ve impotansa yol açabilir [31]. Bu durum bireyin yaşam konforunu etkiler, ileri süreçte tedavi edilmemesi kalp krizi ve ölüm riskini artırabilmektedir [8].

2.2. Cinsellik ve Önemi

Cinsellik, bireyin varlığını tümüyle kaplayan, duygularını, kişiler arası ilişkilerini, benlik ve beden algısını etkileyen, kişiliği ile şekillenen, cinsel hisler, tutumlar, inançlar, değerler ve davranışlar olarak ifade edilen bireye özgü bir kavramdır. Cinsellik, bireyin yaşamının ayrılmaz parçası olan ve biyolojik, psikolojik ve sosyal bileşenleri olan temel bir insan gereksinimidir [19]. Bununla beraber cinsellik sosyal, psikolojik, ekonomik, politik, kültürel, hukuki, tarihi, dini, biyolojik ve ruhsal faktörler ve aralarındaki ilişkiden etkilenen bir durumdur [32].

Cinselliğin temel işlevi üremeyi sağlamaktır. Dolayısıyla insan neslinin devam etmesine imkân veren bir durumdur. Biyolojik bileşenleri: fiziksel görünüm ve üreme organlarını, psikolojik bileşenleri: beden imajı ve benlik saygısını, sosyal bileşenleri ise cinsiyet rolleri ve kültürel inanışları içermektedir. Psikolojik açıdan ise; haz alma, sevgi, sevmeye ve sevilme gibi bireyin temel ihtiyaçlarının doyurulmasını amaçlamaktadır [33]. Cinsellik, insanın varoluşunun kaynağı ve doğumdan ölüme kadar tüm yaşamın önemli alanlarını kapsayan bir parçasıdır. Yaşamın sürebilmesi için doğadaki tüm olay ve hareketler üremeye yöneliktir [34].

Cinsellik, yaşam kalitesinin ve bireyin subjektif olarak kendini iyi hissetmesinin en iyi göstergesidir. Cinsellik erkekler için cinsel doyum, cinsel ilişki, sağlık, güç olarak anlamlandırılırken; kadınlar için daha çok seksüel fonksiyon ve cinsel mutluluk olarak anlamlandırılmaktadır. Altıok ve Yılmaz'ın çalışmasında, hastaların %34'ü cinselliği güçlü olmakla eş değer olarak görmektedir. Aynı çalışmada erkekler için cinselliğin önemli bir konu olduğu belirtilmektedir. Hastalar bir erkeğin gücünü ise cinsel ilişki sıklığının fazla ve penis boyutunun büyük olmasıyla ifade etmişlerdir [35]. Nicolosi ve arkadaşları yaptığı çalışmada, erkeklerin %82'si, kadınların %76'sı bir ilişkinin yürütülmesi ve bireyin benlik saygısı için tatmin edici bir cinsel yaşama sahip olmanın çok önemli olduğunu ifade etmişlerdir [36].

2.2.1. Cinsel İşlev Bozukluğu

Cinsel yanıt hem biyolojik (vasküler, hormonal, nörolojik) hem de ruhsal faktörlerden etkilenen fizyolojik döngüsü vardır. Cinsel işlev bozukluğu, bireyin aktivite, cinsel birleşme ya da orgazm yaşamasını engelleyen bir dizi fizyolojik, bilişsel-duygusal ya da davranışsal problemler olarak tanımlanabilir [37].

Normal cinsel işlev biyo-psikososyal bir süreçtir. İletişim sorunları, stres, cinsellik konusunda bilgisizlik, yaşlılık, testosteron düzeyinde azalma, hastalıklar, bazı ilaçlar ve depresyon gibi etmenler cinsel işlev bozukluğunun oluşmasına neden olabilir [38].

Cinsel işlev bozuklukları erkeklerde ereksiyon zorluğu ve ejakülasyon bozukluğu, kadınlarda vajinismus ve anorgazmi şeklinde ortaya çıkabilir. Erkeklerde cinsel fonksiyon bozukluğu sık görülen bir sağlık sorunudur [37]. DSM-V'te cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılması "Geç boşalma, sertleşme bozukluğu, kadında orgazm bozukluğu, kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, cinsel organlarda-pelviste ağrı/içerme bozukluğu, erkekte düşük cinsel istek bozukluğu, erken boşalma, maddenin/ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu, tanımlanmış diğer bir cinsel işlev bozukluğu, tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu" şeklinde yer almaktadır.

Cinsel işlev bozukluklarının yaşam boyu prevalansı %30-50 arasında değişir. Genel olarak kadınlarda daha sık ortaya çıkar. En sık rastlanan cinsel işlev bozukluğunun kadınlarda cinsel istek azlığı, erkeklerde ise erken boşalma olduğu görülür. Diğer sık rastlanan sorunlar ise erkeklerde sertleşme bozuklukları ve cinsel istek azlığı ile kadınlarda orgazm bozuklukları ve cinsel ağrı bozukluklarıdır [39].

2.2.2. Periferik Arter Hastalarında Görülen Cinsel Sorunların Epidemiyolojisi

Periferik arter hastalığının 'da aort veya iliak arterlerde kan akımı bloke olduğu zaman erektil disfonksiyon oluşabilir [40]. Eretil disfonksiyon: "Erkeğin en az 6 ay süredir cinsel ilişki için yeterli penis ereksiyonunu sağlama ve/veya sürdürmede yetersizlik" olarak tanımlanmaktadır. Eretil disfonksiyon ilerleyen yaşla birlikte insidansı artan bir durumdur [41].

Eretil disfonksiyon'un (ED) prevalansı erkeklerde yaklaşık %40 ve 40 yaş üstü olarak tahmin edilmektedir. ED, yaşla birlikte sıklıkta artar ve 40-50 yaş arasındaki erkeklerin %15'ini, 60'lı yaş grubundaki erkeklerin %45'ini ve 70 yaşın üzerindeki erkeklerin %70'ini etkilediği tahmin edilmektedir [42].

Eretil disfonksiyon'un sıklığı MMAS (Massachusetts Male Aging Study)'e göre ise 40-70 yaşları arasındaki erkeklerde %52'dir. İngiltere'de yapılan bir çalışmada ise 30-80 yaşları arasındaki erkeklerde ED yaygınlığı %19, yaşamın herhangi bir diliminde benzeri bir sorunla 1-2 kez karşılaşanların oranı %70-75 olarak belirtilmektedir. Türk Androloji Derneği'nin yaptığı araştırmaya göre Türkiye'de 40 yaş üzerinde %69.2 oranında ED görülmektedir [43].

2.2.3. Periferik Arter Hastalarında Görülen Cinsel Sorunların Nedenleri

Cinsel işlev bozukluğu her iki cinsiyette de oldukça yaygındır ve hastanın yaşam kalitesini ve refahını olumsuz yönde etkiler [44]. McCall-Hosenfeld ve arkadaşları, kadınlarda cinsel doyumun azalmasının, yaygın periferik vasküler hastalık ile ilişkili olduğunu bildirmiştir [21]. Thompson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise erkeklerde sertleşme bozukluğu yaygın periferik damar hastalığı ve gelişen koroner arter hastalığı ile ilişkili olduğunu göstermiştir [45].

Kronik hastalığı olan bireylerde duygudurum bozukluklarına bağlı olarak erektil disfonksiyon görülebilmektedir. Buna göre birçok sistemik ya da kronik hastalığın oluşturduğu durum ya da psikolojik reaksiyonlar, dolaylı olarak cinsel işlev bozukluğuna yol açabilmektedir [46]. Fizyolojik cinsel yanıt süreci vasküler, hormonal, nörolojik ve psişik etkenlerin karşılıklı ve uyumlu etkileşimini gerektirmektedir. Bu etkenlerin olumsuz yönde etkilenmesi cinsel yanıt sürecini bozarak cinsel işlev bozukluklarına neden olmaktadır [39].

Eretil disfonksiyon organik ve psikojenik olarak ikiye ayrılır. Ancak, her organik bozukluğa zaman içinde psikojenik bir komponentin eklenmesi de olasıdır ve hastalığın daha da ilerlemesine yol açar.

Psikojenik nedenler ise; performans anksiyetesi, olumsuz bilişsel inanışlar, kişilik bozuklukları (obsesif, narsistik, bağımlı, vb), depresyon, anksiyete bozuklukları ve psikotik bozukluklardır [44].

Eretil disfonksiyon'un organik nedenlerinin %53'ünde arteriyel bir hastalık olduğu bilinen bir gerçektir. Ayrıca iskemik koroner hastalığının şiddeti ile eretil fonksiyonun kalitesi ve sıklığı arasında ters yönde bir ilişki vardır [47].

Hormonal nedenleri ise serbest testosteron seviyeleri neredeyse 40-70 yaş arasındaki her yıl azalmakta ve bu da yılda 0.4 testosteron düşüşüyle sonuçlanmaktadır. Testosterondaki azalmalar eretil tepki, tatmin ve cinsel sıklığı azaltabilir. Kadınlarda bu süreç menopoza sırasında görülür ve cinsel sorunlara neden olabilir [48].

2.3. Depresyon

Depresyon, kişinin ruh halini etkileyen nörotransmitter dengesizliğinin (örn., Serotonin, norepinefrin ve dopamin) bulunduğu beynin bir hastalığıdır. Bu dengesizliğin spesifik nedeni bilinmemekte olup ancak, çalışmalar biyolojik mirasa bağlı bazı bağlantılar olduğunu bulmuştur [49]. Depresyon daha önce bireye zevk veren durumlardan artık eskisi gibi zevk alamamama durumu olup, bunlara karşı ilginin kaybolmasıyla kendini gösteren, çökkünlük, karamsarlık, keder ve elem duygularıyla seyreden depresif bir duygudurumdur. Depresyon gerek mental gerekse fiziksel alanda enerji azlığı ile kendini gösteren psikomotor yavaşlama, düşünce içeriği kısıtlılığı ile belirgin bilişsel yavaşlama ve işlevsellikte azalma ile kendini gösterir [50].

Depresyon semptomları, en az 2 hafta süren kalıcı hüzünlü bir ruh hali, eğlenceli aktivitelere ilgi kaybı, suçluluk, umutsuzluk, iştahsızlıklar, uyku bozuklukları, enerji eksikliği, psikomotor yavaşlama, konsantrasyon zorluğu ve çoğu intihar düşünceleri görülür [49]. Depresyon bütün psikiyatrik hastalıklar içerisinde yaşam boyu en yüksek yaygınlığa sahiptir. Kadınlarda erkeklerden 2 kat yaygın görülür. Hastaların yüzde ellisinde hastalık 20 ile 50 yaşlar arasında başlar. Çocukluk ve yaşlılık dönemlerinde de görülebilir. Yeni çalışmalar depresif bozukluğun 20 yaş altındaki bireylerde giderek arttığını göstermektedir [51].

Depresyon dünya genelinde engelliliğin önde gelen bir nedenidir ve küresel hastalık yüküne katkıda bulunur. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında depresyon prevalansı farklı ülkelerde %5-10 arasında değişmektedir. Depresyon, dünya çapında önlenebilir ölümlerin önde

gelen nedenlerinden biri olan kalp damar hastalıkları ile ilişkiler yoluyla sosyal işlevsellik, yaşam kalitesi ve fiziksel sağlık üzerinde derin etkilere sahiptir [52].

Depresyon toplum sağlığını en çok tehdit eden hastalıkların başında yer almaktadır. Depresyonla ilgili araştırmalar son zamanlar da giderek önemli hale gelmiştir çünkü depresyon yüksek yaygınlık gösteren, kronikleşme riski olan, intihar davranışı sıklığı olan, ekonomik kayıplara ve yeti yitimine neden olan bir hastalıktır [53].

2.3.1. Periferik Arter Hastalarında Depresyon Epidemiyolojisi

Depresyonun yaşam boyu yaygınlığı, kadınlar için %10-25, erkekler için %5-12'dir. Depresyon insidansı, birinci basamakta %10, yatan hastalarda ise %15'tir. Depresyon altı ayıktan yaşamın son noktasına kadar yaşamın herhangi bir döneminde başlayabilir[54].

Periferik arter hastalığı olan bireylerde %22'e varan depresyon bulunduğunu ve depresif belirtilerin alt ekstremitte fonksiyonlarında daha fazla bozulma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Depresyon bu hastalarda sık görülen bir komorbiditedir [55]. PAH kadınların %11'inde ve erkeklerin %13'ünde depresyon bulunur. PAH'si olan kadınlar, geleneksel risk faktörlerine (hipertansiyon, hiperlipidemi ve sigara içme) PAH'si olmayan kadınlara kıyasla benzer şekilde prevalansa sahiptir ve PAH'si olmayan kadınlara göre depresyon daha fazla görülür. PAH'li erkekler, hipertansiyon, diabetes mellitus, sigara öyküsü, kötü lipid profili ve PAH'siz erkeklerden daha yüksek enflamatuvar biyolojik belirteç düzeylerine sahip olma olasılıkları daha yüksektir [11].

2.3.2. Periferik Arter Hastalarında Depresyon Nedenleri

Periferik arter hastalığı hastası depresyon nedenleri açısından risk altında olduğunu anlamak için fiziksel ve zihinsel stresler incelenmelidir. Hastanın fiziksel yetenekleri sıklıkla ağrı ve hareketliliğin azalması ile sınırlanabilir ve günlük aktiviteleri gerçekleştirecek yeteneklerini etkiler. Bu durum, başkalarına bağımlı olmalarına ve karşılık olarak bağımsızlığını kaybetmelerine ve bazen de benlik saygısının azaldığında depresyona neden olabilir. Ruh sağlığı üzerinde büyük ölçüde fiziksel sağlık ve işleyişi etkilerinin kaybına neden olur. Dikkat edilmesi gereken diğer değişkenler, mesleki rolleri yerine getirmeme, finansal stres ve kişisel ilişki güçlüklerinden kaynaklanan streslerdir [49,56].

Kronik hastalık, gelir seviyesinin düşük olması, tekrarlı hastaneye yatışlar, göçler depresyona neden olmaktadır. Depresyon bireyde düşünsel süreçinde bozulma, benlik saygısında düşme, uyku problemleri, iştahta uç sınırlarda değişimler (çok artması ya da çok

azalması gibi), ilgide azalma, umutsuzluk ve memnuniyetsizlik gibi olumsuz etkiler yapmaktadır. Depresyon fiziksel ve zihinsel yeti yitimine neden olmaktadır. Sosyal ve mesleki alanda bireyin iş hayatının yanı sıra, özel hayatını ve aile hayatını olumsuz olarak etkilemektedir. Hastalar sıklıkla huzursuzluk ve uykusuzluk gibi depresif belirtiler gösterirler [49].

2.4. Periferik Arter Hastalığında Görülen Cinsel Sorunlar ve Depresyon Arasında İlişki

Periferik arter hastalığı arteriyel daralmaya bağlı olarak eklem ağrısı, hareket kaybı ve enerji seviyesinin azalmasına neden olur. Periferik arter hastalığının'da ağrısı olan bireyler ağrının yaşam tarzları ve iş yaşamları üzerindeki kısıtlamalardan dolayı endişelidir. Ağrı; hareketsizlik, yorgunluk, güçsüzlük, izole olma, sosyal aktivitelerden vazgeçme/azaltma, umutsuzluk, amputasyon korkusu ve anksiyeteye, depresyona neden olur [57].

Depresyon, sağlık harcamalarının ve tedavi maliyetinin artmasına neden olmasından dolayı bireyin ekonomik hayatını olumsuz olarak etkileyen, iş gücü kaybına neden olan kronik bir hastalıktır. Depresyon, derin üzüntülü duygu durum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama; durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık bile birlikte işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur [53]. Bütün bu semptomların birlikteliği cinsel ilişki kurmada sorunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Libido kaybını da kapsayan isteksizlik, depresyonun en temel semptomu gibi görülmektedir. Bu bağlamda depresif hastalardaki yüksek oranda görülen cinsel sorunların anlaşılmasında da güçlükler yaşanmaktadır [58].

Depresyon cinsel sorunlar için önemli bir risk faktörüdür. Depresyon cinsel arzuyu tehlikeye atabilir ve yetersiz cinsel performansa neden olabilir [59,60]. Depresif belirtilerin cinsel sorunların ortaya çıkışı üzerinde farklı etkileri vardır. Örneğin, cinsel arzunun yokluğunda, cinsel fanteziler nadir veya kısa süreli cinsel uyarıcı olabilir ancak etkili şekilde ortaya çıkmayabilir bu durum, cinsel tepki döngüsünün tamamlanmasını engeller.

2.5. Periferik Arter Hastalığında Görülen Depresyon ve Cinsel Sorunlarda Hemşirelik Yaklaşımları

Kronik hastalığı olan bireyler bir çok psikososyal sorunlar yaşarlar bunlar; üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, bağımlı olma endişesi, beden imajı değişikliği ve yaşam tarzında bozulma, depresif görüntü ve sosyal izolasyondur. Bu nedenle kronik durumların yönetimi, fizyolojik sorunların yönetiminin yanı sıra psikolojik ve sosyal sorunların yönetimini de kapsamaktadır.

Psikososyal bakımda hemşirenin rolü;

- Hasta ve ailenin yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamasına yardım etmeli, uyumsuzlukları önlemeli
- Hasta ve ailenin baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını artırmalı [15].
- Hasta ve ailesi ile işbirliği yaparak hastanın tedavisine uyum göstermesini sağlamalı [61].
- Hastanın fizyolojik durumu, ruhsal belirtileri ve ilaç kullanmaya ilişkin yaklaşımını değerlendirmeli [62].
- Birey ile güvene dayalı tedavi edici iletişim kurmalı,
- Bireye önemsendiğini ve kendisine değer verildiğini hissettirmeli,
- İletişimin daha kolay gelişmesi için birey ile iletişim kurarken empatik ve sakin davranış sergilemelidir [63].

Hemşire hastayı bir bütün olarak değerlendirerek hastada depresyona bağlı cinsel sorunlar olabileceğini bilmelidir [64]. Cinselliğin hemşirelik bakımının önemli bir parçası olması gerektiği bilindiği halde hemşirelerin bu konuyu ele almada güçlük yaşadıkları görülmektedir [65].

Sağlık çalışanları, cinsellik konusunda bilgi eksikliğinden, cinselliği mahrem konu olarak düşünmesinden, çalışma yükü ve zaman eksikliğinden dolayı hastaların cinsel sorunlarına çok fazla önem vermemektedir [64].

- Cinsellik konusunun mahrem konu olmasından dolayı hastalar arkadaşlarıyla, eşiyle, kardeşiyle ve çocuklarıyla cinsellik konusunun konuşulmadığından, kültürel yapılarından dolayı konuşulamayan bir konu olduğundan, cinselliğin Türk toplumunda kapalı bir konu ve tabu olarak görüldüğünden, hastanın duygu ve düşüncelerini rahat ifade edebilmesine yardımcı olmalı ve öncelikle birey ile iyi bir iletişim sağlayabilmeli,
- Cinsel disfonksiyonunun değerlendirilmesinde ilk adım ayrıntılı bir anamnez alma ve fizik muayene olmalı,
- Alınan her hemşirelik anamnezinde hastanın herhangi bir cinsel sorunu olup olmadığını belirlemek amacıyla yönelik cinsellikle ilgili birkaç soru yer almalı ve bu rutin hale getirilmeli,
- Sorulara verilen cevapları değerlendirebilmeli ve sorunun varlığını gösteren belirtileri iyi bilmelidir. Eğer ilk değerlendirme sonucunda hemşire cinsel sorun varlığını belirledi ise daha detaylı bir cinsel sağlık anamnez almalıdır [65,66].
- Hastanın uyumu, hastanın yalnızca fizyopatolojik sorunu ile değil aynı zamanda duygu, düşünce ve gereksinimlerini çevresel ve kişisel özelliklerini dikkate alan, bütüncül hemşirelik girişimleri ile artırılabilir [35].

- Cinsel öykü alınırken; rahat bir ortam sağlanmalı, mahremiyet korunmalı, başvuran birey/çiftlerin kendilerini rahatça ifade edebilmeleri ve güvende hissetmeleri için gereken olanaklar sağlanmalıdır.
- Mümkün olduğunca cinsel eş de görüşmeye dahil edilmeli, birey/çiftlere karşı açık olunmalı, soruların ne amaçla sorulduğu açıklanmalıdır.
- Anlaşılır bir dil kullanılmalı, açık uçlu sorular sorulmalı, etkin dinleme yöntemleri kullanılmalıdır [67].
- Bireyin cinsel yaşamındaki sorunlarıyla baş etmesi için bireyin destek kaynaklarını belirlemesine yardımcı olunmalıdır [68].

Periferik arter hastalığı gibi bireyi birçok yönden olumsuz etkileyen kronik hastalıklarda hastaların, hastalığın getirdiği sürecin zorluk ve problemleriyle baş edebilmesi, bağımsızlıklarının artırılması ve cinsel hayatın iyi olması, PAH olan bireylerin kendilerini iyi hissetmesinde ve yaşam kalitelerinin artmasında önemli bir faktördür. Erkek periferik arter hastalarında erektil disfonksiyonun bu hastalar için belirleyicisi olması ve beraberinde eşlik eden depresyon düzeyleri ve bu hastalıktaki rolü ile ilgili kapsamlı çalışmalara gereksinim vardır.

3. MATERYAL ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Mersin Üniversitesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi kliniğinde yatan hastalarla yapılmıştır. Mersin Üniversitesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi kliniğinde 10 hasta odası bulunmaktadır. Klinikte bulunan hasta odaları, ikişer kişiliktir. Klinikte sorumlu hemşire ile birlikte toplam 7 hemşire görev yapmaktadır. Klinikte iki profesör, iki doçent olmak üzere toplam 4 hekim görev yapmaktadır. Hemşireler, 8-16, 16-08 olmak üzere 2 shift halinde çalışmaktadır. Klinikte periferik arter hastalığı ile yatan hastalara cerrahi tedavi ve ilaç tedavisi yapılmaktadır. Bu tedavilere cevap vermeyen olgularda ortopedi kliniğine sevk edilerek amputasyon uygulanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; bireylerin depresyon belirti şiddeti ve cinsel sorunlarıdır. Bağımsız değişkenleri ise; bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve hastalık özellikleridir.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Mersin Üniversitesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi kliniğinde 21 Ekim 2015-30 Mayıs 2016 tarihleri arasında Periferik Arter Hastalığı tanısıyla yatan hastaların tamamı araştırmanın evrenini oluşturmaktadır (N:370).

3.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi; 21 Ekim 2015-30 Mayıs 2016 tarihleri arasında söz konusu hastanenin Kalp Damar Cerrahisi kliniğinde PAH tanısıyla yatan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalar oluşturmaktadır (n=122). Populasyonun en iyi şekilde tahmin

edilebilmesi için populasyonun en azından %30'una ulaşılması (min 111 kişi) yeterli olacağı göz önüne alınmıştır [69].

Araştırma Örneklemine Dahil Etme Kriterleri

- Türkçe okuyup yazabilen,
- 18 yaşın üzerinde olan,
- Kalp Damar Cerrahi kliniğinde PAH tanısıyla yatan,
- Görme ve işitme ile ilgili duyu kaybı olmayan,
- Bilişsel alanda bir fonksiyon bozukluğu olmayan,
- Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almayan,
- Amputasyon kararı alınmamış hastalar,
- Aktif cinsel yaşantısı olan
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırma Örnekleminden Dışlama Kriterleri

- Türkçe okuyup yazamayan,
- 18 yaşın altında olan hastalar,
- Görme ve işitme ile ilgili duyu kaybı olan,
- Bilişsel alanda bir fonksiyon bozukluğu olan,
- Amputasyon kararı alınmış ve amputasyon olan hastalar,
- Psikiyatrik tanısı olan,
- Aktif cinsel yaşantısı olmayan
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplamada Kullanılan Formlar

Araştırmanın verileri, hasta bireylerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulan Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), Beck Depresyon Ölçeği (Ek-2), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Ek-3) olmak üzere üç adet veri toplama aracı kullanılarak toplanmıştır.

3.6.2. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu; hastanın yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, sosyal güvencesi gibi sosyodemografik özelliklere yönelik kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda [2,7,23,25,26] veri toplama amacıyla geliştirilmiştir (Ek-1).

3.6.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 1961 yılında Beck tarafından geliştirilmiş ve depresif kişilerde yaygınlıkla gözlenen güdüsel, bilişsel, duygulanım ve kendilik değerinin azalmasına ilişkin belirtileri ölçmeye yarayan toplam 21 maddeden oluşmaktadır [70]. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1988'de Hisli tarafından yapılmıştır. Her yanıtta elde edilen 0-3 arasındaki puanların toplanması ile değerlendirilen, toplam 21 sorudan oluşan bir depresyon derecelendirme ölçeğidir. Ölçekten alınan düşük puanlar depresif belirtilerin azlığına, yüksek puanlar ise çokluğuna işaret etmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 63'tür. Denk düşen puan aralıkları doğrultusunda ölçek, 1-10 arası normal, 11-16 arası orta derecede duygu durumu bozukluğu, 17-20 arası klinik depresyon; 21-30 arası orta düzeyde depresyon; 31-40 arası ciddi düzeyde depresyon; 41-63 arası ağır depresyon biçiminde değerlendirilmektedir [71]. BDÖ Cronbach-alfa güvenilirlik katsayısı 0.86 dır. Bu araştırmanın örnekleminin Cronbach-alfa güvenilirlik katsayısı 0.83 dür (Ek-2).

3.6.4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

McGahuey ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilen Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) kısa 5 başlıklı bir skaladır ve cinsel işlevin beş temel bileşenini değerlendirmek için tasarlanmıştır [72]. Bu bileşenler uyarılma, tahrik olma, penis sertleşmesi/vajina ıslanması, orgazma ulaşma yeteneği ve orgazmdan alınan tatmin. ACYÖ'nün kadın ve erkek versiyonları sertleşme/ıslanma ile ilgili soruda farklılık göstermektedir. 5 maddeden oluşan ACYÖ likert tipi bir ölçektir. Düşük puanlar gelişmiş cinsel işlevi, yüksek puanlar ise cinsel işlev yetersizliğini yansıtmaktadır. Her soru 1'den 6'ya kadar puanlanır, toplam puan 5'ten 30'a kadar değişir. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlik güvenilirlik çalışması Atilla Soykan tarafından 2002 yılında yapılmıştır. Soykan'a göre ≥ 11 ölçek puanı cinsel disfonksiyon için kesme noktasıdır. Toplam puanın 11 ve üzerinde olması, herhangi bir maddenin 5 ya da 6 puan olması veya üç ya da daha fazla maddenin 4 puan oluşu cinsel işlev bozukluğuna işaret eder ve klinisyen tarafından tanımlanmış cinsel işlev bozuklukları ile yüksek oranda ilişkili bulunmaktadır. Cronbach alfa

değeri 0.89 ve 0.90 olarak bulunmuştur [73]. Bu araştırmanın örnekleminin Cronbach-alfa güvenirlik katsayısı 0.93 olduğu bulunmuştur (Ek-3, Ek-4).

3.6.5. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Araştırma verileri toplanmaya başlamadan önce, araştırma için gerekli etik kurul onayı ve kurum izinleri alındıktan sonra veri toplama formlarının işlerliğini değerlendirmek amacıyla Kişisel Bilgi Formu araştırma tarihinden önce 5 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda formda herhangi bir değişiklik yapılmadığı için 5 hasta örnekleme dahil edilmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında excel programında kaydedilmiştir. Verilerin istatistik değerlendirmesinde AEK Araştırma Ltd. Şti. Mersin Teknopark şirketinden profesyonel hizmet alınmıştır. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 21 paket programı ve www.e-picos.com programından yararlanılarak yapılmıştır. Kategorik değişkenler için frekans ve yüzde, sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (Minimum, Maksimum değerler, Ortalama ve Standart Sapma) hesaplanmıştır. Elde edilen verilerin analizinde Independent-T testi ve One Way Anova testinden yararlanılmıştır. İki'den fazla olan gruplarda anlamlı çıkan değerlerde anlamlılığın hangi değişkenlerden kaynaklandığının tespiti için Post Hoc Tukey Testi uygulanmıştır. Aynı zamanda Ki-Kare testi yapılmıştır. Ölçek toplamaları arasındaki ilişki için Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır. Anket test güvenirliği için ise Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Tüm karşılaştırmalar için istatistik önem seviyesi (p) 0,05 olarak alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma yapılmadan önce Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 20/08/2015 tarihli 2015/269 sayılı Etik kurul izni (Ek:5) ve Mersin Üniversitesi Hastanesinden kurum izni (Ek:6) alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalara araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilerek hastaların sözlü onamları alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Mersin Üniversitesi Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi servisinde periferik arter hastalığı tanısıyla yatan hastalarla sınırlıdır.

4. BULGULAR ve TARTIŞMA

4.1.BULGULAR

Araştırma kapsamındaki bulgular 4 başlık altında ele alınmıştır;

1. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı
2. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Beck Depresyon ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamaları
3. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Beck Depresyon ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamaları İle Sosyo-Demografik ve Hastalığa Bağlı Özelliklerinin Dağılımı
4. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Beck Depresyon ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki



1.Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı**Tablo 4.1.1.** Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=122)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	%
<u>Cinsiyet</u>		
Kadın	13	10,7
Erkek	109	89,3
<u>Yaş</u>		
40-59 Yaş	49	40,2
60 Yaş ve üzeri	73	59,8
<u>Eğitim Durumu</u>		
Okuryazar	5	4,1
İlköğretim mezunu	78	63,9
Lise mezunu	34	27,9
Üniversite mezunu	5	4,1
<u>Mesleki Durumu</u>		
Ev hanımı	7	5,7
İşçi	8	6,6
Memur	3	2,5
Serbest Meslek	12	9,8
Emekli	92	75,4
<u>Gelir Durumu</u>		
Gelir Giderinden Az	3	2,5
Gelir Gidere Denk	92	75,4
Gelir Giderinden Fazla	27	22,1
<u>Sosyal Güvence</u>		
Var	120	98,4
Yok	2	1,6
Toplam	122	100

* Frekans sayısı ve yüzde yapılmıştır

Periferik arter hastalığı olan bireylerle yapılan çalışmanın sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; çalışmaya katılan bireylerin %89,3'ü erkek ve %59,8'i 60 yaş ve üzeridir. Periferik arter hastalığı olan bireylerin %63,9'ü ilköğretim mezunu, %74,6'sı emekli, %2,5'i ise memurdur. Bireylerin %98,4'ünün sosyal güvence sahibi ve %75,4'ü geliri giderine denk olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.2. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığa Bağlı Özellikleri (n=122)

Hastalığa İlişkin Özellikler	Alt ve Üst Değerler	Ort±SS
Hastalık Süresi	1-204 ay	47,6±42,1
	Sayı (n)	%
<u>Başka Bir Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu</u>		
Var	109	89,3
Yok	13	10,7
<u>Diabetes Mellitus Hastalığı Olma Durumu</u>		
Var	74	60,9
Yok	48	39,1
<u>Hipertansiyon Hastalığı Olma Durumu</u>		
Var	83	68
Yok	39	32
<u>Hiperlipidemi Yüksekliği Olma Durumu</u>		
Var	33	27
Yok	89	73
<u>Tedavi Türü Süresi</u>		
Tıbbi Tedavi	60	49,6
Cerrahi Tedavi	20	16,5
Her İki Tedaviyi Alan	42	33,9
<u>Şikayet Türleri</u>		
Ağrı ve Yürürken Topallama	41	33,6
Ayakta ve bacakta şişme, ısı artışı, uyuşma, soğukluk hissi ve morarma	12	9,8
Her iki şikayetide olan	69	56,6
<u>Hareket Kısıtlılığı</u>		
Var	117	95,9
Yok	5	4,1
<u>Sigara İçme</u>		
İçiyor	49	40,2
İçmiyor	8	6,6
İçiyormuş Bırakmış	65	53,2
<u>Alkol İçme</u>		
İçiyor	13	10,7
İçmiyor	97	79,4
İçiyormuş Bırakmış	12	9,9
Toplam	122	100

* Frekans sayı ve yüzde yapılmıştır.

Periferik arter hastalığı olan bireylerin hastalığa bağlı durumları incelendiğinde; PAH olan bireylerin hastalık süresi 1-204 ay aralığında olduğu ve ortalaması 47,6±42,1'dir. PAH olan bireyler %89,3'ü başka bir kronik hastalığa sahip olduğunu ifade etmişlerdir. Periferik arter hastalığı olan bireylerin %60,9'unda diabetes mellitus, %68'inde hipertansiyon, %27'sinde hiperlipideminin eşlik ettiği belirlenmiştir. Çalışma kapsamındaki bireylerin %40,2'sinin sigara içtiği ve %10,7'sinin alkol içtiği belirlenmiştir, %30,3 'ü 1 yıldan az süredir periferik arter

hastalığına sahip olduğunu, %49,6'sı tıbbi tedavi aldığını, %66,4'ü üç ve daha fazla şikayetin bulunduğunu, %95,9'u periferik arter hastalığından dolayı hareket kısıtlılığı yaşadığını ifade etmişlerdir (Tablo 4.1.2).



2. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Beck Depresyon ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 4.1.3. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı (n=122)

Beck Depresyon Ölçeği Puanları	Sayı	%
1-10: Ruhsal durumlardaki iniş ve çıkışlar normal	12	9,8
11-16:Orta derecede duygu durum bozukluğu	24	19,7
17-20: Klinik olarak depresyon	17	13,9
21-30:Orta düzeyde depresyon	59	48,4
31-40:Ciddi düzeyde depresyon	9	7,4
41-63:Ağır depresyon	1	0,8

Periferik arter hastalığı olan bireylerin depresyon düzeyleri incelendiğinde; %9,8'inde ruhsal durumlardaki iniş ve çıkışlar normal, %19,7'sinde orta derecede duygu durum bozukluğu, %13,9'unda klinik olarak depresyon, %48,4'ünde orta düzeyde depresyon, %7,4'ünde ciddi düzeyde depresyon,%0,8'inde ağır depresyon olduğu saptanmıştır. Periferik arter hastalığı olan bireylerin 70,5'i 17 ve üzerinde puan almış, klinik açıdan tedavisinin gerekli olduğu saptanmış ve %0,8'si bir psikiyatriste yönlendirilerek izlemeye alınmıştır (Tablo 4.1.3).

Tablo 4.1.4. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamaları (n=122)

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği	n	Ort±SS	Alınan Alt ve Üst Değerler
Cinsel açıdan istekli olma	122	4,26±0,85	1-6
Cinsel açıdan uyarılma	122	4,59±0,88	1-6
Cinsel organın ıslanma/sertleşme durumu	122	4,66±0,80	2-6
Orgazm durumu	122	4,61±0,84	1-6
Orgazm tatmini	122	4,57±0,89	1-6
Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Kadın)	13	23,23±3,96	15-30
Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Erkek)	109	22,64±3,77	8-30
Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinin Toplam Ölçek Puanı	122	22,70±3,78	8-30

Periferik arter hastalığı olan bireylerin ACYÖ puan ortalamaları incelendiğinde; kadınların ACYÖ toplam ölçek puanı (23,23±3,96), erkeklerin ACYÖ toplam ölçek puanına (22,64±3,77) göre daha fazla bulunmuştur. Bu sonuca göre periferik arter hastalığı tanısı alan kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun olduğunu söyleyebiliriz. ACYÖ alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde; cinsel organın ıslanma/sertleşme durumu en fazla (4,66±0,80) bulunmuştur. ACYÖ diğer alt boyutlarının puan ortalamaları çoktan aza doğru sırasıyla; orgazm durumu (4,61±0,84), cinsel açıdan uyarılma (4,59±0,88), orgazm tatmini (4,57±0,89), cinsel açıdan istekli olma durumu (4,26±0,85) bulunmuştur. ACYÖ'nün toplam ölçek puanı ortalaması (22,70±3,78) bulunmuştur (Tablo 4.1.4).

3. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Arizona Cinsel Yaşantılar ve Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları İle Sosyo-Demografik ve Hastalığa Bağlı Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.1.5. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=122)

Değişkenler	n	Cinsel açıdan istekli Ort±Ss	Cinsel açıdan uyarılma Ort±Ss	Cinsel organın ıslanma/ sertleşme durumu Ort±Ss	Orgazm durumu Ort±Ss	Orgazm tatmini Ort±Ss	ACYÖ Toplan Ölçek Puanı Ort±Ss
Cinsiyet							
Kadın	13	4,62±0,87	4,77±0,93	4,77±0,93	4,54±0,96	4,54±1,05	23,23±3,96
Erkek	109	4,22±0,84	4,57±0,88	4,65±0,79	4,62±0,84	4,58±0,87	22,64±3,77
p		0,11	0,44	0,62	0,73	0,88	0,6
Yaş							
40-59 Yaş	49	4,35±0,80	4,59±0,93	4,65±0,83	4,57±0,89	4,57±0,89	22,73±3,86
60 Yaş ve üstü	73	4,21±0,81	4,59±0,63	4,67±0,80	4,64±0,82	4,58±0,89	22,68±3,74
p		0,37	0,98	0,9	0,64	0,98	0,94
Eğitim Durumu							
Okur yazar	5	4,80±0,84	4,40±0,89	4,40±0,89	4,60±0,89	4,6±0,89	22,8±2,96
İlköğretim	78	4,19±0,91	4,55±0,98	4,62±0,89	4,58±0,64	4,5±0,99	22,44±4,28
Lise	34	4,32±0,68	4,68±0,73	4,76±0,61	4,68±0,64	4,74±0,66	23,18±2,74
Üniversite	5	4,40±0,89	4,80±0,45	5±0,71	4,80±0,45	4,6±0,55	23,6±2,19
p		0,42	0,81	0,54	0,9	0,65	0,76
Mesleki Durumu							
Ev hanımı	7	4,29±0,95	4,29±0,95	4,29±0,95	4±1	4±1	20,85±3,57
İşçi	8	3,88±0,99	4,38±1,06	4,25±1,16	4,25±1,16	4,25±1,16	21±5,424
Memur	3	5±1	5±0	5,33±0,57	5±0	4,67±0,57	25±1
Serbest Meslek	12	4,25±1,22	4±1,651	4,5±0,71	4,58±0,99	4,5±1	21,83±5,35
Emekli	92	4,27±0,78	4,71±0,68	4,74±0,71	4,69±0,78	4,67±0,83	23,03±3,39
p		0,55	0,03	0,18	0,21	0,14	0,22
Gelir Durumu							
Gelir Giderden Fazla	3	4,67±0,58	4,33±1,15	4,33±1,15	4,67±0,57	4,67±0,57	22,66±4,04
Gelir Gidere Denk	92	4,29±0,83	4,66±0,80	4,77±0,66	4,71±0,77	4,68±0,81	23,12±3,45
Gelir Giderden Az	27	4,11±0,93	4,37±1,11	4,33±1,10	4,30±1,03	4,19±1,07	21,29±4,53
p		0,44	0,29	0,04	0,09	0,04	0,09

*p<0,05

Tablo 4.1.5'te periferik arter hastalığı olan bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile ACYÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre, ortalamalar arasındaki farkın önem

kontrolü testi (t testi) ile yapılan istatistiksel analizde, periferik arter hastalığı olan kadınların cinsel açıdan istekli olma, cinsel açıdan uyarılma, cinsel organın ıslanma/sertleşme durumu ve ACYÖ toplam ölçek puanı erkeklere göre daha yüksek olup, arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Periferik arter hastalığı olan bireylerin yaş kategorileri ile ACYÖ alt ölçek ve ACYÖ toplam ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Periferik arter hastalığı olan bireylerin eğitim durumları ile ACYÖ alt ölçek ve ACYÖ toplam ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Periferik arter hastalığı olan bireylerin mesleki durumları ile ACYÖ alt ölçek ve ACYÖ toplam ölçek puanları incelendiğinde; memur olan periferik arter hastalarının ACYÖ cinsel açıdan uyarılma alt ölçek puan ortalamasının diğer mesleklere göre daha yüksek puanda olduğu ve bunun $p=0,03$ düzeyinde anlamlı olduğu saptanmıştır. Post-Hoc Tukey Testine göre mesleki durum ile cinsel açıdan uyarılma alt ölçek puanı arasındaki anlamlı farklılık; 'emekli' ile 'memur'dan kaynaklanmaktadır.

Periferik arter hastalığı olan bireylerin ekonomik durumları ile ACYÖ alt ölçek ve ACYÖ toplam ölçek puanları incelendiğinde; gelir gideri denk olan periferik arter hastalarının cinsel organın ıslanma/sertleşme durumu ve orgazm tatmini alt ölçek puan ortalamaları geliri giderinden az olan bireylere göre daha yüksek puan aldıkları ve bunun $p=0,04$ düzeyinde anlamlı olduğu saptanmıştır. Post Hoc Testine göre ekonomik durum ile cinsel organın ıslanma/sertleşme durumu ve orgazm tatmini alt ölçek puanı arasındaki anlamlı farklılık; 'gelir gidere denk' ile 'gelir giderden az' olma durumundan kaynaklanmaktadır.

Tablo 4.1.6. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığa Bağlı Özelliklerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=122)

Değişkenler	n	Cinsel açıdan istekli Ort±Ss	Cinsel açıdan uyarılma Ort±Ss	Cinsel organın ıslanma/ sertleşme durumu Ort±Ss	Orgazm durumu Ort±Ss	Orgazm tatmini Ort±Ss	ACYÖ Toplan Ölçek Puanı Ort±Ss
İlave Kronik Hastalık							
DM var	74	4,46±0,83	4,77±0,73	4,86±0,62	4,78±0,66	4,76±0,71	23,63±3,07
DM yok	48	3,96±0,79	4,31±1,03	4,35±0,95	4,35±1,02	4,29±1,05	21,27±4,31
p		0,001	0,009	0,002	0,012	0,009	0,002
HT var	83	4,36±0,82	4,67±0,79	4,76±0,70	4,66±0,85	4,65±0,87	23,10±3,60
HT yok	39	4,05±0,88	4,41±1,04	4,46±0,96	4,51±0,82	4,41±0,91	21,84±4,04
p		0,060	0,166	0,092	0,365	0,165	0,085
HL var	33	4,39±0,78	4,73±0,67	4,82±0,58	4,79±0,54	4,73±0,57	23,45±2,57
HL yok	89	4,21±0,87	4,54±0,95	4,61±0,87	4,55±0,92	4,52±0,97	22,52±4,11
p		0,300	0,229	0,128	0,086	0,147	0,104
Hastalık Süresi							
1-12 ay	26	3,96±0,99	4,38±1,02	4,54±0,85	4,42±1,13	4,42±1,17	21,73±4,64
13-204 ay	96	4,34±0,79	4,65±0,84	4,70±0,79	4,67±0,74	4,61±0,80	22,96±3,49
p		0,042	0,185	0,375	0,31	0,438	0,139
Sigara İçme							
İçiyor	49	4,12±0,83	4,51±1,02	4,55±0,98	4,53±0,98	4,53±0,98	22,24±3,89
İçmiyor	8	4,13±1,12	4,75±0,88	4,88±0,64	4,63±0,91	4,63±0,91	23,00±3,24
Bırakmış	65	4,38±0,82	4,63±0,78	4,72±0,67	4,68±0,73	4,60±0,82	23,01±3,78
p		0,23	0,67	0,40	0,66	0,90	0,54
Alkol İçme							
İçiyor	13	4,15±1,34	4,38±1,04	4,31±1,31	4,08±1,44	3,85±1,46	20,76±6,16
İçmiyor	97	4,22±0,77	4,58±0,89	4,68±0,74	4,65±0,75	4,63±0,78	22,75±3,41
Bırakmış	12	4,75±0,75	4,83±0,71	4,92±0,51	4,92±0,51	4,92±0,51	24,33±2,77
p		0,11	0,45	0,15	0,03	0,04	0,59

*p<0,05

Tablo 4.1.6’te periferik arter hastalığı olan bireylerin hastalığa bağlı özellikleri ile ACYÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. PAH olan ve ilaveten DM olan bireylerin ACYÖ alt ölçekleri ve ACYÖ toplam ölçek puan ortalamaları PAH olan ve ilaveten DM olmayan bireylere göre daha yüksek puan aldıkları ve bunun sırasıyla p=0,001, p=0,009, p=0,002, p=0,012, p=0,009, p=0,002 düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır. PAH olan ve ilaveten HT ve HL’nin olan bireylerin ACYÖ alt ölçeği ve ACYÖ toplam puan ortalamalarının HT ve HL’ nin olmayanlara göre puan ortalamaları daha yüksek olup, arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır.

PAH olan bireylerin hastalık süreleri ile ACYÖ alt ölçekleri ve ACYÖ toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. PAH olan bireylerin sigara içme durumları ile ACYÖ alt ölçekleri ve ACYÖ toplam ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

PAH olan bireylerin alkol içme durumları ile ACYÖ alt ölçekleri ve ACYÖ toplam ölçek puanları incelendiğinde; alkolü bırakmış olan PAH olan bireylerin ACYÖ orgazm durumu ve orgazm tatmini alt ölçek puan ortalamaları alkol içen PAH olan bireylere göre daha yüksek puan aldıkları ve bunun sırasıyla $p=0,03$, $p=0,04$ düzeyinde anlamlı olduğu saptanmıştır. Post-Hoc Tukey Testine göre alkol içme durumu ile orgazm durumu ve orgazm tatmini alt ölçek puanları arasındaki anlamlı farklılık; 'alkol içiyor' ile 'alkolü bırakmış' olan gruplardan kaynaklanmaktadır.



Tablo 4.1.7. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=122)

Beck Depresyon Toplam Ölçek Puanı		
Değişkenler	n	Ort. ± Ss
Cinsiyet		
Kadın	13	21,46±7,85
Erkek	109	20,76±7,29
p		0,75
Yaş		
40-59 Yaş	49	19,53±8,01
60 Yaş ve üstü	73	21,71±6,74
p		0,12
Eğitim Durumu		
Okur yazar	5	20,8±12,27
İlköğretim	78	20,89±7,92
Lise	34	21,38±4,99
Üniversite	5	16,2±5,71
p		0,54
Mesleki Durumu		
Ev hanımı	7	17,28±6,15
İşçi	8	20,75±6,81
Memur	3	17±6,08
Serbest Meslek	12	23±9,89
Emekli	92	20,95±7,11
p		0,48
Gelir Durumu		
Gelir Giderden Fazla	3	21±5
Gelir Gidere Denk	92	21,02±7,40
Gelir Giderden Az	27	20,18±7,43
p		0,87

Tablo 4.1.7’da periferik arter hastalığı olan bireylerin hastalığa bağlı özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Periferik arter hastalığı olan kadınların, Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek olup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Periferik arter hastalığı olan 60 yaş ve üzeri bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının, 40 ile 59 yaş arasındaki bireylere göre daha yüksek olup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Periferik arter hastalığı olan lise mezunu bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının, üniversite mezunu olan bireylerin puan ortalamalarına göre daha yüksek olup; arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Serbest meslek sahibi periferik arter hastalığı olan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının, ev hanımı olan bireylerin puan ortalamalarına göre daha yüksek olup, arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Periferik arter hastalığı olan geliri giderinden fazla olan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının, geliri giderinden az olan bireylere göre daha yüksek olduğu ve arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).



Tablo 4.1.8. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığa Bağlı Özelliklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=122)

Beck Depresyon Toplam Ölçek Puanı		
Değişkenler	n	Ort. ± Ss
İlave Kronik Hastalık		
DM var	74	20,56±7,57
DM yok	48	21,25±6,97
p		0,61
HT var	83	20,83±7,60
HT yok	39	20,84±6,78
p		0,99
HL var	33	19,84±6,07
HL yok	89	21,20±7,73
p		0,36
Hastalık Süresi		
1-12 ay	26	23,26±6,14
13-204 ay	96	20,17±7,50
p		0,56
Sigara İçme		
İçiyor	49	21,89±6,25
İçmiyor	8	22,50±8,08
Bırakmış	65	19,83±7,92
p		0,26
Alkol İçme		
İçiyor	13	21,84±9,87
İçmiyor	97	20,65±6,79
Bırakmış	12	20,91±9,12
p		0,86

Tablo 4.1.8’da periferik arter hastalığı olan bireylerin hastalığa bağlı özellikleri ile Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. PAH ve ilaveten (DM, HT, HL) hastalığı olmayan bireylerin Beck Depresyon toplam ölçek puanı, ilaveten (DM, HT, HL) hastalığı olan bireylere göre Beck Depresyon toplam ölçek puanı yüksek olup, istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Hastalık süreleri 1-12 ay arasında olan bireylerin, Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının hastalık süreleri 13-204 ay arasında olan bireylere göre daha yüksek olup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

PAH olan bireylerin sigara içme ile Beck Depresyon toplam ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

PAH olan bireylerin alkol içme durumları ile Beck Depresyon toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

4. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Beck Depresyon ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Tablo 4.1.9. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Beck Depresyon Ölçeği İle Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Arasındaki İlişki

		Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği	Beck Depresyon Ölçeği
Beck Depresyon Ölçeği	r	0,12	
	p	0,59	
Yaş	r	0,235	- 0,067
	p	0,009	0,463
Hastalık Süresi	r	0,16	-0,158
	p	0,86	0,082

* p<0.005

Periferik arter hastalığı olan bireylerin BDÖ toplam ölçek puanı ile ACYÖ alt ölçek ve toplam ölçek puanlarının birbirleriyle korelasyonu tablo 4.1.9'da verilmiştir. Tablo 4.1.9 genel olarak incelendiğinde, yaş ile ACYÖ'ü toplam puanı arasında pozitif yönde, düşük şiddetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,067$; $p<0,009$). Bu sonuca göre PAH olan bireylerin yaşları arttıkça cinsel işlev bozukluğunda artma olduğu söylenebilir. Periferik arter hastalığı olan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.1.9).

4.2.TARTIŞMA

Bu çalışmada periferik arter hastalığı olan bireylerin cinsel sorunları ile depresyon durumları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar üç başlık altında literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

1. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması
2. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Beck Depresyon ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeklerinin Sosyo-Demografik Özellikler ve Hastalığa Bağlı Durumları İle İlgili Bulguların Tartışılması
3. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Beck Depresyon ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Arasındaki İlişkiyle İlgili Bulguların Tartışılması

4.2.1.Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Periferik arter hastalığı yaşla beraber prevalans ve insidansı artan bir hastalıktır. Araştırmamızda çalışmaya katılan bireylerin %59,8'i 60 yaş ve üzerindedir. PAH yaş ortalaması ise $60,7 \pm 8,51$ 'dir. Amerikan Kalp Derneği, periferik arter hastalığının Amerika Birleşik Devletleri'nde 40 yaş üzerindeki 8 milyon bireyi ve 65 yaşın üzerindeki bireylerin ise %12-20'sini etkilediğini belirtmektedir [5]. Karabay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yaş ilerledikçe PAH sıklığında artış olduğu bildirilmektedir [2]. Bu çalışmadaki PAH tanılı bireylerin yaş ortalamasının 80,7 olması literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir.

Periferik arter hastalığına ait risk faktörleri koroner arter hastalığı etyolojisindeki risk faktörleri ile benzerdir ve aterosklerotik hastalık tipik risk faktörlerinden biridir. Bu risk faktörlerinin başlıcaları yaş, cinsiyet, dislipidemi, hipertansiyon, diabetes mellitus ve sigara içiciliğidir. Bu çalışmada PAH olan bireylerin %89,3'ü erkektir. Yapılan çalışmalarda periferik arter hastalığının daha çok erkeklerde görüldüğü saptanmıştır [74-75]. Karabay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, periferik arter hastalığının yaygınlığı kadınlarda %17,20 erkeklerde %25,88 olarak bildirilmektedir [2]. Çalışmamız literatür ile yaş ve cinsiyet açısından paralellik göstermektedir.

Sigara içmek alt ekstremitte PAH için güçlü bir risk faktörü gibi görülmektedir ve birçok araştırmada kladikasyona sahip hastaların bir dönem sigara içicisi olduğu ortaya konmuştur. Bu

çalışmada periferik arter hastalığı olan bireylerin %53,3'ünün sigarayı bırakmış olduğu saptandı.

Alzamora ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, sigara içenlerle içmeyenler arasındaki periferik damar hastalığı riski 4 kat fazla olarak bulunmuştur. Aktif sigara içenlerde bırakmış olanlara daha riskli bulunmuştur [76]. Çalışmamız literatür ile paralellik göstermektedir.

Periferik arter hastalığı için en güçlü risk faktörlerinde biri de diabetes mellitusdur (DM) DM, DM'si olmayanlara göre daha şiddetli ve daha yaygın olan PAH ile de ilişkili olan bir hastalıktır [77]. Bu çalışmada periferik arter hastalığı olan bireylerin %60,9'unda DM bulunmuştur. Batılı ülkelerde DM, PAH'ın gelişimine ve ilerlemesine giderek artan bir katkı sağladığı ve PAH'si olan hastaların %20-30'unda DM olduğu bildirilmiştir [78]. Araştırma sonucumuz literatürdeki bu bilgilerle uyumludur.

Hipertansiyon, periferik arter hastalığının gelişiminde önemli bir kardiyovasküler risk faktörüdür. PAH'li hastaların %55'inde mevcuttur. Hipertansiyon, PAH saptanan hastalarda kardiyovasküler hastalık komplikasyonları ve mortalite riskinde artırmaktadır. Bu çalışmada PAH olan bireylerin %68'inde hipertansiyon, %27'inde hiperlipideminin eşlik ettiği bulunmuştur. Singer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hipertansif hastaların %5'inde periferik arter hastalığının klinik bulgularına sahip olduğu bildirilmiştir ve hipertansiyona bağlı PAH'de yaşla ilişkili belirgin bir artış görülmüştür [79]. Bozkurt'un yaptığı çalışmada; periferik arter hastalığı olan bireylerin %88,7'sinde hipertansiyon, %65,5'inde dislipidemi olduğu bildirilmektedir. Periferik arter hastalığı ile ilişkili olabilecek yakınma veya bulgu, hastaların 1/3'ünde saptanmıştır [80]. Araştırma sonucumuz literatürdeki bu bilgilerle uyumludur.

4.2.2.Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Beck Depresyon ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeklerinin Sosyo-Demografik ve Hastalığa Bağlı Özelliklerle Karşılaştırılması İle İlgili Bulguların Tartışılması

Periferik arter hastalığı olan bireyler klotikasyon, iskemik istirahat ağrısı, iskemik ülserler, tekrarlı yatışlar, revaskülarizasyon ve ekstremitte kaybı gibi birçok problem yaşayabilir [3]. Bu durum bireylerin yaşam kalitesinin düşmesine ve depresyonun artmasına neden olabilir [81]. Bu çalışmada PAH olan bireylerin yarıdan fazlasının depresyon yaşadığı ve klinik açıdan depresyon tedavisinin gerekli olduğu ve PAH olan bireylerin neredeyse hepsinin (%95,9) hareket kısıtlılığı yaşadığı ve %33,6'sında ağrı ve aralıklı topallama (klodikasyon) şikayetinin olduğu bulunmuştur. Çalışmaya katılan periferik arter hastalığı olan kadınların Beck depresyon

ölçeği puan ortalamalarının erkekler göre daha yüksek olduğu, arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Yapılan bazı araştırmalar da periferik arter hastalığı olan bireylerin periferik arter hastalığı olmayan bireylere göre depresyon prevalansının daha yüksek olduğu bildirilmektedir [55,82,83]. Smolderan ve arkadaşları daha önce PAH'si olan 166 hastada depresyon sıklığının %16 olduğunu bildirmektedir. Ayrıca depresyonu olan periferik arter hastalığı olan bireylerin depresyonu olmayan bireylerden daha kötü yürüme performansına sahip olduğunu ve PAH olan bireylerin çoğunda depresif belirtilerin olmadığı (%58), ancak subklinik (%27) veya klinik olarak en belirgin (%15) depresif belirtiler gösteren kalıcı grup olduğu bildirilmiştir. Depresyonun periferik arter hastalığı olan bireylerin önemli bir kısmında mevcut olduğu bildirilmektedir [82].

Gottlieb ve arkadaşlarının yaptığı kalp yetmezliği hastalarında yaş, cinsiyet ve ırk etkisi çalışmasında, lise mezunu bireylerin beck depresyon ölçeğine göre depresyon prevalansını %37,3 üniversite mezunu bireylerde %6,7 olduğunu bildirilmiştir [84]. Bizim çalışmamızda ise periferik arter hastalığı olan lise mezunu bireylerin Beck depresyon ölçeği puan ortalamalarının üniversite mezunu olan bireylerin puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamız literatür ile paralellik göstermektedir.

Periferik arter hastalığı olup geliri giderinden fazla olan bireylerin Beck depresyon ölçeği puan ortalamalarının geliri giderinden az olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Geliri giderinden fazla olan bireylerin sayılarının az oluşu nedeniyle homojen dağılım göstermediğinden anlamlı değerlendirme olmadığı düşünülmektedir.

Bu çalışma da periferik arter hastalığı olan kadınların cinsel açıdan istekli olma, cinsel açıdan uyarılma, cinsel organın ıslanma/sertleşme durumu ve ACYÖ toplam ölçek puanı erkekler göre daha yüksek olup, arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Blumentals ve arkadaşlarının periferik arter hastalarında erektil disfonksiyon ile ilgili yaptığı çalışmada, erektil disfonksiyon tanısı alan hastalarda ilerleyen yaşla beraber PAH da risk artışının olduğu bildirilmektedir [85]. Addis ve arkadaşlarının, 2005 yılında yaptığı çalışmada kalp rahatsızlığı olan 2763 postmenopozal kadının cinsel aktivitesini araştırmıştır [86]. Cinsel işlev bozukluğunun; cinsel yönden aktif 1.091 kişide yaygın olduğu tespit edilmiş olup, toplamda, 140 (%13) en az bir cinsel şikâyet (örneğin, ilgi eksikliği, gevşeme yetersizliği, uyarılma veya orgazm veya cinsel rahatsızlık verme güçlüğü) ve 570'inin (%52) iki veya daha fazla cinsel sorun yaşadığını bildirmiştir. Araştırma sonucumuz literatürdeki bu bilgilerle uyumludur.

Endokrin değişiklikler, çeşitli ilaçlar (örneğin, antihipertansifler), genel tıbbi durum, aile içi sosyal rollerdeki değişimler, psikososyal faktörler ve depresyon, çeşitli oranlarda cinsel işlevleri bozar. Diabetes mellitus, bir yandan cinsel işlevler üzerinde organik açıdan olumsuz

etkilerde bulunurken, bir yandan da, beden imajında değişiklikler, bağımlılık, çekiciliğin yitirilmesi gibi endişelerle cinsel işlev bozukluklarına neden olurlar [87].

Araştırmamızda PAH olan HT ve HL'nin eşlik ettiği bireylerde ACYÖ alt ölçekleri ile ACYÖ toplam ölçek puanı yüksek saptanmıştır. Ayrıca PAH olan bireylerde DM'nin var olması ve olmaması durumları arasında ACYÖ alt ölçekleri ile ACYÖ toplam ölçekleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. DM'si olan bireylerin daha fazla cinsel sorun yaşadığı saptanmıştır. Polonsky ve arkadaşlarının PAH ile sertleşme gücü arasındaki ilişki çalışmasında PAH olan bireylerde DM, HT, HL'nin eşlik ettiği bireylerde sertleşme gücü yaşadığı saptanmıştır [22]. Araştırma sonucumuz literatürdeki bu bilgilerle uyumludur.

Sigara cinsel işlev bozukluğuna neden olan değiştirilebilir en önemli risk faktörlerindendir. Araştırmamızda PAH olan sigara içen, içmeyen ve bırakmış olan bireyler ile ACYÖ alt ölçekleri ve toplam ACYÖ puanları arasında anlamlı farklılıklar oluşmamaktadır. Polonsky ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada PAH olan bireylerde sigara kullananlarda sertleşme gücü sorunu yaşadıklarını bildirmiştir [22]. Araştırmamızda alkol içme durumları ile cinsel sorunlarını incelediğimizde orgazm durumu ve orgazm tatmini ACYÖ alt ölçeklerinde anlamlı farklar olduğu ve bu farkın alkol içenler ile bırakanlar arasında olduğu saptanmıştır. Alkol alımı ile birlikte cinsel istek ve cinsel hazzın artacağı yönünde güçlü beklentileri olan kişilerde cinsel deneyim ve cinsel yaşantıların olumlu sonuçları görülebilir. Yüksek miktardaki alkol sertleşme güçlüklerine, alkolün sürekli kullanımı da ereksiyon bozukluğuna neden olur [88].

Araştırmamızda PAH olan bireylerde DM, HT, HL var olması ve olmaması durumu arasında Beck Depresyon Ölçek puanları birbirine yakın sonuçlar bulunmuştur. Grenon arkadaşlarının yaptığı PAH ve depresyon arasındaki ilişki çalışmasında PAH olan ve DM ve HL'nin eşlik ettiği bireylerin, depresyon düzeyi daha yüksek bulunmuştur [89]. Brown ve arkadaşları büyük bir popülasyonu kapsayan kohort çalışmasında; kişilerde başlangıç aşamasında depresyona yatkınlık ve eşlik eden somatik bozukluk olmadığı sürece sadece DM'nin depresyon riskini artırmadığını; artrit, şok ve periferik arter hastalıklarının eşlik ettiği grupta depresyon insidansında artış olduğunu gözlemlemişlerdir [90]. Cherry ve arkadaşlarının yaptığı çalışmasında PAH olan DM, HT, HL eşlik eden bireylerde depresyon bulunma ve bulunmaması durumu birbirine yakın sonuçlar vermiştir [91]. Araştırma bulgumuz literatür bilgisiyle bazı çalışmalarla uyumlu bazı çalışmalarla uyumlu değildir.

Araştırmamızda PAH olan bireylerde sigara içme durumu ile depresyon ortalamasında yakın sonuçlar bulunmuştur, anlamlı farklılık yoktur. Cherry ve arkadaşlarını yaptığı çalışmada sigara hiç içmeyenlerle, içenlerde depresyon düzeyi daha yüksek olduğunu bildirmiştir [91]. Araştırmamızda PAH olan bireylerde alkol içme durumu ile depresyon ortalamaları arasında alkol içen bireylerde depresyon puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Grenon ve

arkadaşlarının yaptığı çalışmada PAH olan depresyonu olmayan bireylerde alkol kullanımı daha yüksek olduğu bildirilmiştir [89]. Araştırma sonucumuz literatürdeki bu bilgilerle uyumlu değildir. Bu durum araştırma sonuçlarının birbirine yakın çıkmasından dolayı kaynaklandığı düşünülmektedir.

4.2.3. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Beck Depresyon ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Arasındaki İlişkiyle İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda PAH olan bireylerin yaş ile ACYÖ'ü toplam puanı arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Yaş arttıkça cinsel işlev bozukluğunda artma olduğu söylenebilir. Bu çalışma da periferik arter hastalığı olan bireylerin depresyon şiddeti ile cinsel sorunları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Periferik arter hastalarında depresif belirtiler ve cinsel sorunlarının araştırıldığı çalışma olmaması nedeniyle aynı risk grubuna sahip (diabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi, sigara) koroner arter hastalarında (KAH) yapılmış olan depresif belirtiler ve cinsel sorunlarının araştırıldığı çalışmalar değerlendirilmiştir. Hoffman ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kardiyovasküler hastalığı olan erkeklerde depresyon şiddeti ve erektil disfonksiyon arasında bir ilişkinin olmadığı bildirilmektedir. Depresyonun ED'yi etkileyebileceğini, ancak depresyonun ED'e katkıda bulunmadığını belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada yaş arttıkça bireylerde cinsel işlev bozukluğunda artma olduğu bildirilmiştir [92].

Lemoge ve arkadaşları KAH'li 85 erkek arasında ED ve depresif ruh hali arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Hastaların %57,6'sında anlamlı ED olduğu, yaş ve depresif belirtiler erkek ve kadın hastalarda cinsel işlev bozukluğunu öngörmektedir [93].

Kriston ve arkadaşlarının yaşları 55-69 arasında değişen 493 KAH'lı (395 erkek, 98 kadın) cinsel bozukluk ve depresif belirtilerin prevalansını araştırdıkları çalışmada erkeklerin %20,3'ünde ED, %43,1'inde ise cinsel işlev bozukluğunun olduğunu belirlemişlerdir. Orta düzeyde depresif belirtiler erkeklerin %16,5'inde, kadınların ise %14,4'ünde olduğunu belirtmektedir [94].

Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada depresyon hastalarında cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı kontrol grubundan iki kat fazla bulunmuştur [95]. Reynaert ve arkadaşları depresyon ile cinsel işlev bozuklukları arasında güçlü bir bağ olduğunu ve belirli antidepresanların cinsel işlevi olumsuz etkileyecek yan etkileri olduğunu bildirmiştir [96]. Araştırma sonucumuz literatürdeki yaş ve cinsel işlev bozukluğu ile uyum göstermektedir.

5.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

5.1.Sonuçlar

Periferik arter hastalığı olan bireylerin depresyon şiddeti ile cinsel sorunları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen veriler incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Periferik arter hastalığı olan bireylerin %89,3'ünün erkek ve %59,8'inin 60 yaş ve üzeri olduğu,
- Periferik arter hastalığı olan bireylerin %63,9'ünün ilköğretim mezunu, %74,6'sının emekli, %2,5'inin ise memur olduğu,
- Periferik arter hastalığı olan bireylerin %60,9'unun diabetes mellitus, %68'inde hipertansiyon, %27'sinde hiperlipideminin eşlik ettiği,
- Periferik arter hastalığı olan bireylerin %30,3'ünün bir yıldan az zamandır hastalığa sahip olduğu, %56,6'sının ağrı, yürürken topallama ve morarma şeklinde her iki şikayetinde bulunduğu, %95,9'unda periferik arter hastalığından dolayı hareket kısıtlılığı yaşadığı,
- Periferik arter hastalığı olan bireylerin %48,4'ün de orta düzeyde depresyon olduğu,
- Mesleği memur olan bireylerin cinsel açıdan uyarılma sorununun anlamlı olarak daha fazla olduğu,
- Geliri giderine denk olan bireylerin cinsel organının ıslanma/sertleşme ve orgazm tatmini sorununu anlamlı olarak daha fazla yaşadıkları,
- Periferik arter hastalığı olup ilaveten Diabetes Mellitus'u olan bireylerin cinsel sorunlarının olduğu,
- Periferik arter hastalığı alkol'ü bırakan bireylerde orgazm durumu ve orgazm tatmini sorunu yaşadığı,
- Periferik arter hastalığı olan bireylerin yaşları arttıkça cinsel açıdan istekli olma durumu, cinsel açıdan uyarılma, cinsel organın ıslanma/sertleşme durumu, orgazm durumu ve orgazm tatmini arasında ilişki olduğu,
- Periferik arter hastalığı olan bireylerin depresyon düzeyleri ile cinsel sorunları arasında anlamlı ilişkinin olmadığı saptanmıştır.

5.2. Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- Periferik arter hastalığı olan depresyon sorunu yaşayan bireylerin (kadınlar, lise mezunu olanlar, serbest mesleği olanlar ve geliri giderinden fazla olan bireyler) psikiyatri hemşireleri ve kalp damar cerrahisi kliniklerinde çalışan hemşireler olmak üzere sağlık ekibinin diğer üyeleri tarafından cinsel sorunlar ve ruhsal durumları yönünden düzenli olarak takip edilmesi,
- Periferik arter hastalığı olan bireylerin cinsel sorunlarını değerlendirebilmek için cinsel yaşantılarına ilişkin öykülerinin alınması ve hemşirelik bakım planında ele alınması,
- Periferik arter hastalığı olan bireylerin ilave kronik hastalık olması durumunda gelişebilecek depresyon ve cinsel sorunları yönünden takip edilmesi ve erken tedaviye katkı sağlaması,
- Periferik arter hastalığı olan bireyler (hastalığın yönetimi, yaşayabilecekleri ruhsal, cinsel sorunlar) konularında hasta eğitimlerinin yapılması,
- Periferik arter hastalığı olan bireylerin yaşayabilecekleri ruhsal ve cinsel sorunlar ve bunlarla baş etme konusundaki bilgilendirmede basın ve medyanın kullanılması,
- Periferik arter hastalığı olan bireylerin yaşadığı güçlüklerin belirlenmesine yönelik kalitatif çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- [1]. Fowkes, F.G.; Rudan, D., Rudan I., Aboyans, V., Denenberg, J.O., McDermott, M.M., Norman, P.E., Sampson, U.K., Williams, L.J., Mensah, G.A., Criqui, M.H., Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis. *The Lancet* **2013**,382,1329–1340.
- [2]. Karabay, Ö.; Karaçelik, .M, Yılık, L., Tekin, N., İriz, A.B., Kumdereli, S., Gürbüz, A., Çalkavur, T., İskemik periferik arter hastalığı: Bir tarama çalışması. *TGKDC dergisi*, **2012**,20(3),450-457.
- [3]. Hirsch, A.T.; Allison, M.A., Gomes, A.S., et al., A call to action: women and peripheral artery disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* **2012**,125,1449-1472.
- [4]. Norgren, L.; Hiatt, W.R., Dormandy, J., A. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASCII). *Journal of Vascular Surgery* **2007**,33,1,Sl-75.
- [5]. Kröger, K.; Stang, A., Kondratieva, J., et al., Prevalence of peripheral arterial disease results of the Heinz Nixdorf recall study. *Eur J Epidemiol* **2006**, 21,279.
- [6]. Crawford, F.; Welch, K., Andras, A., Chappell, F.M., Ankle brachial index for the diagnosis of lower limb peripheral arterial disease. *Cochrane Library* **2016**,9,010680.
- [7]. Tokgözoğlu, L., Ateroskleroz ve inflamasyonun rolü. *Türk Kardiyoloji Dern. Ars.* **2009**, 37,(4),1-6
- [8]. Zanati, S.G.; Mouraria, G.G., Matsubara, L.S., Giannini, M., Matsubara, M., Profile of cardiovascular risk factors and mortality in patients with symptomatic peripheral arterial disease. *Clinics* **2009**,64,(4), 323-326.
- [9]. Teodorescu, V.J.; Vavra, A.K., Kibbe, M.R., Peripheral arterial disease in women. *Journal of Vascular Surgery* **2013**, 57,(4),18S-26S.
- [10]. Barochiner, J.; Aparicio, L.S., Waisman, G.D., Challenges associated with peripheral arterial disease in women. *Vasc Health Risk Manag* **2014**,10,115-128.
- [11]. Grenon, S.M.; Cohen, B.E., Smolderen, K.G., Vittinghoff, E., Whooley, M.A., Hiramoto, J., Peripheral arterial disease, gender, and depression in the Heart and Soul Study. *J Vasc Surg* **2014**,60,(2),396-403.
- [12]. Aronow, W.S., Peripheral arterial disease. *Arch Med Sci* **2007**,62,19-25.
- [13]. Varlı, K.; Çeliker, R., Özen, S., Oren, H., Aypan, Ü., Şahin, A., Oruçkaptan, H.A., Ağrıya Multidisipliner Yaklaşım. *Hacettepe Tıp Dergisi* **2005**,36,(2), 111.
- [14]. Yazıcı, K.; Yazıcı, A., Biçer, A., Tot, Ş., Şahin, G., Buturak, V., Kronik Ağrı Hastalarında Anksiyete ve Depresyonunun Yaşam Kalitesine Etkisi. *Klinik Psikofarmoloji Bülteni* **2003**,13,(2), 72–77.
- [15]. Özdemir, Ü.; Taşçı, S., Kronik Hastalıklar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* **2013**,1,(1),57-72.
- [16]. Akkaya, C., Depresyon etiyolojisinde serotonin ve noradrenalin. *Yeni Symposium* **2005**,43,(3),91-96.
- [17]. McDermott, M.M.; Greenland, P., Guralnik, J.M., et al., Depressive symptoms and lower extremity functioning in men and women with peripheral arterial disease. *J Gen Intern Med.* **2003**, 18,(6),461-467.
- [18]. Smolderen, K.G.; Safley, D.M., House, J.A., Spertus, J.A., Marso, S.P., Percutaneous transluminal angioplasty: association between depressive symptoms and diminished health status benefits. *Vasc Med* **2011**,16,260-266.

- [19].Aksöyek, A.; Canatar,T., Sexuality and Sexual Education. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care* **2015**,9,(2),54-58.
- [20].İncesu, C., Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Klinik Psikiyatri* **2004**,3,3-13.
- [21].Hosenfeld, M.C.; Freund, J.S., Legault, K.MC., et al., Sexual satisfaction and cardiovascular disease: The Women's Health Initiative. *Am J Med* **2008**,121,295-301.
- [22].Polonsky, T.S.; Taillon, L.A., Sheth, H., Min, J.K., Archer, S.L., Ward, R.P.,The association between erectile dysfunction and peripheral arterial disease as determined by screening ankle-brachial index testing. *Atherosclerosis* **2009**,207(2): 440-444.
- [23].Kara, A.; Özçakar, N., Kartal, M., Periferik arter hastalığında yürüme mesafesinin azalması ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nobel Med* **2016**,12,(1),67-73.
- [24].Bozkurt, K., Periferik atardamar hastalıklarının tanı ve tedavi kılavuzları.*Türk Kardiyol Dern Arş*, **2012**, 1.
- [25].Foley, T.R.; Waldo, S.W., Armstrong,E.J., Medical Therapy in Peripheral Artery Disease and Critical Limb Ischemia. *Current Treatment Options in Cardio Med* **2016**,18,42.
- [26].Naomi, M.; Mark,A., Creager Pathophysiology of Intermittent Claudication in Peripheral Artery Disease. *Circulation Journal* **2017**, 81,(3),281-289.
- [27].İftikhar, J.; Kullo, M.D., Thom, W. Rooke, M.D., Peripheral Artery Disease. *N Engl J Med*, **2016**,374,861-871.
- [28].Şatiroğlu, Ö.; Bostan, M., Çiçek, Y., Çetin, M., Bozkurt, E., Periferik Arter Hastalığı Yaygınlığıyla Aterosklerotik Risk Faktörleri Arasında İlişki. *Selçuk Üniv Tıp Derg* **2011**,27,(4),213-218.
- [29].Bozkurt, K., Periferik Arter ve Ven Hastalıkları Tedavi Kılavuzu. *Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği* **2016**,12-21.
- [30].Alan T.;Creager A (Ed). Periferik arter hastalığı (U. Demirkılıç Çev.). Damar Hastalıkları Atlası. 2010,67-83 Ankara: Türkiye Klinikleri.
- [31].Catapano, A.L.; Graham, I., Backer, G.D.; et al., Dislipidemilerin Tedavisine İlişkin 2016 ESC/EAS Kılavuzu, TKD, <http://file.tkd.org.tr/kilavuzlar/ESC/ESC-Dislipidemi-2016.pdf> (20.12.2017).
- [32].Bozdemir,N.; Özcan, S., Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, **2011**,5,(4),37-46.
- [33].Şahin, D., Şimşek, F., Seyisoğlu, H., Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). Cinsel Yaşam ve Sorunları. http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/5/2692011151611bilgilendirme_dosyasi1pdf (17.01.2017).
- [34].Yılmaz, M.; Ozaltın, G., The sexual behaviors of patients receiving peritoneal dialysis treatment. *Sexuality and Disability* **2011**,29, 21-32.
- [35].Altıok, M.; Yılmaz, M., Opinions Of Individuals Who Have Had Myocardial Infaction About Sexuality. *Sexuality and Disability* **2011**,29, 263-273.
- [36].Nicolosi, A.; Laumann, E.O., Glasser, D.B., et al., Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology* **2004**, 64,991-7.
- [37].Çeri, Ö.; Yılmaz, A., Soykan, A. Cinsel İşlev Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-* 2008,Özel Sayı 1.
- [38].Doğan, S., Cinsel İşlev Bozuklukları, Depresyon ve Antidepresanlar. *Journal of Mood Disorders* **2011**,1,(2),81-6.
- [39].İncesu, C., Dsm-5 ve Cinsel İşlev Bozukluklar. *Nöropsikiyatri Arşivi*, **2011**,48(Özel Sayı) 1, 1-6.

- [40]. Mohler, E.R., Peripheral artery disease Identification and Implications. *Arch Intern Med.* **2003**,163,(19),2306-2314.
- [41]. Hackett, G.; Kell, P., Ralph, D., Dean, J., Price, D., Speakman, M., et al., British Society for Sexual Medicine guidelines on the management of erectile dysfunction. *J Sex Med* **2008**;5:1841-65
- [42]. Collinson, P., Erectile dysfunction and cardiovascular disease: a suitable case for treatment and prevention?. *BMJ Journals, heartjnl* **2017**,311296.
- [43]. Kulacaoğlu, F., Psikojenik nedenli erektil disfonksiyon. *Androloji Bülteni*, **2016**,18,(67), 230-232.
- [44]. Frühauf, S.; Gerger, H., Schmidt, H.M., Munder, T., Barth, J., Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, **2013**,42,(6), 915-933.
- [45]. Thompson, I.M.; Tangen, C.M., Goodman, P.J., et al., Erectile dysfunction and subsequent cardiovascular disease. *JAMA* **2005**, 294,2996-3002.
- [46]. Erdemir, F.; Atılgan, D., Boztepe, Ö., Aytan, P., Uluocak, N., Taşlıyurt, T., Behçet hastalığı ile erektil disfonksiyon arasında ilişki var mıdır?. *Türk Üroloji Dergisi* **2010**,36,(4),380-386.
- [47]. Akkuş, E., Erektıl Disfonksiyon Epidemiyoloji, Fizyopatoloji ve Tanı. *Klinik Gelişim* **2008**,161-170.
- [48]. Ronald, W.L.; Kersten, S., Meyer, F., Bosch, R., Meyer, A.R.F., Laumann, E.O., Lizza, E., et al., Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med* **2004**,1,(1),35-9.
- [49]. Pratt, A.G.; Norris, E.R., Kaufmann, M., Peripheral vascular disease and depression, *J Vasc Nurs.* **2005**,23,(4),123-7.
- [50]. Helvacı, Ç.; Hocaoglu, Ç., Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi* **2016**,6,51-66.
- [51]. Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. Anxiety disorders. In Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical sciences. 11th ed.; Wolters PA: Philadelphia, 2014; p 387-417
- [52]. Daskalopoulou, M.; George, J., Walters, K., et al., Depression as a Risk Factor for the Initial Presentation of Twelve Cardiac, Cerebrovascular, and Peripheral Arterial Diseases: Data Linkage Study of 1.9 Million Women and Men. *PLoS ONE* **2016**, 11,(4).
- [53]. Başoğlu, C.; Buldukoğlu K., Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry* **2015**,(1),1-15.
- [54]. Karamustafalıoğlu, O.; Yumrukçal, H., Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni* **2011**,45(2):65-74.
- [55]. McDermott, M.M.; Guralnik, J.M., Tian, L., Kibbe, M.R., Ferrucci, L., Zhao, L., Liu, K., Liao, Y., Gao, Y., Criqui, M.H., Incidence and Prognostic Significance of Depressive Symptoms in Peripheral Artery Disease. *Journal of the American Heart Association* **2016**,5.
- [56]. Garnefski, N.; Grol, M., Kraaij, V., Hamming, J.F., Cognitive coping and goal adjustment in people with Peripheral Arterial Disease: Relationships with depressive symptoms. *Patient Education and Counseling* **2009**,76,1,132-137.
- [57]. Aslan, F.E.; Badır, A., Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin Ağrının Doğası, Değerlendirmeleri ve Geçirilmesine İlişkin Bilgi ve İnançları. *Ağrı* **2005**,17,(2),44-51.
- [58]. Öztürk, O., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 13.Baskı, Tuna Matbaacılık, 2015.
- [59]. Eyada, M.; Atwa, M., Sexual function in female patients with unstable angina or non-ST-elevation myocardial infarction. *J Sex Med* **2007**,4,(5),1373-80.

- [60].Kazemi-Saleh, D.; Pishgoo, B., Farrokhi, F., Fotros, A., Assari, S., Sexual function and psychological status among males and females with ischemic heart disease. *J Sex Med.* **2008**,5,(10),2330-7.
- [61].Nehir, S.; Çam, O., Miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda psikososyal sağlık ve hastalık uyumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* **2010**, 26,73-84.
- [62].Pınar, Ş.E.; Tel, H., Derpresyon Tanılı Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* **2012**,3,(2), 86-91.
- [63].BiroL,L., Hemşirelik Süreci- Hemşirelik Bakımında Sistematiik Yaklaşım. 9. Baskı, İzmir: Etki Matbaası,2009.
- [64].Çamcı, G.; Can, G., Miyokard İnfarktüsü Sonrası Kadınlarda Cinsel Yaşam, *F.N. Hem. Derg.* **2014**,22,2, 114-119.
- [65].Açıkgöz, F.; Cinsel sağlığa yönelik hemşirelik yaklaşım modelleri.; *Androloji Bülteni.* **2011**,47,305-307.
- [66].Akan, H.; Doğan, S., Birinci basamak sağlık hizmetinde cinsel işlev bozukluklarına yaklaşım. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* **2011**,15,(2),69-76.
- [67].Karakoyunlu, F.B.; Öncel, S., Cinsel Fonksiyon Bozukluklarında Kadına Ait Hemşirelik Bakım Süreci Örneği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **2009**,12,3.
- [68].Çam, O. (Ed.). Sağlıklı Yakın İlişkiler, Cinsel Yaşam ve Psikoseksüel Bozukluklar. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. 1. Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 2013,336-597.
- [69].Blanche, MT, Durrheim, K., Research in Practice Applied Methods for Sociel Sciences, 2007, page:134.
- [70].Beck, A.T.; Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. ve Erbaugh, J., An inventory for measuring depression. *Archieves of General Psychiatry*,**1961**, 4, 561-571.
- [71].Hisli, N., Beck depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi* **1988**,6,(22),118-126.
- [72].McGahuey, C.A.; Gelenberg, A.J., Laukes, C.A., Moreno, F.A., Delgado, P.L., McKnight, K.M., et al., The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther.* **2000**,26: 25-40.
- [73].Soykan, A., The Reliability And Validity Of Arizona Sexual Experiences Scale In Turkish ESRD Patients Undergoing Hemodialysis. *International Journal of Impotence Research* **2004**,16, 531-534.
- [74].Lahoz, C.; Garcia-Fernandez, T., Barrionuevo, M., Vicente, I., Gonzalez-Alegre, T., Mostaza, J.M., Differences in the ankle-brachial index in the general population after 4 years of follow-up. *Vasa*,**2013**,42:112-9.
- [75].Althouse, AD, Abbott, JD, Forker, AD, Bertolet, M, Barinas-Mitchell, E, Thurston, RC., et al., Risk factors for incident peripheral arterial disease in type 2 diabetes: results from the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation in type 2 Diabetes (BARI 2D) Trial. *Diabetes Care.* **2014**,37,1346-5.
- [76].Alzamora, M.T.; Forés, R., Baena-Díez, J.M., Pera, G., Toran, P., Sorribes, M., et al., The peripheral arterial disease study (PERART/ARTPER): prevalence and risk factors in the general population. *BMC Public Health* **2010**,10,38.
- [77].Thiruvoipati, T.; Kielhorn, C.E., Armstrong, E.J., Peripheral artery disease in patients with diabetes: Epidemiology, mechanisms, and outcomes. *World J Diabetes* **2015**,6,(7),961-969.
- [78].Marso, S.P.; Hiatt, W.R., Peripheral arterial disease in patients with diabetes. *J Am Coll Cardiol.* **2006**,47,921-929.

- [79]. Singer, D.R.J.; Kite, A., Management of Hypertension in Peripheral Arterial Disease: Does the Choice of Drugs Matter? *European Society for Vascular Surgery* **2008**,35,(6),701-708.
- [80]. Bozkurt, A.K.; Tasci, I., Tabak, O., Gumus, M., Kaplan, Y., Peripheral artery disease assessed by ankle-brachial index in patients with established cardiovascular disease or at least one risk factor for atherothrombosis--CAREFUL study: a national, multi-center, cross-sectional observational study. *BMC Cardiovasc Disord* **2011**,11,4
- [81]. Regensteiner, J.G.; Hiatt, W.R., Coll, J.R., et al., The impact of peripheral arterial disease on health-related quality of life in the Peripheral Arterial Disease Awareness, Risk, and Treatment: New Resources for Survival (PARTNERS) Program. *Vasc Med.* **2008**,13,(1),15-24.
- [82]. Smolderen, K.G.; Aquarius, A.E., de Vries, J., Smith, O.R., Hamming, JF, Denollet, J. Depressive symptoms in peripheral arterial disease: a follow-up study on prevalence, stability, and risk factors. *J Affect Disord* **2008**,110,27-35.
- [83]. Arseven, A.; Guralnik, J.M., O'Brien, E., Liu, K., McDermott, M.M., Peripheral arterial disease and depressed mood in older men and women. *Vascular medicine* **2001**,6:229-34.
- [84]. Gottlieb, S.S.; Khatta, M., Friedmann, E., et al., The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *Journal of the American College of Cardiology* **2004**,43,(9),1542-1549.
- [85]. Blumentals, W.A.; Gomez-Camirero, A., Joo, S., Vannappagari, V., Is erectile dysfunction predictive of peripheral vascular disease? *Aging Male* **2003**,6,217-221.
- [86]. Addis, IB, Christine, C., Eric, V., Feng, L., Stuenkel, C.A., Hulley, S., Sexual activity and function in postmenopausal women with heart disease. *Obstet Gynecol* **2005**,106(1)121-7.
- [87]. Şahin, D.; Ertekin, E., Fiziksel Hastalıklar ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Klinik Gelişim Psikiyatri* **2009**,75-79.
- [88]. Doğan, S.; Küçüköngü, S., Alkol ve Alkol Bağımlılığı: Cinsellik, Uyku, Yeme Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Psichiatri* **2010**,3(3).
- [89]. Grenon, S.M.; Hiramoto, J., Smolderen, K.G., Vittinghoff, E., Whooley, M.A., Cohen, B.E., Association between depression and peripheral artery disease: insights from the heart and soul study. *Journal of the American Heart Association* **2012**,1.
- [90]. Brown, L.C.; Majumdar, S.R., Newman, S.C., Johnson, J.A., Type 2 diabetes does not increase risk of depression. *CMAJ* **2006**,175,42-46.
- [91]. Cherr, G.S.; Wang, J., Zimmerman, P.M., Dosluoglu, H.H., Depression is associated with worse patency and recurrent leg symptoms after lower extremity revascularization. *J Vasc Surg.* **2007**,45,744-750.
- [92]. Hoffman, B.M.; Sherwood, A., Smith, P.J., Babyak, M.A., Doraiswamy, P.M., Hinderliter, A., Cardiovascular disease risk, vascular health and erectile dysfunction among middle-aged, clinically depressed men. *Int J Impot Res.* **2010**,22,(1),30-5.
- [93]. Lemogne, C.; Ledru, F., Bonierbale, M., Consoli, S.M., Erectile dysfunction and depressive mood in men with coronary heart disease. *Int J Cardiol* **2010**,138,(3),277-80.
- [94]. Kriston, L., Guenzler, C., Agvemang, A., Bengel, J., Berner, M.M., 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. *J Sex Medicine* **2010**,7,(6),2044-55.

- [95].Doğan, S. Cinsel İşlev Bozuklukları, Depresyon ve Antidepresanlar. *Journal of Mood Disorders*, **2011**,1,(2),81-6.
- [96].Reynaert, C.; Zdanowicz, N., Janne, P.,Jacques, D. Depression and Sexuality. *Psychiatria Danubina* **2010**,22,(1), 111-113.



EKLER

EK.1.

PERİFERİK ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE DEPRESYON ŞİDDETİ VE CİNSEL SORUNLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ'YE YÖNELİK ANKET FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket formu “**Periferik Arter Hastalığı olan Bireylerde Depresyon Şiddeti ile Cinsel Sorunlar Arasındaki İlişki**” adlı araştırma kapsamında Periferik arter hastalığı olan bireylerde depresyon ile cinsel sorunlar arasındaki ilişki hakkında bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Sonuçlar Periferik arter hastalığı olan bireylerde depresyon ile cinsel sorunlar arasındaki ilişki'nin incelenmesine yardımcı olacaktır.

Anket formunda 41 adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 20 dakika/saattir. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı
Doç. Dr. Mualla YILMAZ
Hemş.F.Ebru ÖZDEMİR

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Yaşınız:.....

2.Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3. Medeni durumunuz: () Evli () Bekar

4. Eğitim Durumu:

5.Mesleki Durumu:

6. Ekonomik Durumu:

() Gelir giderden fazla () Gelir gidere denk () Gelir giderden az

7. Sağlık Güvencesi () Var () Yok

8. Sigara kullanıyor musunuz?

() Evet Evet ise;.....yıl

() Hayır

() Bıraktım

9.Alkol kullanıyor musunuz?

() Evet Evet ise;.....yıl

() Hayır

() Bıraktım

10. Kronik hastalığınız var mı? () Evet () Hayır

Evet ise;.....

11. Periferik arter hastalığına ilişkin şikâyetleriniz ne zaman başladı?

() 12 ay ve altı () 12 ay üstü

12.Tedavinin türü: () Tıbbi Tedavi () Cerrahi Tedavi

() Hem Tıbbi hemde Cerrahi tedavi olan

13.Yaşadığınız şikâyetleriniz nedir?

() Ağrı ve Klaudikasyo (yürürken topallama)

() 3 ve daha fazla şikâyeti bir arada olanlar (Ayakta ve bacakta şişme, ısı artışı, morarma, uyuşma, soğukluk hissi)

14.Ne kadar mesafe yürüyebiliyorsunuz?

15.Hareket kısıtlılığı yaşıyor musunuz?

() Evet () Hayır

EK:2 BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı (x) işaretlemeniz gerekmektedir.

1- (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.

- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2 -(0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

- (1) Gelecek için karamsarım.
- (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

- (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
- (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4-(0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

- (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Herşeyden sıkılıyorum.

5-(0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.

- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6-(0) Kendimden memnunum.

- (1) Kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime kızgıyım.
- (3) Kendimden nefrete ediyorum.

7-(0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

8-(0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.

- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9-(0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.

- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
- (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

- 10-** (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11-** (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12-** (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13-** (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14-** (0) Eskisi kadar iyi iş güc yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15-** (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16-** (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17-** (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18-** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19-** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20- (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

- (1) Eskişine oranla sekse ilgim az.
- (2) Cinsel isteğim çok azaldı.
- (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21- (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

- (1) Yaptıklarımđan dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
- (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
- (3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.



EK:3 ARIZONA CİNSEL YASANTILAR ÖLÇEĞİ KADIN FORMU(ACYÖ)

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyiniz

1.Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

1	2	3	4	5	6
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz İsteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

2.Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız?(tahrik olursunuz)?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

3.Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

4.Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

5.Orgazmınız tatmin edici midir ?

1	2	3	4	5	6
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

EK:4 ARIZONA CİNSEL YASANTILAR ÖLÇEĞİ ERKEK FORMU

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyiniz

1.Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

1	2	3	4	5	6
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

2.Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

3.Penisiniz/cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliği sürdürür mü?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

4.Ne kadar kolay boşalırsınız?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

5.Boşalmanız tatmin edici midir ?

1	2	3	4	5	6
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

EK.5:

T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
20/08/2015	15	269

Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Mualla YILMAZ'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon Belirti Şiddeti İle Cinsel Sorunlar Arasındaki İlişki" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 17/08/2015 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir

İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan

İmza
Prof. Dr. Olgü HALLIOĞLU KILINÇ
Başkan Yardımcısı

(Katılmadı)
Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE
Raportör

İmza
Prof. Dr. Hasan Erdal DORUK
Üye

İmza
Prof. Dr. Fatma Özlem KANDEMİR
Üye

İmza
Prof. Dr. Mehmet Sami SERİN
Üye

İmza
Prof. Dr. Bahar TAŞDELEN
Üye

İmza
Prof. Dr. Selma ÜNAL
Üye

İmza
Prof. Dr. Sabire YURTSEVER
Üye

İmza
Doç. Dr. Gamze ÖZÇÜRÜMEZ
BİLGİLİ
Üye

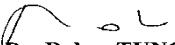
(Katılmadı)
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. M. Türkan IŞIK
ERER
Üye

(Katılmadı)
Uzm. Dr. Özge KURMUŞ
Üye

İmza
Hürrem Betül LEVENT ERDAL
Üye

(Katılmadı)
Lale DAĞLI
Üye


Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan
ASLI GİBİDİR

EK.6:

MERSİN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ KURUM İZİN YAZISI



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi
Başhekimlik



Sayı : 41993462-774- 
Konu: Araştırma İzni (F. Ebru ÖZDEMİR)

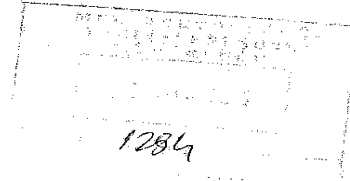
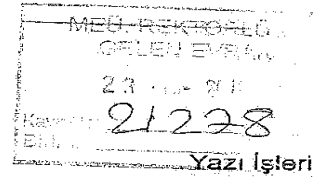
21-10-2015
Tarih: / /

REKTÖRLÜK MAKAMINA
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 29/09/2015 tarihli ve 302.08/824 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen F. Ebru ÖZDEMİR'in "Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon Belirti Şiddeti ile Cinsel Sorunlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi " konulu anket çalışması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Mehmet ÇOLAK
Başhekim V.



Adres: MEÜ Çiftlikköy Kampusu 33343 Yenişehir/ MERSİN
Telefon: 0 (324) 241 00 00 Fax: 0 (324) 241 00 92

Ayrıntılı bilgi için iribab: Memur Zülfi ÖZAY (1065)
e-posta : hastane@mersin.edu.tr

Form No: BŞH-FR-48

Form Yay. Tarihi: 12.07.2004

Form Rev. Tarihi: 03.06.2014

Form Rev. No: 04

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Firdevs Ebru ÖZDEMİR
Doğum Tarihi : 31.02.1981
E-mail : februliozd@hotmail.com
Öğrenim durumu :

Derece	Bölüm / Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Sağlık Yüksekokulu	İnönü Üniversitesi	2000-2004

Görevler :

Görev ünvanı	Görev yeri	Yıl
Hemşire	Mine Kozmetik Lazer Merkezi	2005-2005
Hemşire	Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2006-2008
Hemşire	Mersin Üniversitesi Hastanesi	2008-2014
Sorumlu Hemşire	Mersin Üniversitesi Hastanesi	2014-Halen

ESERLER (Makaleler ve Bildiriler)

1. Defibrilasyon Kardiyoversiyon Farkı. 59. ESCVS International Congress, 6. Congress of Update in Cardiology and Cardiovascular Surgery, İzmir, Hemşirelik Sözel Bildiri.
2. Mekanik Ventilatörde Hemşirelik Bakımı. Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 11. Ulusal Kongresi, Antalya. Özet Kitabı, 27-31 Ekim 2010.
3. Kardiopulmoner Baypas Sonrası Gelişen Sistemik İnflamatuvar Yanıt Sendromu Olan Hastaların Yoğun Bakım Takip Sonuçları, Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 14. Ulusal Kongresi, Antalya. Özet Kitabı, 03-06 Kasım 2016.