



**T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**EVLİ DİYABETİK KADINLARDA CİNSEL YAŞAM
KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Yüksek Lisans Tezi

Neslihan KAZAK SALTAN

Çorum 2021

EVLİ DİYABETİK KADINLARDA CİNSEL YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Neslihan KAZAK SALTAN

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı**

Yüksek Lisans Tezi

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN**

Çorum 2021

ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Evli Diyabetik Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

15 Ocak 2021

Neslihan KAZAK SALTAN

ÖNSÖZ

Lisansüstü eğitim sürecimde ve bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde;

Yüksek lisans eğitim sürecim ve tüm çalışmam süresince, destekleyici yaklaşımı, tecrübesi, sabrı ve önemli yönlendirmeleri ile araştırmama ışık tutan tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN'a, tezimin her aşamasında ve yüksek lisans eğitimim boyunca yönlendirme ve yardımlarıyla beni destekleyen, her an varlığından güç aldığım canım arkadaşım Arş. Gör. Fatma YILDIRIM'a, tez aşamamda, verilerin değerlendirilmesi sürecinde desteklerinden dolayı sevgili hocam Arş. Gör. Ebru TURGAL'a, ayrıca bana her zaman güç veren ve desteği, sevgisi ve sabrıyla yanımda olan çok kıymetli eşim Fatih SALTAN'a, varlıkları yaşam kaynağım olan oğlum Çağan ve kızım Derin'e bu süre zarfında yanımda olan ailem ve arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ETİK BEYANNAMESİ	ii
ÖNSÖZ	iii
KISALTMALAR VE SEMBOLLER	vi
ÇİZELGELER LİSTESİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1 Problemler.....	3
1.2 Sınırlılıklar	3
1.3 Sayıtlılar.....	4
GENEL BİLGİLER	5
2.1. Diabetes Mellitus	5
2.1.1 Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	5
2.1.2 Risk Faktörleri.....	6
2.1.3 Klinik Bulgular.....	7
2.1.4 Tanı Kriterleri.....	7
2.1.5 Komplikasyonlar	8
2.1.6 Tedavi yöntemleri.....	11
2.2 Diabetes Mellitus ve Cinsel Sağlık	14
2.2.1 Cinsellik kavramı	14
2.2.2.Cinsel sağlık tanımı	14
2.2.3 Cinsel yaşam kalitesi	14
2.2.4 Kadın cinsel işlev fizyolojisi.....	15
2.2.5 Cinsel yanıt döngüsü	16
2.2.6 Kadınlarda cinselliğin hormonal kontrolü	17
2.2.7 Kadın cinsel işlev bozuklukları	18
2.2.8 DM'nin kadınların cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisi: Temel hemşirelik yaklaşımları.....	20
3. MATERYAL VE YÖNTEM	23
3.1 Araştırmanın Şekli	23
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4 Veri Toplama Araçları.....	24
3.4.1 Kişisel bilgi formu (KBF) (Ek A)	24
3.4.2 Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) (Ek B).....	25
3.5 Veri Toplama Yöntemi.....	26
3.6 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	26
3.7 Araştırmanın Dışlanma Kriterleri.....	26
3.8 Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	26
3.9 Çalışma Takvimi	27
3.10 Verilerin Değerlendirilmesi	27

3.11 Araştırmanın Etiği	27
3.12 Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler	28
4 BULGULAR.....	29
5 TARTIşMA.....	47
6 SONUÇ VE ÖNERİLER	56
KAYNAKLAR.....	58
EKLER.....	68
ZGEÇMİş	77



KISALTMALAR VE SEMBOLLER

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
BM	: Birleşmiş Milletler
CYKÖ-K	: Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın
DM	: Diabetes Mellitus
TURDEP	: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans
IDF	: Uluslararası Diyabet Federasyonu
TEMD	: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
APA	: Amerikan Psikiyatri Akademisi
ADA	: Amerikan Diyabet Akademisi
AKŞ	: Açlık Kan Şekeri
TKŞ	: Tokluk Kan Şekeri
TBT	: Tıbbi Beslenme Tedavisi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
APG	: Açlık Plazma Glikozu
BGT	: Bozulmuş Glikoz Toleransı
HT	: Hipertansiyon
TPG	: Tokluk Plazma Glikozu
DKA	: Diyabetik Ketoasidoz
HHD	: Hiperosmolar Hiperglisemik Durum
ND	: Normal Değer
SPSS	: Statistical Packages for the Social Sciences
CETAD	: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
AFUD	: Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kuruluşu
CİB	: Cinsel İşlev Bozukluğu
KBF	: Kişisel Bilgi Formu
APY	: Aile Planlaması Yöntemi
IV	: İntravenöz

g: Gram

mg: Miligram

kg: Kilogram
mmol: Milimol
litre: Litre
dl: Desilitre
Hb: Hemoglobin
N: Evren hacmi
n: Örneklem hacmi
d: Etki büyüklüğü
p: Görülme sıklığı
q: Görülmeme sıklığı
r: Korelasyon katsayısı
t: Yanılma payı (t) değeri

ÇİZELGELER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Çizelge 3.9.1 Çalışma Takvimi.....	27
Çizelge 4.1.1 Kadınların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	29
Çizelge 4.1.2 Kadınların Antropometrik Ölçüm Değerlerine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları.....	30
Çizelge 4.2.1 Kadınların Eşlerinin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	31
Çizelge 4.2.2 Kadınların ve Eşlerinin Sigara Kullanma Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları.....	32
Çizelge 4.3.1 Kadınların Evlilik Öykülerine İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	32
Çizelge 4.4.1 Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları....	33
Çizelge 4.4.2 Kadınların APY Kullanma Durumuna İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	33
Çizelge 4.5.1 Kadınların DM Öykülerine İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	34
Çizelge 4.6.1 Kadınların Cinsel Sağlık Öykülerine İlişkin Bazı Özelliklere Göre Dağılımları.....	35
Çizelge 4.7.1 Kadınların CYKÖ-K Puan Ortalaması.....	36
Çizelge 4.7.2 Kadınların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	36
Çizelge 4.7.3 Kadınların Eşlerinin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	38
Çizelge 4.7.4 Kadınların ve Eşlerinin Sigara Kullanma Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	40
Çizelge 4.7.5 Kadınların Evlilik Öykülerine İlişkin Bazı Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	41
Çizelge 4.7.6 Kadınların APY Kullanma Durumuna İlişkin Bazı Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	42
Çizelge 4.7.7 Kadınların DM Öykülerine İlişkin Bazı Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	43
Çizelge 4.7.8 Kadınların Cinsel Sağlık Öykülerine İlişkin Bazı Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	44
Çizelge 4.7.9 Kadınların Antropometrik Ölçüm Değerleri ve Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalamalarının Korelasyon Analizi ile Değerlendirilmesi.....	45

EVLİ DİYABETİK KADINLARDA CİNSEL YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ÖZET

KAZAK SALTAN, Neslihan. Evli Diyabetik Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler (Yüksek Lisans Tezi), Çorum, 2020.

Diyabetes Mellitus (DM), son yıllarda prevalansı salgın şeklinde artan kronik sistemik bir hastalıktır. DM ile gelişen vasküler ve nörolojik komplikasyonlar cinsel işlevde ve cinsel yaşam kalitesinde bozulmalara yol açmaktadır. Cinsel işlev bozuklukları kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmesine rağmen kadın cinsel sorunlarına yönelik yapılan çalışmaların sınırlı olması dikkati çekmektedir. Bu sebeple araştırmamız evli diyabetik kadınlarla cinsel yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırma Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yazılı izinler alınarak araştırma dahil edilme ve dışlanma kriterlerine uyan DM hastası 160 kadın ile yapılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan 31 soruluk Kişisel Bilgi Formu (KBF) ve Cinsel Yaşam Kalitesi- Kadın (CYKÖ-K) ölçeği ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Mann Whitney U, Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Spearman's korelasyon testi kullanılmıştır.

Kadınların CYKÖ-K puan ortalaması $34,53 \pm 30,36$ olarak bulunmuştur. Kadınların yaşı, eğitim düzeyi, mesleği, evlilik yaşı, evlilik süresi, evlilik şekli ve cinsel ilişki sıklığı ile CYKÖ-K puan ortalaması arasındaki istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Kadınların DM tipi ve alınan DM tedavi yöntemi ile CYKÖ-K puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunurken ($p < 0,05$), kadınların DM süresi, cinsel yaşamında sorun yaşama durumu ve yaşanan sorunlar ile CYKÖ-K puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Sonuç olarak; DM kadın vücudunda olumsuz değişikliklere neden olarak cinsel yaşam kalitesini azaltmaktadır. Bundan dolayı DM hastası kadınlara hemşirelik yaklaşımı planlanırken; DM'nin sebep olduğu cinsel sorunlar, sebepleri ve çözüm yolları konusunda bilgilendirme ve danışmanlık içermesi gerektiği önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Cinsel Yaşam Kalitesi, Diyabet, Kadın Cinselliği

SEXUAL LIFE QUALITY AND FACTORS AFFECTING MARRIED AND DIABETIC PATIENTS

ABSTRACT

KAZAK SALTAN, Neslihan. Sexual Life Quality and Factors Affecting Married and Diabetic Patients, (Master Thesis), Çorum, 2020.

Diabetes Mellitus (DM) is a chronic systemic disease with an epidemic increase in recent years. Vascular and neurological complications that develop with DM cause impairment in sexual function and quality of sexual life. Although sexual dysfunctions are more common in women than in men, it is noteworthy that studies on female sexual problems are limited. For this reason, our study was planned descriptively in order to determine the quality of sexual life with married diabetic women and the influencing factors. The research was carried out with 160 women with DM who met the inclusion and exclusion criteria in Hitit University Erol Olçok Training and Research Hospital with written permissions. The data were collected through face-to-face interviews with the Personal Information Form (PIF) with 31 questions and the Sexual Life Quality-Woman (SQOL-F) scale prepared by the researcher. In the statistical analysis of the data; Number, percentage, mean, standard deviation, Mann Whitney U, Kruskal Wallis Analysis of Variance and Spearman's correlation test were used.

The average SQOL-F score of women was found to be 34.53 ± 30.36 . The statistical difference between the age, education level, occupation, age of marriage, duration of marriage, type of marriage and frequency of sexual intercourse and the mean SQOL-F score of women was found to be significant ($p < 0.05$). While there is a statistically significant relationship between DM type and DM treatment method of women and the average SQOL-F score ($p < 0.05$), the duration of DM, sexual problems and problems experienced in women and the mean SQOL-F scores are statistically significant. It was found to be insignificant ($p > 0.05$).

As a result; DM causes negative changes in the female body, reducing the quality of sexual life. Therefore, when planning a nursing approach to women with DM; It can be suggested that DM should include information and counseling about sexual problems, causes and solutions.

Key Words: Sexual Quality of Life, Diabetes Mellitus, Female Sexuality

1 GİRİŞ ve AMAÇ

Son yıllarda prevalansı oldukça yükselen Diabetes Mellitus (DM), pankreas tarafından üretilen insülin hormonunun salınmasında ve/veya salındıktan sonra vücuttaki etki mekanizmasının işleyişinde bozulma ile ortaya çıkan vücutta karbonhidrat, yağ ve proteinlerin kullanılmasına engel olan yaşam boyu devam eden kronik bir hastalıktır (Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği [TEMED], 2014; Mariorino, Bellastella ve Esposito, 2014; Sevil ve Ertem, 2016). Gerekli önlemler alınmadığı takdirde DM gün geçtikçe daha fazla insanı etkileyerek sağlığın sürdürülmesini tehdit edecektir (Coşansu, 2015). Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu, DM'yi bulaşıcı olmamasına rağmen salgın boyutunda ilerlediği için 2006 yılında önemli bir karar alarak bu hastalığı evrensel bir tehdit kabul etmiştir. Tüm dünya ülkelerine ise DM ile ortak mücadele etmeleri gerektiğini vurgulamıştır (BM, 2016). Dünya genelinde DM ile ilgili çalışmalar ve incelemeler devam etmektedir. 2013 Dünya Sağlık Asamblesinde “Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne ilişkin 2013-2020 Küresel Eylem Planı” onaylanmıştır ve bu hastalıklara DM de dâhil edilmiştir (Mariorino ve diğ., 2014; Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin küresel eylem planı, 2013-2020). Dünyada görülen DM'li hastaların sayısı 1980 yılında 30 milyon, 2000 yılında 151 milyon, 2009 yılında 285 milyon ve 2019 yılında 463 milyon iken, 2035 yılına kadar 592 milyon, 2045 yılına kadar ise bu sayının 700 milyona ulaşması öngörülmektedir. (Unwin, 2010; Coşansu, 2015; IDF, 2019). Türkiye'nin dahil olduğu Avrupa bölgesinde yaşayan 25 yaş ve üzeri erkeklerin %10,3'ü ve kadınların %9,6'sının DM'li olduğu tahmin edilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2019). Ayrıca ülkelere göre diyabet prevalansı 2017 yılı sıralamasında Türkiye ilk 10 ülke arasında bulunmazken, 2045 yılında onuncu sırada yer alacağı öngörülmektedir (IDF, 2017).

DM, vücuttaki birçok sistem ve organın çalışmasını olumsuz etkilemektedir. Üreme sistemi de DM'nin olumsuz etkilediği sistemlerin başında yer alır. Makroanjyopatik (kardiyovasküler sistem) ve mikroanjyopatik (nöropati, retinopati, nefropati gibi) komplikasyonların doğurduğu sonuçlarla beraber hem kadında hem erkekte DM, cinsel disfonksiyonla oldukça yakından ilişkilidir. Yapılan çalışmalar

DM hastası erkek ve kadınların DM hastası olmayan bireylere göre daha fazla cinsel işlev bozukluğu yaşadığını göstermektedir (Giraldi ve Kristensen, 2010; Lewis, Fugl-Meyer, Corona ve diğ. 2010; Doğan, 2011; Pontiroli, Cortelazzi ve Morabita, 2013; Hindistan ve Çilingir, 2013; Omidvar, Niaki, Amiri ve Kheyrkhah, 2013; Çiftçi ve Yeni, 2014; Özcan ve Polat, 2015; Tuğut, 2016). DM ile ortaya çıkan vaskülopati, nöropati, insülin direnci, visseral yağlanma gibi sebepler erkeklerde en sık erektil disfonksiyona neden olmaktadır (Gereklioğlu, Başhan ve Akpınar, 2010; Demir, 2020). Kadınlarda ise hiperglisemiye bağlı hidrasyonun azalması sonucu lubrikasyon problemleri ve disparoni, ürogenital enfeksiyonlar, nöropatinin sebep olduğu uyarılma, orgazm bozuklukları sıkça görülürken bu durum cinsel doyumda ve cinsel işlevde azalmaya neden olmaktadır (Nowosielski, Drosdzol, Sipinski ve diğ. 2010; Meeking, Fosbury ve Cummings, 2013; Edward, 2013; Çiftçi ve Yeni, 2014; Afshari, Yazdizadeh, Abedi ve Rashidi, 2017; Kızılay, Gali ve Şereflioğlu, 2017).

DM'nin cinsel işleve etkisi ilk defa 10. yüzyılda İbn-i Sina'nın öne sürdüğü ve DM'un komplikasyonu olduğunu savunduğu 'seksüel fonksiyonun kollapsı' ifadesi ile ele alınmış, ancak toplumun cinselliğe bakışı nedeniyle 1950'lerden önce araştırma konusu olamamıştır (Demir, 2020). Cinsellik kaliteli sağlığın ana bileşenlerinden birini oluşturmaktadır. Günümüzde cinsellik, özellikle kadın cinselliği, konuşulması utanç veren bir tabu olma durumunu korumaktadır (Zincir, Özkan, Erten ve Seviğ, 2011; Popovic, Majic ve Prodanovic-Simeunovic, 2019; Barbagallo, Mongioi, Cannarella ve diğ. 2020). Kadın cinsel fonksiyonunu konu alan ilk çalışma 1971 yılında Kolodny tarafından yapılmıştır (Kolodny, 1971). Literatür incelendiğinde daha çok erkek cinsel fonksiyonu üzerine odaklanıldığı kadın cinselliğine ait çalışmalara 21. yüzyıldan sonra ağırlık verildiği ancak çalışmaların yetersiz oluşu dikkat çekmektedir (Şahin, Batigün ve Pazvatoğlu, 2012; Omidvar ve diğ. 2013; McCool-Myers, Theurich, Zuelke ve diğ. 2014; Çiftçi ve Yeni, 2014; Maiorino ve diğ. 2014; Mazzilli, Imbrogno, Elia, Delfino ve diğ. 2015; Tuğut, 2016; Gupta, Prakash, Khandelwal ve diğ. 2018; Demir, 2020). Bu argümandan yola çıkarak plânladığımız çalışmamızda evli diyabetik kadınlarda cinsel yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.1 Problemler

1. Evli diyabetik kadınların sosyodemografik özelliklerinin kadınların cinsel yaşam kalitesine etkisi var mıdır?
2. Evli diyabetik kadınların eşlerinin sosyodemografik özelliklerinin kadınların cinsel yaşam kalitesine etkisi var mıdır?
3. Evli diyabetik kadınların obstetrik özelliklerinin kadınların cinsel yaşam kalitesine etkisi var mıdır?
4. Evli diyabetik kadınların Aile Planlaması Yöntemi (APY) kullanma durumunun cinsel yaşam kalitesine etkisi var mıdır?
5. Evli diyabetik kadınların DM öyküsü ile ilgili özelliklerinin kadınların cinsel yaşam kalitesine etkisi var mıdır?
6. Evli diyabetik kadınların cinsel sağlık öyküsüne ilişkin özelliklerinin kadınların cinsel yaşam kalitesine etkisi var mıdır?

1.2 Sınırlılıklar

1. Araştırma sonuçları 18-45 yaş arasında, evli, DM tanısı almış, menopoza girmemiş, kronik sistemik hastalık (hipertansiyon, kardiyovasküler sistem hastalıkları, böbrek hastalığı, tiroid hastalıkları, romatizmal hastalıklar, epilepsi vb.) öyküsü olmayan, kronik psikotik hastalık (depresyon, anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk vb.) öyküsü olmayan, cinsel işlevi etkileyen herhangi bir ilaç (antidepresan, immüsupresifler, kortikosteroidler, beta-blokerler vb.) kullanmayan, Beden Kitle İndeksi (BKİ) 18,5 - 25 arasında olan , Çorum il merkezinde ikamet eden ve Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dâhiliye kliniğinde yatış yapmış kadınlar ile sınırlıdır topluma genellenemez.
2. Araştırma kapsamında incelenen cinsel yaşam kalitesi Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.
3. Bu araştırma kapsamında ulaşılan veriler çalışmaya katılan kadınların sorulara verdiği yanıtların doğruluğu ile sınırlıdır.

1.3 Sayıtlar

1. Araştırmaya katılan katılımcıların araştırma kapsamında yöneltilen sorulara samimi ve doğru yanıtlar verdiği varsayılmıştır.
2. Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının ölçülmek istenen değişkenleri ortaya çıkaracak nitelikte olduğu varsayılmıştır.
3. Örneklemin evreni temsil ettiği varsayılmıştır.



2 GENEL BİLGİLER

2.1 Diabetes Mellitus

2.1.1 Tanımı ve Epidemiyolojisi

DM, insülinin salgılanması sırasında, salgılandıktan sonra vücuttaki etkileri esnasında ya da her ikisinde de bozukluğun olması sonucu ortaya çıkan, bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek yaşam süresini kısaltan, kişiye ve topluma ekonomik ve mânevi yük oluşturan kronik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Gül, 2015; Eser, Yazgan, Gürses ve Aydın, 2016; DSÖ, 2019). İnsülinin yetersiz salınması veya insülinin etkisinin yetersiz kalması nedeniyle kandaki glukoz hücre içine girememektedir. Bu durum kandaki glukoz seviyesinin artmasına neden olmaktadır. Kanda artan ve kronikleşen bu hiperglisemi ile beraber göz, kalp, damarlar başta olmak üzere bütün vücut sistemleri etkilenerek, organ yetmezliklerine sebep olabilmektedir (Yenigün, Okyay, Pirpir ve diğ. 2014; Şahpaz ve Ulutaş, 2015).

‘Ulusal Diyabet Çalışma Grubu’ tarafından sınıflandırması yapılan DM, 1985 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Tip 1, Tip 2 ve Gestasyonel DM olarak tekrar sınıflandırılmıştır (TEMD, 2014; Amerikan Diyabet Akademisi [ADA], 2019). Zamanla bu sınıflamaya pankreası etkileyen durumlar, ilaç kullanımı veya genetik defekt gibi sekonder nedenlere bağlı spesifik tipler de eklenmiştir (Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019). Tip 1 DM, pankreastaki β hücre yıkımından kaynaklanan insülin eksikliği sebebiyle genç yaşta görülen ancak son yıllarda nâdir de olsa yetişkinlerde de rastlanan DM tipidir. Tip 2 DM, insülin direnci ya da insülinin salgılanmasındaki bozukluktan kaynaklanan ailede DM öyküsü olan, ileri yaşta ve en sık karşılaşılan DM tipidir. Tip 2 DM olgularına çağımızın artan obezite sorunu, yaşam tarzında ortaya çıkan değişiklikler ve inaktivite sebebiyle daha genç yaşlarda da rastlanmaktadır. Gestasyonel DM ise gebelik sırasında ortaya çıkan DM olarak tanımlanmaktadır. (TEMD, 2014; Yazgan ve diğ. 2015; Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019; ADA, 2019).

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF), dünyada 2019 yılında 463 milyon erişkinin DM hastası olduğunu bildirmektedir ve bu sayı dünya yetişkin nüfusunun

%9,3'ünü oluşturmaktadır. 2030 yılına kadar bu sayının 578 milyon (% 10,2) ve 2045'e kadar ise 700 milyon (% 10,9) kişiye ulaşması öngörülmektedir (IDF 2019). Avrupa bölgesinde yaşayan (Türkiye'de dahil) 25 yaş ve üzeri erkek nüfusunun %10,3'ünün, kadın nüfusunun %9,6'sının DM'li olduğu tahmin edilmektedir (DSÖ, 2019). Ayrıca 2045 yılında Türkiye'nin dünya diyabet prevalansı sıralamasında ilk on ülke içinde olacağı öngörülmektedir (IDF, 2017).

Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması I'e (TURDEP-I) göre DM hastalığı görülme sıklığı 20-80 yaş arasındaki bireylerde %7,2 olarak saptanmıştır (1997-1998 yılı). Aynı çalışmanın tekrarı 2010 yılında yapılmış (TURDEP-II) ve diyabet prevalansının %90 artarak %13,7'e yükseldiği belirlenmiştir. TURDEP- I çalışmasında %10'un üzerindeki DM sıklığının 45-49 yaş arasındaki bireylerde başladığı saptanırken, 2010 yılında gerçekleştirilen TURDEP-II çalışmasında nüfusun en az %10'luk kesiminin DM'li olduğu ve DM sıklığının 40-44 yaş arasında başladığı vurgulanmaktadır. Çalışmanın yapıldığı tarihler ve sonuçlarına göre yıllar içinde ülkemizde DM'nin çok daha erken yaşlarda (yaklaşık 5 yaş) başladığı sonucu çıkarılmaktadır (Satman ve TURDEP-II çalışma grubu, 2011; Satman ve diğ. 2013; IDF, 2019).

2.1.2 Risk Faktörleri

DM risk faktörlerinden bazıları (Yazgan ve diğ. 2015; Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019; ADA, 2019);

- Fiziksel aktivite azlığı,
- Aile öyküsü,
- Obezite
- 4 kg'ın üzerinde bebek doğurmak,
- Hiperlipidemi,
- Hipertansiyon,
- Hemogloblin A1c (HbA1c) > %5,7,
- Polikistik over sendromu,
- Kardiyovasküler hastalık öyküsüdür.

2.1.3 Klinik Bulgular

DM klinik bulgularından bazıları (Gül, 2015; Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2019);

- Poliüri (Ozmotik diürece bağlı sık idrara çıkma),
- İdrarla su ve elektrolit kaybı,
- Ağız kuruluğu ve polidipsi (hiperozmolariteye bağlı çok su içme),
- Polifaji (Çok yemek yeme isteği),
- Kilo kaybı (yalnızca Tip 1'de),
- Görmenin bulanıklaşması (Hiperozmolariteye bağlı lens ve retinanın zarar görmesi sonucu),
- Halsizlik, yorgunluk,
- Kaşıntı (deri, tırnak vs. enfeksiyonları),
- İnatçı enfeksiyonlar (vajinal enfeksiyonlar, idrar yolu enfeksiyonları vs),
- İyileşme göstermeyen mantar enfeksiyonları,
- Ketonüri, ketozis (yalnızca Tip 1 de),
- Gastrointestinal sistem sorunları,
- Ruhsal değişikliklerdir.

2.1.4 Tanı Kriterleri

ADA (1997), yaptığı epidemiyolojik çalışmalar sonucunda glisemi kriterlerini düzenlemiştir. Buna göre; Açlık Kan Şekeri (AKŞ) için >126 mg/dl (7,0 mmol/l) ve 2. saat Tokluk Kan Şekeri (TKŞ) veya randomize Kan Şekeri >200 mg/dl (11.1 mmol/l) olarak belirlenmiştir. 2010 yılında ise HbA1c, ölçüm standardizasyonu sağlanmış ve tanı kriterleri arasına alınmıştır. HbA1c > %6,5 ve üzeri eşik değeri kabul edilmektedir.

ADA; 2008 yılında yaptığı revizyonu da dâhil ederek, 2010 yılında DM ve glukoz metabolizmasından kaynaklanan farklı bozukluklar için yeni tanı kriterleri belirlemiştir. Bu kriterler (Coşansu, 2015, Gül, 2015; Gök, 2016; Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019; ADA, 2019);

- En az 8 saatlik açlık durumundan sonra bakılan açlık plazma glukoz değerinin (APG) ≥ 126 mg/dl olması,

- Açlık durumu olmaksızın diyabet semptomlarına ek olarak günün herhangi bir saatinde ölçülen rastlantısal plazma glukoz değerinin ≥ 200 mg/dl olması,
- 75 gr anhidroz glukozun oral olarak alımından sonraki 2. saatte bakılan plazma glukozunun ≥ 200 mg/dl olması,
- Uluslararası standardizasyonu sağlanmış yöntemlerle ölçüm yapılarak elde edilen HbA1c değerinin $\geq \% 6,5$ olarak saptanması da tanı kriteri olarak kabul edilse de anemi, A ve C vitamin alımı gibi bazı spesifik durumlarda bu değer yanlış çıkabilmektedir. Ülkemizde bu ölçüm henüz tek başına tanı kriteri olarak kullanılamamaktadır.

2.1.5. Komplikasyonlar

2.1.5.1 Akut komplikasyonlar

2.1.5.1.1 Hipoglisemi

İnsülin dozunun fazla yapılması, insülin uygulanırken veya zamanlamasında hata yapılması, öğün atlama, diyetle karbonhidrat alımının az olması, aşırı egzersiz (glukoz kullanımının artmasına bağlı), uygun olmayan insülin seçimi gibi durumlar sebebiyle kan glukoz değerinin düşmesi olarak tanımlanmaktadır.

- Hafif hipoglisemi (< 70 mg/dl); soluk, soğuk, nemli cilt, terleme, halsizlik, titreme, çarpıntı,
- Orta hipoglisemi (50 ile 70 mg/dl arası); ruhsal değişiklikler, uyku hali, irritabilite, baş ağrısı, dikkat azalması, davranışta değişiklikler,
- Ciddi hipoglisemi (< 50 mg/dl); konvülsiyon, koma belirtileri görülmektedir (TEMD, 2014; Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019).

2.1.5.1.2 Hiperglisemi

Diyabetik ketoasidoz (DKA)

İnsülin yetersizliği sonucu ortaya çıkan tıbbi tedavi gerektiren hatta bazen tıbbi müdahaleye rağmen ölümlü sonuçlanabilen bir tablodur. Hücrede enerji kaynağı olarak kullanılan glukoz insülinin yetersiz olması halinde hücre içine girememekte ve enerji kaynağı olarak kullanılamamaktadır. Bu durum kanda ketonun artmasına ve idrara geçmesine neden olur. Kan glukoz düzeyinin aşırı artışı, idrarda ve kanda artan keton sebebiyle hastada bilinç değişikliğine ve komaya neden olmaktadır.

İnsüline bağımlı DM hastalarında insülin dozunun azaltılması, insülin pompasında kateter tıkanması, sürekli aynı yere yapılan insülin enjeksiyonlarının dokuda yol açtığı enfeksiyon, ödem nedeniyle yapılan insülinin yetersiz emilimi de DKA 'a yol açabilmektedir (Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019).

DKA'nın belirti ve bulguları (Çallı, 2014; Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019);

- Ketonüri, glukozüri,
- Kan glukoz değeri >250 mg/dl,
- Asidoz (pH < 7,30),
- Halsizlik, iştahsızlık,
- Dehidratasyon, polidipsi,
- Poliüri,
- Karın ağrısı, bulantı, kusma,
- Kusmual solunum,
- Nefeste aseton kokusu,
- Taşikardi ve çarpıntıdır.

DKA'nın tedavisi (Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019);

- IV sıvı replasmanı,
- İnsülin tedavisi,
- Potasyum replasmanı,
- HCO₃ gereksinimine göre düzenlenmektedir.

Hiperosmolar hiperglisemik durum (HHD)

Miyokart enfarktüsü, kalp-böbrek yetmezliği, organ enfeksiyonları, kalsiyum kanal blokerleri, hipertansiyon gibi ilaç kullanımında, diyetinde aşırı karbonhidrat tüketen hastalarda görülen koma durumu olarak tanımlanmaktadır. Daha çok insüline sürekli bağımlı olmayan yaşlı, Tip 2 DM hastalarında görülmektedir. DKA'dan farklı olarak ciddi bir ketosiz ve asidozis durumu yoktur ve HHD' da kan glikoz değeri >

600 mg/dl (genelde 1000-2000 mg/dl) dir. Dehidratasyon ve hiperosmolarite ciddi boyutlarda seyretmektedir (Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2019).

2.1.5.2 Kronik komplikasyonlar

2.1.5.2.1 Diyabetik makroanjyopeti

Makroanjyopeti, orta ve büyük çaplı arterlerde meydana gelen aterosklerotik değişiklikler olarak tanımlanmaktadır (Keskin ve Balcı, 2011). Arterlerde meydana gelen bu değişiklikler sonucunda kalp damar hastalıkları (myokard infarktüsü, koroner arter veya sistemik kalp hastalığı, periferik arter hastalığı gibi) ve serebrovasküler hastalıklar oluşmaktadır (Gündüz, 2014).

İskemik atak, baş dönmesi gibi serebrovasküler hastalıklar DM hastalarında daha fazla görülmektedir. DM ile beraber HT görülen hastalarda bu komplikasyonların görülme riski daha da artmaktadır. Angina pectoris, miyokard enfarktüsü benzeri kardiyovasküler hastalıklar için de DM önemli bir risk faktörüdür. Özellikle obez olan Tip 2 DM hastalarında kardiyovasküler sorunlar daha fazla görülmektedir (Keskin ve Balcı, 2011; Topçu, 2015; Naito & Kasai, 2015). ADA (2011) DM'nin koroner arter hastalığı ve paralizi riskini 2-4 kat artırdığını bildirmiştir.

Nöropatiye bağlı olarak DM hastalarında topallama, iskemik gangren, ayak bileğinden nabız alınamaması gibi riskler daha fazladır. Periferik hastalıkların DM hastalarında görülme olasılığı daha yüksek olmakla birlikte bir çoğunda neden travma olmayan ampütasyonlardır (Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019).

2.1.5.2.2 Mikroanjyopatik komplikasyonlar

Arteriyollerde ve kapillerde meydana gelen yapısal değişikliklerden kaynaklanan, retina ve böbrek gibi organların fonksiyonunda değişime sebep olan komplikasyonlardır. Bunlar diyabetik retinopati, nefropati, nöropatilerdir (mononöropatiler, otonom nöropatiler, periferik simetrik polinöropati) (ADA, 2019).

Diyabetik retinopati

Kandaki yüksek glukozaya maruz kalan göz küresinin arka kısmında bulunan retina kapillerinin yapısal ve fonksiyonel değişimi sonucu gelişmektedir. DM ile geçirilen yıllar arttıkça bu risk artmaktadır. Yirmi yılın üzerinde olan DM hastalarında prevalans %60'ın üzerindedir. Glisemik kontrol sağlandığında ve erken müdahale edildiğinde gelişmesi geciktirilebilmekte olup 20-64 yaş arası bireylerde önlenebilir körlük nedenidir. Bu nedenle DM hastaları göz kontrollerini düzenli olarak

yaptırmalıdır (Çallı, 2014; TEMD, 2014; ADA, 2019; Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019).

Diyabetik nefropati

Glomerüllerin içinde bulunan arteriollerin hasarı ile meydana gelen Tip 1 DM hastalarında tanıyı izleyen 5-15 yıllık süreç içinde, Tip 2 DM hastalarında ise daha erken hatta tanı anında bile saptanabilmektedir. İdrar testiyle saptanan albüminüri (ND: < 30 mg/g kreatinin iken spot idrarda bu değerin \geq 30 mg/g kreatinin olması) önemli bir bulgudur. Glisemik kontrol sağlanırsa ve yüksek kan basıncı erken dönemde fark edilip tedavi edilirse nefropati gelişme riski ciddi derecede azaltılmış olacaktır (Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019).

Diyabetik nöropati

Yetişkin diyabet hastalarında oldukça yaygın görülen bir komplikasyon olan nöropatinin görülme sıklığı hastalığın şiddet düzeyi ve süresi ile doğrusal artış göstermektedir. Sürekli hiperglisemi varlığı ile beraber sinir dokularında ödem ve sertleşme görülür. Hasara uğrayan sinir dokuları organlara ileti görevlerini yerine getiremez. Çoğu sistem ve organ çalışması olumsuz etkilenmektedir. Ayaklarda karıncalanma, uyuşma şikâyetleriyle beraber diyabetik ayak, kalp kası sinirlerindeki ileti bozukluklarından kaynaklanan kardiyak sorunlar, midenin geç boşalması nedeniyle bulantı, kusma gibi gastrointestinal sistem sorunları, miksiyonda zorlanma, idrarın tam boşalmaması, idrar inkontinansı, erkeklerde empotans, kadınlarda vajinal kuruluk bu durumun sonucudur (Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019).

2.1.6 Tedavi yöntemleri

2.1.6.1 Tıbbi beslenme tedavisi (TBT)

DM tedavisinde beslenmenin düzenlenmesi insülin veya tablet formlu antidiyabetik ilaçların bulunması ile göz ardı edilmiştir. ADA, 1994 yılından itibaren ‘Tıbbi Beslenme Tedavisi (TBT)’ teriminin kullanımını başlatarak kan glukoz düzeyinin dengelenmesinde beslenmenin çok önemli yeri olduğunu vurgulamıştır (Özel, 2010). TBT, olası DM komplikasyonlarının oluşmasını önlemek var olan DM komplikasyonlarını geriletmek hedefli oluşturulmalıdır. Aynı zamanda TBT, bireyin büyüme ve gelişmesini desteklerken, kan glukoz düzeyi ve kan yağlarını dengede tutmaya yardımcı olmalı, aşırı kilo alımı veya kilo kaybını önlemeye yönelik düzenlenmelidir. TBT düzenlenirken bireyin ve birlikte yaşadığı kişilerin yeme

alışkanlıkları, inançları, günlük aktivite durumu, fizikî özellikleri, gelir düzeyi, kan değerleri gibi durumlar göz önünde bulundurularak davranış değişikliği oluşturulmalı ve düzenli takibi yapılmalıdır. Birey hastalığını yönetmeyi öğrenmelidir (Özel, 2010; Tümer ve Çolak, 2012; Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019).

Sönmez ve arkadaşlarının (2015) yalnızca oral tedavi alan Tip 2 DM'li bireylerle yaptığı çalışmasında diyet düzenlemesi ve egzersizin diyabetin kontrol edilmesi üzerine olumlu etkisi olduğu, hatta hem diyet hem egzersizin hastalarda diyabet kontrolünde daha etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

2.1.6.2 Egzersiz

Son yıllarda hareketsizleşen dünyada obezite önlenemez bir şekilde ilerlemektedir. Fiziksel inaktivite ve obezitenin varlığı ise Tip 2 DM görülme sıklığını artırmaktadır (Bahadır ve Atmaca, 2011; Colberg, Sigal, Yardley ve diğ. 2016). Ayrıca Tip 2 DM vakalarının bazılarında özellikle komorbid durumlarda ve hareket yeteneğindeki kayıp durumlarında hastaların egzersiz kapasiteleri de azalmaktadır (Pariser, Ann, Gillette ve Stephen, 2010). Bu durum çoğu zaman birbirine bağımlı kısır bir döngüye neden olur. Yaş, kardiyovasküler muayene, kan değerleri gibi kişiye özel durumlara göre düzenlenen egzersiz programları ile düzenli yapılan egzersizler vücutta özellikle Tip 2 DM hastalarında kilo vermeye yardımcı olur ve vücutta insülinin etkisini artırır. Egzersizin, HbA1c değerini, kan glukoz ve lipid düzeylerini de azaltmaya yardımcı olduğu vurgulanmaktadır (Konca ve Ayvaz, 2011).

Tip 1 DM hastalarında ise egzersiz Tip 2 DM hastalarında olduğu kadar belirgin olmasa da makro ve mikrovasküler komplikasyonlar üzerine olumlu etki yapmaktadır. Yine de Tip 1 DM hastalarının egzersiz sırasında hipoglisemi gibi ciddi bir sorun yaşamaması için egzersiz öncesi fiziksel muayene, laboratuvar testleri ve komplikasyonlar yönünden değerlendirilmesi gerekmektedir (Chimen, Kennedy, Nirantharakumar ve diğ. 2012).

ADA (2011), DM hastalarına haftada orta seviyeli 150 dakika aerobik önerirken, komplikasyon gelişmemiş, yaşlı olmayan ve DM süresi uzun olmayan Tip 2 DM hastalarına daha dirençli egzersizler önermektedir (Bahadır ve Atmaca, 2011). DM hastalarının hipoglisemi riski göz önünde bulundurularak (suya dalış, dağ tırmanma gibi) tehlikeli aktivitelerden uzak durması zaruridir (Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019).

2.1.6.3 Medikal Tedavi

Oral Antidiyabetikler

DM'li bir hastada (özellikle Tip 2), TBT ve egzersize rağmen 3 aylık süreçte hastada hedef kan değerlerine (APG < 100mg/dl, TPG (2saat) <140 mg/dl) ulaşamadıysa,

Bozulmuş Açlık Glukoz değeri (BAG) beraberinde Bozulmuş Glukoz Toleransı (BGT) ile birlikte HbA1c > %6,

Hipertansiyon, trigliserid yüksekliği, HDL düşüklüğü - kolesterol ve ailede DM öyküsü, obezite durumunda ve 60 yaşın altında ise oral antidiyabetiklere başlanmaktadır.

- Başlangıç dozu: günde 2 kez 250-500 mg, yemekten sonra (tok) olarak alınmaktadır.
- 1 veya 2 haftada tek doz arttırılarak 1500-2000 mg'a çıkılır. Bu dozun klinik olarak etkinliği kabul edilmiştir ve kişinin toleransına göre ayarlanmaktadır (Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2019).

ADA (2011) ve Kanada Diyabet Birliği yüksek riskli kişilerde yaşam tarzı değişikliklerinin (TBT, fiziksel egzersiz gibi) yanı sıra metformin tedavisinin de başlanmasını önermektedir.

İnsülin Tedavisi

İnsülin, pankreasın langerhans adacığındaki β hücreleri tarafından salgılanan enzimlerce parçalanarak glukoz içerikli yiyeceklerin kandan hücre içine taşınmasına yardımcı olan bir hormon olarak tanımlanmaktadır (IDF, 2013). 1920'li yılların başında Bonting ve Best'in insülini bulması ve kısıtlı da olsa kullanılmaya başlanması tüm DM hastalarının yaşamına umut olmuştur. Yıllar sonra enjektörle deri altına uygulanan bu buluş onlara Nobel Ödülü getirmiştir. Günümüzde Tip 1 DM hastalarının tamamı sürekli olarak, Tip 2 DM hastalarının ise büyük bir çoğunluğu insülin tedavisine ihtiyaç duymaktadır. İnsülin, doğru şekilde uygulandığında HbA1c'nin azalmasına, komplikasyonların gerilemesine, kan glukoz düzeyinin normal değerlerde tutulmasına yardımcı olmaktadır (Atmaca, 2012).

2.2 Diabetes Mellitus ve Cinsel Sağlık

2.2.1 Cinsellik kavramı

Dünya Sağlık Örgütü (2006) “cinselliği hayat boyu tecrübe edinilen cinsel ilişki, cinsiyetçi roller, cinsel yönelim, erotizm, haz ve üremeyi içeren insan olmanın temel bir özelliğidir” olarak tanımlamaktadır.

Amerikan Hemşireler Birliği cinselliğin, hemşirelik bakımından ayrılmaz bir kavram olduğunu belirtmiştir. Ayrıca Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği ‘cinsel fonksiyon bozuklukları’ ifadesini hemşirelik tanıları listesine dâhil etmiştir (Duman, Koçak ve Yılmazel, 2015).

2.2.2 Cinsel sağlık tanımı

DSÖ’ne göre sağlık, bireyde hastalık, kusur ve engelin olmaması ile fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bütün bir iyilik hâlidir (DSÖ, 1948). DSÖ’ne göre cinsel sağlık ise karakter özellikleri, partnerler arası iletişim ve aşkı arttıran yollarla cinsel var oluşun bedensel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerinin bütünleşmesidir (DSÖ, 2002). Birey cinsel yaşamını zorlama olmadan, zarar görmeksizin, mutlu bir şekilde istediği kişi ve istediği biçimde yaşadığı sürece cinsel anlamda sağlıklıdır denilebilmektedir (DSÖ, 2006). Cinsel sağlık genel sağlık hakkında bilgi veren ve etkileyen bir göstergedir. Cinsel sağlıkta meydana gelen herhangi bir sorun ile fiziksel sağlık, ruhsal sağlık, çiftlerin ilişkisi, aile birliği, sosyal sağlık ciddi boyutlarda etkilenmektedir (Fışkın ve Beji, 2014).

2.2.3 Cinsel yaşam kalitesi

DSÖ’ne göre yaşam kalitesi; bireylerin içinde yaşadıkları toplumun kültür ve değerler sisteminde kendi yaşamlarını nasıl algıladıkları olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 1993). Yaşam kalitesi öznel ve göreceli bir kavram olmakla birlikte bireyin kendi yaşamına bakış açısı şeklinde de tanımlanabilmektedir. Yaşam kalitesi, tüm ülkelerin erişmeyi hedeflediği önemli evrensel hedefler arasındadır (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Cinsel yaşam kalitesi yaşam kalitesini doğrudan etkileyen faktörlerden biridir. Cinsel yaşamın kaliteli olması üreme organlarının ve cinsel işlevi etkileyen hastalık ve sakatlığın olmamasının yanı sıra cinsel isteği ve tepkiyi bastıran utanma ve korku gibi

duyguların, ayıp, günah gibi tabuların olmaması, kişinin kendi cinsel hayatını kontrol etmesi ve hoşnut olması durumudur (Çoban, 2012; Kırıkkaleli, 2015).

Cinsel sağlıkta meydana gelebilecek her türlü bozulmanın kişinin ruhsal sağlığını, aile sağlığını, sosyal sağlığını bozarak yaşam kalitesini azalttığı göz önünde bulundurulacak olursa kadın yaşamının özel durumları (menopoz, gebelik, yaşlılık gibi) dışında da cinsel yaşam kalitesinin önemle incelenmesi gerekmektedir (Bozdemir ve Özcan, 2011; Beştepe, 2015).

2.2.4 Kadın cinsel işlev fizyolojisi

İnsan cinselliği üzerine yapılan ilk kapsamlı araştırma Alfred Kinsey ve arkadaşlarınca yayınlanmıştır. Bu çalışma cinselliğin anatomisi ve fizyolojisi hakkında ayrıntılı bilgiler içermese de cinselliğin toplumsal boyutuna dikkati çekmesi yönünden önemlidir (Barutçu, 2014).

Kadın cinsel yanıtında rol alan üreme organları (Duman, 2019; Taşkın, 2020);

Mons Pubis: Cinsel ilişki sırasında pelvis kemiğini koruyan, pubik kemiğinin üzerinde, perinenin ön kısmında, dıştaki yuvarlak hatların oluşmasına yardımcı olan gevşek bağ dokudan oluşmuş kıllarla kaplı yapıdır.

Labia Major: Labia minörlere, klitorise, üretraya ve vajinaya koruma sağlayan, mons pubisin aşağı uzantısında sinir ve damardan zengin, bağ ve yağ dokudan oluşan kısımdır. Cinsel istek evresinde birbirinden ayrılarak, yassılaşılmaktadır. Uyarılma evresinde ise multipar kadınlarda şişer, nullipar kadınlarda incilirken çözülme evresinde eski hâline geri dönmektedir.

Labia Minör: Sinir ağları ve kan damarlarınca zengin, kıl ve subkutan yağ dokusundan yoksun, labia majörlerin altında yer alan erektil dokudur.

Klitoris: Labia minörlerin üstte birleştiği yerde baş ve gövdeden oluşan, sinir ve damardan zengin, kadının en hassas erektil organıdır. Özellikle de baş kısmı çok hassastır.

Overler: Cinsel ilişkiyi dolaylı etkileyerek salgıladıkları kadınlık hormonları (progesteron ve östrojen) ile genital organların esnekliğine katkıda bulunur ve lubrikasyonu sağlar. Orgazm sırasında fallop tüpleri ile birlikte overlerde de kasılmalar oluşmaktadır.

Uterus: Rektumla mesane arasında, pelviste yerleşmiş, içinde boşluk bulunan, kalın duvarlı kaslı bir organdır. Cinsel uyararla beraber servikal bezlerin salgıları ve uterin ile vajende kayganlaşmaya yardımcı olmaktadır. Orgazm sırasında uterus kasılır.

Vajina: Genişleme kapasitesi olan, ince, vajinal açıklıktan servikse kadar uzanan cinsel birleşmenin gerçekleştiği kanaldır. Her iki tarafında bulunan, vulvanın en büyük glandı olan bartolin bezleri cinsel uyarılma sonrası mayi salgılayarak lubrikasyonu sağlamaktadır. Dıştaki 1/3 'lük kısım cinsel olarak uyarılabilir.

2.2.5 Cinsel yanıt döngüsü

Cinsel yanıt fizyolojisi ile ilgili edinilen ilk bilgilerin temelinde Masters ve Johnson vardır. Masters ve Johnson 1966 yılında bir ilki gerçekleştirerek insan cinselliğini laboratuvar ortamına taşımışlardır. Katılımcıların gönüllü olduğu 12 yıl süren bu çalışmaya katılan kadın ve erkeklerin doğrudan gözlem yoluyla veya nesnel ölçme yöntemlerini kullanarak cinsel uyarılara verdikleri yanıtı değerlendirmişler ve bu yanıtın 4 ayrı evreden oluştuğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu evreler uyarılma (heyecan), plato, orgazm ve çözülme evresidir (Çoban, 2013; Turan, 2013). Yıllar içinde değişiklik gösteren evreler, Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kuruluşu (AFUD) tarafından 2000 yılında tekrar gözden geçirilmiş ve plato evresi çıkarılarak son halini almıştır. Bu durumda cinsel istek, uyarılma, orgazm, çözülme evreleri olarak günümüzdeki şeklini almıştır (Akan ve Doğan, 2011; Akarsu ve Beji 2016; Duman, 2019);

Cinsel istek evresi: Cinsel aktiviteyi başlatan fantezi ve arzunun olmasıdır. Hipotalamik ve limbik sistemle ilişki içinde olan cinsel ilgi ve arzuyu ifade etmektedir. Serotonin cinsel isteği baskımlarken, dopamin aktive etmektedir. Etki mekanizması tam belirlenememiş olsa da libidonun uyarılması ve cinsel isteğin devamlılığı için androjenler oldukça önemlidir.

Uyarılma evresi: Erotik duyguların hissedilmesi ile birlikte kadında ve erkekte tüm vücutta vazokonjeksiyonla birlikte kaslarda kontraksiyonun oluştuğu evredir. Tüm vücutta kan dolaşımı hızlanmıştır. Hatta cinsel organlarda yerel kanlanma artışı söz konusudur. Kadında vajinal lubrikasyon, erkekte penis ereksiyonu oluşmuştur. Labialar dolgunlaşarak düzleşir, klitoris büyür. Kaslarda kasılma, takipne, taşikardi,

kan basıncında artış gözlenmektedir. Uyarı yetersiz kaldığında veya sonlandırıldığında kişi orgazm evresine geçmeden çözülme evresine geçecektir.

Orgazm evresi: Schiavi ve Segraves'e göre orgazm, üreme organlarında oluşan düzenli kasılmalar, solunum değişiklikleri ve kardiyovasküler değişiklikler ile cinsel hazzın üst seviyeye ulaşması olarak tanımlanmaktadır. Masters ve Johnson'a göre ise orgazm, cinsel uyarılma sonucu oluşan vazokonstriksiyon ve myotoninin normale döndüğü birkaç saniye ile sınırlıdır.

Vajinanın dış kısmında güçlü ve kısa aralıklı ritmik kasılmaların oluşturduğu gerilimin ani bir şekilde boşalmasıdır. Kasılmaların şiddet, aralık ve süresinin uzayarak kaybolduğu evredir. Şiddeti ve süresi bireye göre değişim göstermektedir. Vajina ve klitoriste yoğunluk söz konusudur. Uyarılma evresinde gözlenen bulgular bu evrede de görülmektedir. Erkekler cinsel birleşme sırasında orgazmı bir kez yaşarken, kadınlar farklı olarak multiorgazmiktir, tek bir cinsel siklуста birden çok orgazm yaşayabilmektedirler.

Çözülme evresi: Cinsel hazzın en üst seviyesi diye tanımladığımız orgazm evresinden sonraki evredir. Birey bu evreye gelene kadar geçtiği tüm evrelerden geri giderek uyarılma öncesi döneme geçmektedir. Kadınlar erkeklerden farklı olarak yeniden uyarıldıklarında çözülme evresinden başka bir orgazm evresine girebilmektedirler.

2.2.6 Kadınlarda cinselliğin hormonal kontrolü

Östrojen; ovaryumlardan salgılanan iki önemli hormondan biridir. Doğurganlık çağındaki kadınlarda daha fazladır. Fetüs gelişiminde önemli işleve sahip olan östrojen kadınların ikincil cinsiyet özelliklerinin oluşması ve olağan seyir etmesi, üreme döngüsü, doğurganlık ve gebeliğin devamı için önemlidir (Şirin ve Kavlak, 2015). Östrojen santral sinir sistemi yapılarını kuvvetlendiren faktörleri düzenleyerek, kadının ruhsal olarak iyilik durumu, duygu durumu gibi psikolojik durumunu etkilemektedir. Ayrıca bu hormon uykuyu düzenleyerek uyku bozukluklarını önlemektedir. Pelvik kasları etkileyerek seksüel organların sağlamlığını korur. Östrojen, vajinanın lubrikasyonunu sağlayan bezlerin uyarılmasında rol oynar. Duyu eşiği ve genital kan akımında rol oynayarak cinsel arzu için önemlidir (Çiftçi, 2013)

Androjenler ise östrojenin yaptığı bu dolaylı etkiden farklı olarak cinsel isteği doğrudan etkileyerek seksüel aktiviteyi ve motivasyonu artırmaktadır. Östrojen ve

androjenler vücutta azaldığında ciddi biyolojik sorunlar yaşanabilir. Anksiyete bozuklukları, stres, depresyon, ciddi uyku bozuklukları ortaya çıkabilirken, dokunma ile oluşan seksüel uyarılmada, fantezilerde azalma, rüya veya erotik düşüncelerde azalmaya neden olabilmektedir (Duman, 2019).

Cinsel ilişki sırasında cinsel organlardan oluşan sinirsel uyarı hipotalamusa ulaşmakta ve oksitosin salınımını artırmaktadır. Uterus salınan oksitosin etkisi ile ritmik olarak kontrakte olur ve doğrudan olmasa da oksitosinin orgazmı etkilediği söylenebilir. Prolaktin, meme ucu uyarısı ile salınmaktadır. Orgazm sonrasında artarak seksüel faaliyetleri düzenlemektedir (Şirin ve Kavlak, 2015).

2.2.7 Kadın cinsel işlev bozuklukları

Bireyin cinsel arzusunun olmasına karşın umduğu cinsel ilişkinin gerçekleşmemesi, cinsel yanıt döngüsünün sağlıklı bir şekilde gerçekleştirilememesi sonucu fizyolojik dengenin bozulması cinsel işlev bozukluğu (CİB) olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2002). Kaynağı farklılık göstermekle birlikte CİB'nun ülkemizde ve dünyada oldukça yaygın olduğu bildirilmektedir (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği [CETAD], 2007). CETAD'ın ülkemizde yaptığı araştırmada katılımcılar yaşanan cinsel sorunların sebebinin cinsel eğitim ve bilgi eksikliği (%62) olduğunu bildirmektedir. Yaş, cinsiyet, hastalık varlığı, farklı kültür ve toplum yapılarına göre sıklığı değişiklik göstermektedir (McCabe, Sharlip, Lewis ve diğ. 2015). Toplumun cinselliğe bakışı (ayıp, günah, kötü vs.), önyargılar/tabular, gelenek ve görenekler ise diğer kaynakları oluşturmaktadır (Duman, 2019).

Cinsellikte önemli bir konu ise partnerler arasındaki iletişimidir. Literatürde iletişim engelleri ve eksikliklerinden kaynaklanan sorunların özellikle fiziksel bir nedene bağlanamayan CİB'de büyük rol oynadığı dikkati çekmektedir (Şahin ve diğ. 2012). Fiziksel ya da psikososyal nedeni fark etmeksizin CİB varlığı, yaşam kalitesinde azalma, ilişkilerde ve iletişimde bozulma, özgüven yitisi, emosyonel strese neden olmaktadır (Yaşar, Özkan ve Tepeler, 2010).

Amerikan Psikiyatri Akademisi tarafından geliştirilen DSM-V'e göre kadın cinsel işlev bozuklukları şu şekilde sınıflandırılmaktadır (Aydın, 2012; Duman ve diğ. 2013; Köroğlu, 2014; Tuğut, 2016; Akarsu ve Beji, 2016; Nazik, 2019);

- Cinsel ilgi/uyarılma bozuklukları
- Genital pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu

- Orgazm bozuklukları
- Diğer cinsel fonksiyon bozuklukları
 - a. Madde ve ilaç kullanımına bağlı cinsel işlev bozuklukları
 - b. Diğer tanımlanmış cinsel işlev bozuklukları ve tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu sınıflandırılabilir.

Cinsel ilgi/uyarılma bozuklukları

Cinsel aktivite sıklık veya yoğunluğunda en az 6 ay süresince azalma-yok olma, cinsel fantezi/erotik düşüncelerde azalma-yok olma, cinsel ilişkiyi başlatamama, sürdürememe veya partnerine tepkisiz kalma, cinsel coşku ve zevkte azalma-yok olma, cinsel erotik uyarılara ilgi ve uyarılmada azalma-yok olma, genital ve genital olmayan duyumlarda azalma-yok olma belirtilerinden en az üçünü yaşamak tanı kriteridir (Amerikan Psikiyatri Akademisi [APA], 2013).

Cinsel uyarılma bozuklukları; vajinal kuruluk, klitoris ve labialarda duyarlılığın azalması veya orgazmın azalması ve vajen düz kaslarında gevşemenin kaybolması ile ortaya çıkmaktadır (APA, 2013). Bu sebeple stres, depresyon, olumsuz cinsel tecrübeler, eşler arası iletişim eksikliği/uyumsuzluk, yaşın ilerlemesi, menopoza, kronik hastalıklar (DM, HT vs), kullanılan ilaçlar cinsel uyarılma bozukluğuna sebep olan faktörler olarak sıralanabilmektedir (Nazik, 2019). Edward (2013) çalışmasında diyabetli kadınların %17-85'inin cinsel isteksizlik yaşadığı sonucuna ulaşmıştır.

Genital pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu

Vajinal ilişki sırasında en az 6 aydır var olan zorlanma, cinsel birleşme sırasında pelvik kasların kasılması, vajen, vulva veya pelviste ağrı, ağrı yaşayacağına dair anksiyete veya korku durumlarından bir veya daha fazlasını yaşamak tanı kriteridir (APA, 2013). Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların %28-50'sinde disparoni şikayeti olduğu saptanmıştır (Mert ve Özen, 2011). Cinsel istek, uyarılma ve orgazm bozukluğunu da beraberinde getirmektedir (Nazik, 2011).

Orgazm bozuklukları

Olağan bir cinsel birleşme devamında en az 6 ay boyunca orgazmın daimi gecikmesi veya hiç gerçekleşmemesi olarak tanımlanmaktadır. Çoğunlukla kadınlar klitoral uyarı ve vajinal uyarı birlikte gerçekleştiğinde orgazma ulaşmaktadır. Klitoral uyarının olmadığı ve etkili uyarı almayan (uygun süre ve yoğunlukta) kadının orgazm

olması güçleşir (APA, 2013; Köroğlu, 2014). Hastalık varlığı, pelvik cerrahi işlem, ilaç kullanımı, menopoz, madde kullanımı, eş ile iletişim ve uyum problemleri gibi sorunlar orgazm bozukluğuna sebep olmaktadır (Nazik, 2019).

Diğer cinsel fonksiyon bozuklukları

a. Madde ve ilaç kullanımına bağlı cinsel işlev bozuklukları

Semptomlar madde kullanımı ile beraber başlamışsa, fizik muayene ve laboratuvar sonuçları kesin kanıtla destekleniyorsa madde kullanımına bağlı CİB'den söz edilebilmektedir. Fonksiyon bozukluğu kullanılan maddenin doğrudan yol açtığı fizyolojik etki ile açıklanmalıdır (Köroğlu, 2014).

b. Diğer tanımlanmış cinsel işlev bozuklukları ve tanımlanmamış

cinsel işlev bozukluğu

Bu kategoride belirtiler karışık veya atipik olabileceği gibi yaşanan CİB kökeninde birincil etkenler belirlenememiştir. Sebebi madde kullanımı kaynaklı CİB veya genel tıbbi duruma bağlı CİB gibi sebepler olup olmadığının belirlenemediği durumda yaşanan bozukluktur (Akarsu ve Beji, 2016).

2.2.8. DM'nin kadınların cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisi: Temel hemşirelik yaklaşımları

Ülkemizde de dünyaya paralel olarak salgın boyutunda artış gösteren, vücuttaki organların ve sistemlerin yapısını ve fonksiyonlarını bozan DM için etkin hemşirelik bakımı oldukça önem taşımaktadır. DM her iki cinste de üreme organlarını ve seksüel aktiviteyi olumsuz etkileyerek cinsel işlev bozukluğuna sebep olmaktadır. DM ve HT gibi fizyolojik hastalıklar, kullanılan ilaçlar ve cerrahi operasyonlar da CİB'in ortaya çıkmasına ve sorunun sürmesine neden olmaktadır (Tuğut, 2016)

Kadınlarda cinsellikle ilgili ilk çalışma 1971'de yayınlanan Kolodny'nin aynı zamanda DM hastası kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunu araştırdığı çalışmasıdır (Kolodny, 1971; Öztürk, 2011). DM'li kadınların cinsel yaşamıyla ilgili yapılan sınırlı sayıdaki çalışma epidemi boyutundaki bu hastalığın kadın cinselliğini de ciddi derecede olumsuz etkilediğini göstermektedir (Özcan ve Polat, 2015). 26 çalışmadan oluşan 3168 DM hastası ve 2823 kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir meta analizde DM hastası kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının daha yaygın olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Pontiroli ve diğ. 2013).

DM hastası kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunun başlıca nedenleri; hiperglisemi, enfeksiyon hastalıkları, hormonlara ilişkin bozukluklar, damarsal ve sinirsel hasarlar, kullanılan ilaçlar olarak sıralanmaktadır (Özcan ve Polat, 2015). DM hastası kadınlarda hiperglisemi, vajina mukozasındaki yapıların hidrasyonunu azaltıp salgı mekanizmasını bozar ve lubrikasyon azalır. Lubrikasyonun azalması ağırlı ve acılı cinsel ilişkiye sebep olmaktadır (Meeking ve diğ. 2013).

DM hastalarında hastalık kaynaklı vasküler sorunlar ve nöropati, periferik kan dolaşımında bozulma sonucu hipoksiye yol açmaktadır. Ayrıca metabolik kontrolün bozuk olması ve HbA1C değerinin yüksek olması enfeksiyonlara yatkınlığı artırmaktadır. Bunların sonucunda anaerobik bakteriler bölgesel artış göstermektedir (Demirseren, Akoğlu, Emre ve diğ. 2014).

Hiperglisemi nedeniyle diyabetik kadınlarda vajinal ve genitoüriner sistem enfeksiyonları sıklıkla görülmektedir. DM hastalarında en sık fungal enfeksiyonlar (özellikle Tip 2 DM) görülmektedir. Yapılan çalışmalarda fungal enfeksiyonların DM hastalarının %10-60'ında bulunduğu bildirilmiştir (Çiçek, Kandi, Oğuz ve diğ. 2010). DM süresi uzun olan hastalarda ilk başvuru nedeni olan vajinal kandida enfeksiyonları aynı zamanda hastalığın kaçınılmaz bir komplikasyonu olarak belirti göstermektedir. Shahzad ve arkadaşları (2011) çalışmasında kandida enfeksiyonlarını DM süresiyle ilişkili bulmuşlardır. Bu durum hastalık süresiyle orantılı olarak komplikasyon gelişme riskini artırmakta ve enfeksiyonlara karşı direnci azaltmaktadır (Demirseren ve diğ. 2014).

DM'li hastalarda diyabetik nöropati sebebiyle mesane innervasyonu bozularak idrar retansiyonu ile beraber bakteriüri görülmektedir. Mikroanjyopeti sebebiyle antibiyotik emilimi azalarak, enfeksiyon maruziyet süresi uzamaktadır. DM'li hastalarda bu sebeplerle idrar yolu enfeksiyonlarına daha sık rastlanmakta ve idrar yolu enfeksiyonu olan DM hastalarında tedavi süresi uzamaktadır. Ayrıca enfeksiyon gelişmesi kan glukoz değerini yükselten, insülin gereksinimini artıran, kan glukoz regülasyonunu bozan önemli unsurlardan biridir. Bu durum hastalığa uyum sürecini etkilemekte, komplikasyonlara (diyabetli hastalarda pyelonefrit, diyabetik nefropati gibi böbrek işlevini bozan ciddi durumlar) neden olmaktadır (Sungur ve Taşçı, 2014). Sık tekrar eden genitoüriner enfeksiyonlar vulva-vajinal bölgede yanma hissi, kaşıntı, kötü kokulu akıntı ve ağrıya sebep olmaktadır. Bu durum cinsel isteği azaltmaktadır.

Cinsellik sağlığı oluşturan önemli bir bileşendir. Hemşireler hastalarla birebir ve kesintisiz iletişimde olan sağlık profesyonelleri olduğu için cinselliğe ilişkin bakım ve bilgi verebilmeli, sorun olduğunda çözüme yardımcı olabilmeli ve sorulan sorulara doğru yanıt verebilmelidir. Hemşireler cinsel eğitimi ve cinsel hayatı değerlendirmeyi bütüncül hemşirelik bakımını dengeleyen bir unsur olarak düşünmesine karşın uygulamada engellerle karşılaşmaktadır (Duman ve diğ. 2013; Bal, 2014). Cinsel eğitimde en önemli engellerin başında sağlık profesyonellerinin koruyucu önlemler, hastalıklar, tedaviler ve cinsel sağlığının iyileştirilmesi konusunda bilgi eksikliği gelmektedir (Saunamaki, Andersson ve Engstrom, 2010). Cinsel yaşamı değerlendirmek için sağlık profesyonellerine yol gösterici rehberler de yetersiz kalmaktadır (Byrne, Doherty, McGee ve Murphy, 2010; Gölbaşı ve Evcili, 2013; Akan, 2015). Yapılan çalışmalar hemşirelerin cinsellik alanında bilgi düzeylerinin azlığının yanı sıra, iç yüklerinin fazla olması, toplumun cinsellik konusundaki tutumu nedeniyle cinsel danışmanlık ve eğitimi vermekten çekinmelerinin uygulamadaki engellerden bazıları olduğunu göstermektedir. Bu sebeple cinsellik konusunda eğitmen ve danışman rolünü üstlenen hemşire sayısı oldukça azdır (Eryılmaz ve Nazik, 2011). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hemşirelerin sadece %19,4'ünün cinsel sağlık bakım hizmeti verdiği sonucuna ulaşılmaktadır (Bal, 2014). Bu durum kadınların kendi sorunlarını takip etmemesi, cinsel bir sorun varlığını fark etse bile utanma ve mahremiyet duygusu nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurmayı ertelemesinden kaynaklanabilmektedir. Ayrıca sağlık profesyonellerinin cinsel sağlığı genel sağlıktan ayırmadan bütün olarak değerlendirmemesi, cinsel yaşam Şikayeti olan kadınların arayışta olmaması da cinsel sağlığın sorgulanmasını azaltmaktadır.

Sağlık profesyoneli bireyin cinsel yaşamını değerlendirirken herhangi bir kronik hastalık varlığının cinsel yaşamı etkilediğini göz önünde bulundurarak ayrıntılı tıbbi öykü almalıdır. Cinsel öykü alınması sırasında ise karşılıklı güven ilişkisini kurabilmeli, yargılamadan, genel konulardan özel konulara doğru sorgulamalıdır. Bu aşamada cinselliğin ayrıntılı değerlendirilmesi ve cinsel sorunların çözümünde kullanılmak üzere modeller kullanılabilir (Duman ve diğ. 2014; Fışkın ve Beji, 2014; Duman, 2019).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Şekli

Bu araştırma evli diyabetik kadınların cinsel yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dâhiliye kliniğinde yatış yapmakta olan hastalar ile 05.11.2018-28.12.2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 18-45 yaşları arasında, Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesine başvuran evli diyabetik kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem hesaplamasında evreni bilinen örneklem formülü kullanılmıştır. Örneklem için kullanılan formül:

$$n = \frac{(N.p.q.t^2)}{(N-1).d^2 + p.q.t^2} \quad (\text{Sümbüloğlu K. ve Sümbüloğlu V., 2019}).$$

p= 0,50 incelenen olayın görülüş olasılığı

q=0,50 incelenen olayın görülmeyiş olasılığı

N=220 evrendeki birey sayısı

n=örneklem alınacak birey sayısı

d=0,04 olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma

$t=1,96$ belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer formülden elde edilen sonuca göre araştırma örneklemini 160 kadın oluşturmuştur.

Yapılan hesaplama göre seçilmesi gereken örneklem büyüklüğü 160 olup veri toplama aşamasında 2.2’ de verilen sınırlılıklar dikkate alınarak, Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye kliniğine 05.11.2018-28.12.2018 tarihleri arasında başvuran 18-45 yaş arası 160 kadın dâhil edilmiştir.

3.4 Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında, kişisel bilgi formu (KBF) ve Cinsel Yaşam Kalitesi- Kadın (CYKÖ-K) ölçeği kullanılmıştır.

3.4.1 Kişisel bilgi formu (KBF) (Ek A)

Evli diyabetik kadınların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından literatür taranak (Tuğut ve Gölbaşı, 2010; Çoban, 2012; Yaralı, 2013; Kodaz, 2013; Atay, 2017) geliştirilmiştir. 31 sorudan oluşan bu form;

- Yaş, boy, vücut ağırlığı, eğitim düzeyi, meslek, gelir algısı, sigara kullanma durumu, eşin yaşı, eşin eğitim düzeyi, eşin mesleği, eşin sigara kullanma durumu, yaşanılan yer, aile tipi, evlilik yaşı, evlilik süresi, evlenme şekli gibi bazı sosyodemografik özellikleri ortaya çıkarmaya yönelik sorular;

- Menarş yaşı, ilk gebelik yaşı, doğum sayısı, küretaj ve abortus sayısı, yaşayan çocuk sayısı, kullanılan aile planlaması yöntemi gibi bazı jinekolojik ve obstetrik özellikleri ortaya çıkarmaya yönelik sorular;

- DM tipi, DM süresi, DM tedavi şekli gibi diyabet hastalık öyküsüne ilişkin sorular;

- Cinsel ilişki sıklığı, Üreme sağlığı/ Cinsel Sağlık (ÜS/CS) sorunu yaşama durumu, yaşanan ÜS/CS sorunu, DM tanısı almadan önce ÜS/CS sorunu yaşayıp yaşamadığı, bu sorunlar hakkında danışmanlık alıp almadığı gibi cinsel öyküsüne yönelik sorular olmak üzere toplam 31 sorudan oluşmuştur.

KBF’nin ön uygulama safhasında araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan 20 kadına KBF uygulanmış olup, kapsam ve dil geçerliliği açısından

yeniden düzenlenmiştir. Ön uygulamaya alınan bu 20 kadın araştırmaya dâhil edilmemiştir.

3.4.2 Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) (Ek B)

CYKÖ-K cinsel yaşam kalitesini ölçmek amacıyla Symonds, Boolell ve Quirk (2005) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2010 yılında Tuğut ve Gölbaşı tarafından yapılmıştır. CYKÖ-K madde toplam puan güvenilirlik katsayısının $r=0,32-0,67$ arasında değiştiği, Cronbach Alfa değerinin 0,83 olduğu bildirilmiştir (Tuğut ve Gölbaşı 2010).

Son dört hafta içindeki cinsel yaşam göz önünde bulundurularak ölçekteki ifadelerin yanıtlanması gerekmektedir. Madde sayısı 18 olan ölçek altılı likert tipinde olup, 18 yaşın üstündeki bütün kadınlara uygulanabilmektedir. Ölçeğin orijinalinde her bir maddeye 0-5 veya 1-6 arasında puan verilebileceği ifade edilmektedir (Symonds ve diğ. 2005). Tuğut ve Gölbaşı (2010) tarafından yapılan çalışmada ölçek puanlanırken 1-6 puanlama sisteminden yararlanılmıştır. Her iki puanlama da aşağıda verilmiştir.

0-5 puanlama	1-6 puanlama	
0	1	Tamamen katılıyorum,
1	2	Büyük ölçüde katılıyorum
2	3	Kısmen katılıyorum
3	4	Kısmen katılmıyorum
4	5	Büyük ölçüde katılmıyorum
5	6	Hiç katılmıyorum

Buna göre 1-6 puanlama sisteminde ölçekten alınabilecek toplam puan 18-108 arasında değişmektedir. 0-5 puanlama sisteminde ise ölçekten alınabilecek toplam puan 0-90 arasında olmaktadır. 1, 5, 9, 13 ve 18. maddelerin puanları toplam puan hesaplanmadan önce tersine çevrilmektedir. Ölçekten alınan puanın 100'e dönüştürülmesi gerekmektedir. Toplam puanın hesaplanmasında;

(Ölçekten alınan ham puan – 18) × 100/90 formülü kullanılmaktadır.

Örnek verilecek olursa ham puan toplamı 63 olan bir bireyin 100'e dönüştürülmüş ölçek puanı; $(63-18) \times 100 / 90 = 50$ olmaktadır. Yüksek ölçek puanı cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir (Symonds ve diğ. 2005).

3.5 Veri Toplama Yöntemi

Veriler hafta içi 5 gün mesai saatleri içinde Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye kliniğine başvuran, çalışmaya katılmaya gönüllü ve araştırma kriterlerine uyan kadınlar ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından KBF ve CYKÖ-K formu ile toplanmıştır. Kişilerin sorulara objektif cevap vermelerini sağlayabilmek için dahiliye kliniğinde bulunan ayrı bir odada her kadın ile birebir ve yalnız görüşülmüştür. Görüşmeler ortalama 30 dakika sürmüştür.

3.6 Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırma sonuçları 18-45 yaş arasında, evli, DM tanısı almış Çorum ilinde yaşayan ve Çorum Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye kliniğinde yatış yapan 160 evli DM'li kadın ile sınırlıdır.

2. Araştırma kapsamında incelenen cinsel yaşam kalitesine yönelik veriler CYKÖ-K'nın ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

3. Bu araştırma kapsamında elde edilen bilgiler katılımcıların sorulan sorulara verdiği cevapların doğruluğu ile sınırlıdır.

3.7 Araştırmanın Dışlanma Kriterleri

Diabetes Mellitus dışında kronik sistemik hastalığı olan (kardiyovasküler sistem hastalıkları, HT, tiroid, romatizmal hastalıklar, epilepsi vb.) ve bu hastalıklara bağlı ilaç kullanan, menopoza girmiş, kronik psikotik hastalık (depresyon, anksiyete bozukluğu, obsesif- kompulsif bozukluk vb.) öyküsü bulunan, cinsel işlevi etkileyen herhangi bir ilaç (antidepresanlar, immüsupresifler, kortikosteroidler, beta-blokerler vb.) kullanan, evli olmayan, 18 yaş altı ve 45 yaş üstünde olan kadınlar ile $BKİ < 18,5$ ve $BKİ > 25$ olan kadınlar araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.8 Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

Araştırmaya 18-45 yaş arasında olan, iletişim engeli olmayan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan, DM tanısı almış evli kadınlar dâhil edilmiştir.

3.9 Çalışma Takvimi

Çalışma takvimi çizelgede gösterilmiştir.

Çalışmanın Aşamaları	Tarihler
Literatür Tarama	Haziran 2018- Mayıs 2019
Veri toplama araçlarının hazırlanması	Haziran 2018- Temmuz 2018
Ön uygulama yapılması	Eylül 2018- Ekim 2018
Verilerin toplanması	Kasım 2018- Ocak 2019
Verilerin değerlendirilmesi	Şubat 2019- Mart 2019
Tez raporunun yazılması	Nisan 2019- Nisan 2020

3.10 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verilerinin değerlendirilmesinde Statistical Package for the Social Science (SPSS) programı 22.0 versiyonu kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı (n), yüzde (%) ve ortalama \pm standart sapma ($\bar{x} \pm SS$) ile gösterilmiştir. Ölçek ortalamalarının farklılığını belirlemede normallik dağılımı incelenmesinde Kolmogorov-Smirnov testi çarpıklık, basıklık katsayıları ile dal yaprak ve histogram grafikleri incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda verilerin normal dağıldığına karar verilmiştir. Gruplar arası parametrik olmayan verilerde ikili grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U, parametrik olan verilerde ikili grupların karşılaştırılmasında T testi, parametrik olmayan 3 ve üzeri grupların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi, korelasyon analizinde Spearman's rho korelasyon testi kullanılmıştır. Sonuçlar % 95,0 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde ve $p < 0,01$, $p < 0,001$ ileri anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.11 Araştırmanın Etiği

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapılacağı hastaneden yazılı olarak kurum izni (Ek C) ve Hitit Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 30.11.2018'de 2018-222 numaralı etik kurul onayı alınmıştır (Ek D).

Araştırma kapsamındaki kadınların haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce kadınlara, araştırmanın amacı rasyonel olarak açıklanarak, sözel olarak "Aydınlatılmış Onam" (Ek E) alınmış, "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" gereği elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek, araştırmaya

gönüllülerin alınmasında “Özerkliğe Saygı” ilkesini içeren etik ilkelere uygun davranılmıştır. Cinsel Yaşam Kalitesi-Kadın Ölçeğini kullanmak üzere Tuğut’dan yazılı izin alınmıştır (Ek F).

3.12 Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmaya katılmayı kabul eden bazı kadınlar araştırmaya başladıktan sonra veri toplama aşamasında cinsel öyküyü içeren sorularda araştırmaya katılmayı reddedip, araştırmadan ayrılmışlardır. Bu durum veri toplarken yüz yüze görüşme tekniği kullanıldığından veri toplama aşamasının planlanandan daha uzun sürmesine neden olmuştur. Ayrıca kronik hastalıkları ve cinsel yaşamı etkileyebilecek hastalıkları ve ilaç kullanımı olan bireyler araştırmadan dışlandığından, araştırma kriterlerine uyan kadınlara ulaşmak planlanandan daha fazla zaman almıştır.

BULGULAR

4.1 Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.1.1 Kadınların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellikler	N	%
Yaş		
25-29	28	17,5
30-34	25	15,6
35-39	30	18,8
40-44	57	35,6
45	20	12,5
Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	3	1,9
Okuryazar	12	7,5
İlkokul	54	33,8
Ortaokul	19	11,9
Lise	39	24,3
Üniversite ve üzeri	33	20,6
Meslek		
Ev hanımı	100	62,5
Memur	27	16,9
İşçi	29	18,1
İşveren	4	2,5
Gelir düzeyi algısı		
Kötü	45	28,1
Orta	111	69,4
İyi	4	2,5

Çizelge 4.1.1 (devamı): Kadınların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellikler	N	%
Aile tipi		
Çekirdek	137	85,6
Geniş	23	14,4
Yaşanılan yer		
İl	116	72,5
İlçe	30	18,8
Köy	14	8,7
Toplam	160	100

Çalışma kapsamına alınan kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Çizelge 4.1.1’de gösterilmiştir. Buna göre kadınların %35,6’sı 40-44 yaş aralığındadır ($\bar{x} \pm SS$: 37,29 \pm 6,17, min:25, max:45, median:40,00). %33,8’i ilkokul mezunu, %62,5’i ev hanımıdır. %69,4’ünün gelir düzeyi algısı ortadır. Kadınların %85,6’sı çekirdek aile tipine sahip olup %72,5’i il merkezinde yaşamaktadır (Çizelge 4.1.1).

Çizelge 4.1.2 Kadınların Antropometrik Ölçüm Değerlerine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellikler	min-max	Median	\bar{x}	SS
Boy (cm)	150-175	163,50	163,79	5,87
Ağırlık (kg)	50-73	63,00	63,02	4,39
BKİ*	20,03-25,00	24,29	23,54	1,36

* BKİ (Beden Kitle İndeksi) = Ağırlık (kg) / Boy(m)² formülü ile hesaplanmıştır.

Çalışma kapsamına alınan kadınların antropometrik ölçüm değerlerine ilişkin özelliklerine göre dağılımları Çizelge 4.1.2’de gösterilmiştir. Buna göre kadınların boy ortalaması 163,79 \pm 5,87 (min:150, max:175, median:163,50), vücut ağırlık ortalaması 63,02 \pm 4,39 (min:50, max:73, median: 63,00), BKİ ortalaması 23,54 \pm 1,36’dır (min:20,03, max:25,00, median:24,29) (Çizelge 4.1.2).

4.2 Kadınların Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.2.1 Kadınların Eşlerinin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellikler	N	%
Yaş		
27-33	33	20,6
34-40	43	26,8
41-47	38	23,8
48-54	38	23,8
55 ve üzeri	8	5,0
Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	1	0,6
Okuryazar	4	2,5
İlkokul	56	35,0
Ortaokul	18	11,3
Lise	41	25,6
Üniversite ve üzeri	40	25,0
Meslek		
Çalışmıyor	3	1,9
Memur	40	25,0
İşçi	51	31,9
İşveren	34	21,2
Emekli	30	18,8
Çiftçi	2	1,2
Toplam	160	100

Çalışma kapsamına alınan kadınların eşlerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımları Çizelge 4.2.1’de gösterilmiştir. Kadınların eşlerinin %26,8’i 34-40 yaş aralığındadır ($\bar{x} \pm SS$: 43,09 \pm 6,64, min: 30, max:58, median: 43,50). %35,0’i ilkokul mezunu, %31,9’unun mesleği işçidir (Çizelge 4.2.1).

Çizelge 4.2.2 Kadınların ve Eşlerinin Sigara Kullanma Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellikler	N	%
Sigara kullanma durumu		
Kullanan	38	23,8
Kullanmayan	122	76,2
Eşin sigara kullanma durumu		
Kullanan	88	55,0
Kullanmayan	72	45,0
Toplam	160	100

Çalışma kapsamına alınan kadınların ve eşlerinin sigara kullanma durumuna ilişkin özelliklerine göre dağılımları Çizelge 4.2.2’de gösterilmiştir. Buna göre kadınların %23,8’i, eşlerinin ise %55,0’ı sigara kullanmaktadır (Çizelge 4.2.2).

4.3 Kadınların Evlilik Öykülerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.3.1 Kadınların Evlilik Öykülerine İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellikler	N	%
Evlilik yaşı		
13-22	102	63,8
23-32	55	34,3
33-43	3	1,9
Evlilik süresi (yıl)		
1-5	36	22,5
6-10	19	11,9
11-21	37	23,1
22 ve üzeri	68	42,5
Evlenme şekli		
Görücü usulü	91	56,9
Tanışıp anlaşarak	69	43,1
Toplam	160	100

Çalışma kapsamına alınan kadınların evlilik öykülerine ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımları Çizelge 4.3.1’de gösterilmiştir. Buna göre kadınların % 63,8’inin evlilik yaşı 13-22 yaş aralığındadır ($\bar{x} \pm SS$: 20,86 \pm 4,59, min:13, max:37,

median: 20,00). Kadınların %42,5'inin evlilik süresi 22 yıl ve üzerindedir ($\bar{x} \pm SS$: 16,45 \pm 8,67, min:1, max:32, median:21,00). Ayrıca kadınların %56,9'unun evlenme şekli görücü usûlüdür (Çizelge 4.3.1).

4.4 Kadınların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.4.1 Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellikler	min-max	Median	\bar{x}	SS
Menarş yaşı	11-16	13,00	12,74	0,86
İlk gebelik yaşı	15-39	21,00	22,06	5,26
Doğum sayısı	0-7	3,00	2,72	1,41
Küretaj sayısı	0-3	0,00	0,28	0,58
Abortus sayısı	0-5	0,00	0,77	0,97
Yaşayan çocuk sayısı	0-6	3,00	2,59	1,29

Çalışma kapsamına alınan kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımları Çizelge 4.4.1'de gösterilmiştir. Buna göre kadınların menarş yaş ortalaması 12,74 \pm 0,86 (min:11, max:16, median:13,00), ilk gebelik yaşı ortalaması 22,06 \pm 5,26 (min:15, max: 39, median: 21,00), doğum sayısı ortalaması 2,72 \pm 1,41 (min: 0, max:7, median:3,00), yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2,59 \pm 1,29 (min:0, max:6, median: 3,00) olarak saptanmıştır (Çizelge 4.4.1).

Çizelge 4.4.2 Kadınların APY Kullanma Durumuna İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellikler	N	%
APY kullanma durumu	N:160	
Kullanan	118	73,8
Kullanmayan	42	26,2
Kullanılan APY	n:118*	
Tubal ligasyon	51	43,2
Geri çekme	17	14,4
Kondom	26	22,0
Oral kontraseptif	2	1,7
Rahim içi araç (RİA)	22	18,7

* Bu grubu APY kullanan kadınlar oluşturmuştur. Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Çalışma kapsamına alınan kadınların APY kullanma durumuna ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımları Çizelge 4.4.2’de gösterilmiştir. Kadınların %73,8’i APY kullanırken, %26,2’si ise hiçbir APY kullanmamaktadır. Kullanılan APY ise sırasıyla tubal ligasyon (%43,2), kondom (%22,0) ve RİA (%18,7) dır (Çizelge 4.4.2).

4.5 Kadınların DM Öykülerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.5.1 Kadınların DM Öykülerine İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellikler	N	%
DM tipi	N:160	
Tip 1	29	18,1
Tip 2	131	81,9
DM süresi (yıl)		
1-5	77	48,1
6-10	65	40,6
11 ve üzeri	18	11,3
DM tedavi alma durumu	N:160	
Alan	154	96,2
Almayan	6	3,8
DM tedavi yöntemi	n:154*	
Oral antidiyabetik	63	40,9
İnsülin	29	18,8
Oral antidiyabetik + insülin	62	40,3

* Bu grubu medikal tedavi alan kadınlar oluşturmuştur. Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Çalışma kapsamına alınan kadınların DM öykülerine ilişkin bazı özelliklerinin dağılımı Çizelge 4.5.1’de gösterilmiştir. Kadınların %18’1’inin Tip 1 DM, %81,9’unun ise Tip 2 DM hastası olduğu tespit edilmiştir. Kadınların yaklaşık yarısının (% 48,1) DM süresi 1-5 yıl aralığındadır ($\bar{x}\pm SS$: 6,28 \pm 4,27, min:1, max: 22, median: 6,00). Kadınların %96,2’si DM tedavisi almaktadır ve en fazla kullanılan tedavi yöntemi ise oral antidiyabetik (%40,9) ile oral antidiyabetik ve insülin kombine tedavisidir (%40,3) (Çizelge 4.5.1).

4.6 Kadınların Cinsel Sağlık Öykülerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.6.1 Kadınların Cinsel Sağlık Öykülerine İlişkin Bazı Özelliklere Göre Dağılımları

Özellikler	N	%
Cinsel ilişki sıklığı	N: 160	
Haftada bir veya iki	46	28,7
Bir haftadan daha uzun	49	30,6
İki haftadan daha uzun	58	36,3
Bir aydan daha uzun	7	4,4
DM Tanısı Almadan Önce		
Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık (ÜS/CS) Sorunu Yaşama Durumu	N:160	
Yaşayan	10	6,3
Yaşamayan	150	93,7
Hâlen ÜS/CS Sorunu Yaşama Durumu		
Yaşama Durumu	N:160	
Yaşayan	105	65,6
Yaşamayan	55	34,4
Hâlen Yaşanan ÜS/CS Sorunları *		
Sorunları *	n:105**	
Vajinal kuruluk	72	45,0
Vajinal kaşıntı	39	24,4
Sık tekrarlayan vajinal mantar enfeksiyonu	39	24,4
Disparoni	38	23,8
Cinsel isteksizlik	39	24,4
ÜS/CS'a İlişkin Danışmanlık Alma Durumu		
Alma Durumu	N: 160	
Alan	4	2,5
Almayan	156	97,5

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

** Bu grubu ÜS/CS Sorunu yaşayan kadınlar oluşturmuştur. Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Çalışma kapsamına alınan kadınların cinsel sağlık öykülerine ilişkin bazı özelliklere göre dağılımları Çizelge 4.6.1’de gösterilmiştir. Buna göre kadınların %30,6’sının cinsel ilişki sıklığı bir haftadan daha uzun iken, %36,3’ünün cinsel ilişki

sıklığı iki haftada birdir. DM tanısı almadan önce kadınların sadece %6,3'ü ÜS/CS sorunu yaşadıklarını bildirirken hâlen ÜS/CS sorunu yaşayan kadınların oranı ise %65,6'dır. Kadınlarda en fazla yaşanan ÜS/CS sorunu ise vajinal kuruluktur (%45,0). Kadınların %97,5'i ÜS/CS'a ilişkin danışmanlık almadıklarını belirtmiştir (Çizelge 4.6.1). DM tanısı almadan önce ÜS/CS sorunu yaşayan kadınların (% 6,3) tamamının şikayeti vajinal kaşıntı ve kuruluk olmuştur (Bu bulgu tabloda gösterilmemiştir.).

4.7 Kadınların Sosyodemografik Özellikleri, Antropometrik Ölçüm Değerleri ve Obstetrik Öykü, Diyabet Öyküsü ve Cinsel Sağlık Öyküsüne İlişkin Özelliklerinin Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın (CYKÖ-K) Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Çizelge 4.7.1 Kadınların CYKÖ-K Puan Ortalaması

	N	$\bar{x} \pm SS$	Min	Max
CYKÖ-K ölçeği	160	34,53±30,36	-20	80

Çalışma kapsamına alınan kadınların CYKÖ-K puan ortalaması Çizelge 4.7.1'de gösterilmiştir. Buna göre kadınların CYKÖ-K puan ortalaması 34,53±30,36'dır (min: -20, max: 80).

Çizelge 4.7.2 Kadınların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalamalarının Dağılımları

Özellikler	CYKÖ-K PUANI	
	$\bar{x} \pm SS$	
Yaş		
25-29	79,29±7,80	
30-34	59,71±20,75	KW: 72,765
35-39	49,67±23,55	p: 0,000*
40-44	36,36±21,01	
45	24,00±18,44	

Çizelge 4.7.2 (devamı) Kadınların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalamalarının Dağılımları

Özellikler	CYKÖ-K PUANI	
	$\bar{x} \pm SS$	
Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	6,66±22,54	
Okuryazar	17,89±24,02	KW: 74,919
Ortaokul	33,27±25,29	p: 0,000*
Lise	41,96±24,78	
Üniversite ve üzeri	67,87±16,89	
Meslek		
Ev hanımı	24,65±27,20	
Memur	63,12±23,19	KW: 38,338
İşçi	39,42±28,47	p: 0,000*
İşveren	56,66±28,43	
Gelir düzeyi algısı		
Kötü	22,29±26,55	
Orta	38,06±30,29	KW: 16,201
İyi	74,16±9,57	p: 0,000*
Aile Tipi		
Çekirdek	36,89±30,29	z: -2,426
Geniş	20,43±27,37	p: 0,015*
Yaşanılan yer		
İl	41,09±29,74	
İlçe	22,14±24,95	KW:21,880
Köy	6,66±22,12	p: 0,000*

z : Mann Whitney U Testi

KW: Kruskal Wallis Varyans analizi

*p<0,05

Çalışma kapsamına alınan kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre CYKÖ-K puan ortalamalarının dağılımları Çizelge 4.7.2’de yer almaktadır. Kadınların CYKÖ-K puan ortalaması en yüksek 25-29 yaş aralığında ($79,29 \pm 7,80$), en düşük CYKÖ-K puan ortalaması ise 45 yaşındaki kadınlardadır ($24,00 \pm 18,44$). Eğitim düzeyine göre CYKÖ-K puan ortalaması üniversite ve üzeri eğitim alan kadınlarda en yüksek ($67,87 \pm 16,89$), okuryazar olan kadınlarda en düşüktür ($2,49 \pm 15,34$). Ev hanımı olan kadınlarda CYKÖ-K puan ortalaması en düşük ($24,65 \pm 27,20$) bulunmuş olup, mesleği memur olan kadınlarda CYKÖ-K puan ortalaması ($63,12 \pm 23,19$) en yüksektir. Gelir düzeyini iyi olarak belirten kadınların CYKÖ-K puan ortalaması en yüksek ($74,16 \pm 9,57$), kötü olarak belirten kadınlarda ise en düşüktür ($22,29 \pm 26,55$). Çekirdek aile tipine sahip kadınların CYKÖ-K puan ortalaması ($36,89 \pm 30,29$), geniş aile tipine sahip kadınların puan ortalamasından ($20,43 \pm 27,37$) daha yüksektir. İl merkezinde yaşayan kadınların CYKÖ-K puan ortalaması en yüksek bulunurken ($41,09 \pm 29,74$), köyde yaşayan kadınlarda en düşüktür ($6,66 \pm 22,12$) (Çizelge 4.7.2).

Yapılan istatistiksel analizde kadınların yaş, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi algısı, aile tipi, yaşanılan yer ile CYKÖ-K puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0,05$).

Çizelge 4.7.3 Kadınların Eşlerinin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalamalarının Dağılımları

Özellikler	CYKÖ-K PUANI	
	$\bar{x} \pm SS$	
Yaş		
27-33	79,33±13,80	
34-40	56,02±23,23	KW: 70,703
41-47	35,37±20,41	p: 0,000*
48-55	31,34±21,11	

Çizelge 4.7.3 (devamı) Kadınların Eşlerinin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalamalarının Dağılımları

Özellikler	CYKÖ-K PUANI	
	$\bar{x} \pm SS$	
Yaş (devamı)		
55 ve üzeri	37,25±27,46	
Eğitim düzeyi		
Okuryazar	-1,11±20,25	
İlkokul	15,79±23,95	KW:69,992
Ortaokul	33,02±30,64	p: 0,000*
Lise	34,52±23,87	
Üniversite ve üzeri	65,60±16,89	
Meslek		
Çalışmıyor	12,59±26,06	
Memur	60,27±23,43	
İşçi	29,84±30,55	KW:44,567
İşveren	29,76±25,32	p: 0,000*
Emekli	17,59±23,52	
Çiftçi	7,22±3,93	

z : Mann Whitney U Testi

KW: Kruskal Wallis Varyans analizi

*p<0,05

Çalışma kapsamına alınan kadınların eşlerinin bazı sosyodemografik özelliklerine göre CYKÖ-K puan ortalamalarının dağılımları Çizelge 4.7.3’de yer almaktadır. Çizelge incelendiğinde; eşleri 27-33 yaş aralığında olan kadınlar en yüksek CYKÖ-K puan ortalamasına sahipken (79,33±13,80), eşleri 48-55 yaş aralığında olan kadınlar en düşük puan ortalamasına sahiptir (31,34±21,11). Üniversite ve üzeri eğitim alan eşe sahip olan kadınların CYKÖ-K puan ortalaması en yüksek (65,60±16,89), okuryazar eşe sahip kadınlarda en düşüktür (-1,11±20,25). Eşi memur olan kadınların

CYKÖ-K puan ortalaması en yüksek ($60,27\pm 23,43$), eşi çiftçi olan kadınların en düşüktür ($7,22\pm 3,93$) (Çizelge 4.7.3).

Yapılan istatistiksel analizde kadınların eşlerinin yaşı, eğitim düzeyi ve mesleği ile CYKÖ-K puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.7.4 Kadınların ve Eşlerinin Sigara Kullanma Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalamalarının Dağılımları

Özellikler	CYKÖ-K PUANI	
	$\bar{x} \pm SS$	
Sigara Kullanma Durumu		
Kullanan	45,78±28,11	z: -2,573
Kullanmayan	31,02±30,29	p: 0,010*
Eşin Sigara Kullanma Durumu		
Kullanan	32,81±29,10	z: -0,935
Kullanmayan	36,63±31,92	p: 0,350

z: Mann Whitney U Testi

$p < 0,05$

Çalışma kapsamına alınan kadınların ve eşlerinin sigara kullanma durumuna ilişkin özelliklerine göre CYKÖ-K puan ortalamalarının dağılımları Çizelge 4.7.4'te yer almaktadır. Buna göre, sigara kullanan kadınların CYKÖ-K puanı ($45,78\pm 28,11$) kullanmayan kadınlardan, sigara kullanmayan eşe sahip kadınların puanı ($36,63\pm 31,92$) eşleri sigara kullanan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.7.4).

Yapılan istatistiksel analizde kadınların sigara kullanma durumu ile CYKÖ-K puan ortalaması arasındaki fark önemli bulunurken ($p<0,05$), eşlerin sigara kullanma durumu ile CYKÖ-K puan ortalaması arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Çizelge 4.7.5 Kadınların Evlilik Öykülerine İlişkin Bazı Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalamalarının Dağılımları

Özellikler	CYKÖ-K PUANI	
	$\bar{x} \pm SS$	
Evlilik yaşı		
13-23	37,72±22,76	
23-33	69,55±22,74	KW: 49,203
33-43	62,67±26,53	p: 0,000*
Evlilik süresi (yıl)		
1-5	78,17±16,85	
6-10	63,58±19,50	KW:73,138
11-21	44,35±18,21	p: 0,000*
22 ve üzeri	32,31±22,95	
Evlilik Şekli		
Görücü usulü	18,63±24,12	z:-7,632
Tanışıp anlaşarak	55,50±24,52	p: 0,000*

z: Mann Whitney U Testi

KW: Kruskal Wallis Varyans analizi

*p<0,05

Çalışma kapsamına alınan kadınların evlilik öykülerine ilişkin bazı özelliklerine göre CYKÖ-K puan ortalamalarının dağılımları Çizelge 4.7.5'te gösterilmiştir. Buna göre 23-33 yaş aralığında evlenen kadınların CYKÖ-K puan ortalaması en yüksek (69,55±22,74), 13-23 yaş aralığında evlenen kadınların ise en düşük (37,72±22,76) bulunmuştur. 1-5 yıl süredir evli olan kadınların CYKÖ-K puan ortalaması en yüksek (78,17±16,85), 22 yıl ve daha fazla süredir evli olan kadınların CYKÖ-K puan ortalaması en düşüktür (32,31±22,95). Tanışıp anlaşarak evlenen

kadınların CYKÖ-K puan ortalaması (55,50±24,52), görücü usulü evlenen kadınlardan daha fazladır (18,63±24,12) (Çizelge 4.7.5).

Yapılan istatistiksel analizde kadınların evlilik yaşı, evlilik süresi ve evlenme şekli ile CYKÖ-K puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0,05).

Çizelge 4.7.6 Kadınların APY Kullanma Durumuna İlişkin Bazı Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalamalarının Dağılımları

Özellikler	CYKÖ-K PUANI	
	$\bar{x} \pm SS$	
APY kullanma durumu		
Kullanan	27,58±2,56	z: -4,865
Kullanmayan	54,04±4,46	p: 0,000*
Kullanılan APY		
Tubal ligasyon	14,39±3,28	
Geri çekme	48,88±5,73	KW: 35,316
Kondom	44,39±5,11	p: 0,000*
Oral kontraseptif	65,55±4,44	
Ria	18,38±4,28	

z: Mann Whitney U Testi

KW: Kruskal Wallis Varyans analizi

*p<0,05

Çalışma kapsamına alınan kadınların kullandığı APY kullanma durumuna ilişkin bazı özelliklerine göre CYKÖ-K puan ortalamalarının dağılımları Çizelge 4.7.6' da yer almaktadır. Buna göre APY kullanmayan kadınların CYKÖ-K puan ortalaması (54,04±4,46), APY kullanan kadınlardan daha yüksektir (27,58±2,56). Oral kontraseptif kullanan kadınların CYKÖ-K puan ortalaması en yüksek (65,55±4,44), tüp ligasyonu öyküsü olan kadınların en düşüktür (14,39±3,28) (Çizelge 4.7.6).

Yapılan istatistiksel analizlerde APY kullanma durumu ve kullanılan APY ile CYKÖ-K puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Çizelge 4.7.7 Kadınların Diyabet Öykülerine İlişkin Bazı Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalamalarının Dağılımları

Özellikler	CYKÖ-K PUANI	
	$\bar{x} \pm SS$	
DM tipi		
Tip 1	56,89±27,20	z: -4,356
Tip 2	29,58±28,85	p: 0,000*
DM süresi (yıl)		
1-5	52,48±25,73	
6-10	48,29±29,60	KW: 4,695
11 ve üzeri	37,12±23,25	p: 0,196
DM tedavi alma durumu		
Alan	33,67±2,43	z: -1,918
Almayan	56,48±10,94	p: 0,055
DM tedavi yöntemi		
Oral antidiyabetik	40,10±3,46	
İnsülin	58,65±4,92	KW: 45,121
Oral antidiyabetik+İnsülin	15,46±2,91	p: 0,000*

z : Mann Whitney U Testi

KW: Kruskal Wallis Varyans analizi

*p<0,05

Çalışma kapsamına alınan kadınların DM öykülerine ilişkin bazı özelliklerine göre CYKÖ-K puan ortalamalarının dağılımları Çizelge 4.7.7’de yer almaktadır. Buna göre Tip 1 DM hastası kadınların CYKÖ-K puan ortalaması (56,89±27,20), Tip 2 DM’li kadınlardan (29,58±28,85) daha yüksektir. 1-5 yıldır DM olan kadınların CYKÖ-K puan ortalaması en yüksek (52,48±25,73), 11 yıl ve daha fazla süredir DM olan kadınların ise en düşüktür (37,12±23,25). DM tedavisi almayan kadınların CYKÖ-K puan ortalaması (56,48±10,94), hastalığı için herhangi bir tedavi alan kadınlardan (33,67±2,43) daha yüksek bulunmuştur. CYKÖ-K puanları, DM tedavi yöntemine göre incelendiğinde insülin tedavisi alan kadınlarda puan ortalaması en yüksek bulunurken (58,65±4,92), oral antidiyabetik-insülin kombine tedavi alan kadınlarda en düşük (15,46±2,91) bulunmuştur (Çizelge 4.7.7).

Yapılan istatistiksel analizlerde DM tipi ve DM için kullanılan tedavi yöntemi ile CYKÖ-K puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken (p<0,05), DM süresi ve DM tedavisi alma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,05).

Çizelge 4.7.8 Kadınların Cinsel Sağlık Öykülerine İlişkin Bazı Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalamalarının Dağılımları

Özellikler	CYKÖ-K PUANI	
	$\bar{x} \pm SS$	
Cinsel ilişki sıklığı		
Haftada bir veya iki	69,27±11,94	
Bir haftadan daha uzun	32,35±21,67	KW: 99,062
İki haftadan daha uzun	13,40±21,16	p: 0,000*
Bir aydan daha uzun	-3,49±7,99	
DM Tanısı Almadan Önce		
ÜS/CS Sorunu Yaşama Durumu		
Yaşayan	19,01±23,60	z: -8,946
Yaşamayan	64,15±16,74	p:0,000*
Hâlen ÜS/CS Sorunu Yaşama Durumu		
Yaşayan	23,21±27,12	z: -1,241
Yaşamayan	35,28±30,50	p: 0,212
Hâlen Yaşanan ÜS/CS Sorunları *		
Vajinal kuruluk	45,86±30,43	
Vajinal kaşıntı	38,62±31,38	$\chi^2 : 8,011 **$
Sık tekrarlayan vajinal mantar enfeksiyonu	38,62±31,38	p: 0,091
Disparoni	40,68±30,4	
Cinsel isteksizlik	41,80±29,46	
ÜS/CS'a İlişkin Danışmanlık Alma Durumu		
Alan	63,88±10,44	z: -5, 144
Almayan	33,77±30,35	p: 0,061

z : Mann Whitney U Testi

KW: Kruskal Wallis Varyans analizi

χ^2 : Chi-Square test

*p<0,05

** Sorun sayısına göre değerlendirilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan kadınların cinsel sağlık öykülerine ilişkin bazı özelliklerine göre CYKÖ-K puan ortalamalarının dağılımları Çizelge 4.7.8'de yer almaktadır. Buna göre haftada bir veya iki kez cinsel ilişki yaşayan kadınların CYKÖ-

K puan ortalaması en yüksek ($69,27 \pm 11,94$), cinsel ilişki aralıkları bir aydan daha uzun süren kadınlardan ise en düşüktür ($-3,49 \pm 7,99$). DM tanısı almadan önce ÜS/CS sorunu yaşamayan kadınların CYKÖ-K puan ortalaması ($64,15 \pm 16,74$), sorun yaşayan kadınlardan ($19,01 \pm 23,60$) daha yüksektir. Hâlen ÜS/CS sorunu yaşayan kadınların CYKÖ-K puan ortalaması ($23,21 \pm 27,12$), sorun yaşamayan kadınlardan daha düşüktür ($35,28 \pm 30,50$). ÜS/CS sorunlarından vajinal kuruluk yaşayan kadınların CYKÖ-K puan ortalaması en yüksek ($45,86 \pm 30,43$), vajinal kaşıntı ve sık tekrarlayan vajinal mantar enfeksiyonu yaşayan kadınların ise en düşüktür ($38,62 \pm 31,38$). Yaşanan ÜS/CS sorunları için danışmanlık alan kadınların CYKÖ-K puan ortalaması ($63,88 \pm 10,44$), almayan kadınlardan daha yüksektir ($33,77 \pm 30,35$) (Çizelge 4.7.8).

Yapılan istatistiksel analizlerde cinsel ilişki sıklığı ve DM tanısı almadan önce ÜS/CS sorunu yaşama durumu ile CYKÖ-K puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Ayrıca hâlen yaşanan ÜS/CS sorunu yaşama durumu, yaşanan ÜS/CS sorunları ve ÜS/CS sorunlarına ilişkin danışmanlık alma durumu ile CYKÖ-K puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0,05$).

Çizelge 4.7.9 Kadınların Antropometrik Ölçüm Değerleri ve Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre CYKÖ-K Puan Ortalamalarının Korelasyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Özellikler	r_s	CYKÖ-K p
Boy (cm)	-0,514	0,000*
Ağırlık (kg)	-0,059	0,458
BKİ	0,448	0,000*
Menarş yaşı	-0,120	0,131
İlk gebelik yaşı	-0,773	0,000*
Küretaj sayısı	0,237	0,003*
Abortus sayısı	0,592	0,000*
Yaşayan çocuk sayısı	0,982	0,000*

r_s : Spearman korelasyon katsayısı

* $p < 0,05$

Çalışma kapsamına alınan kadınların antropometrik ölçümleri ve obstetrik öykülerine ilişkin bazı özelliklerine göre CYKÖ-K puan ortalamalarının korelasyon analizi ile değerlendirilmesi Çizelge 4.7.9'da yer almaktadır. Buna göre kadınların

CYKÖ-K puan ortalaması ile kadınların vücut ağırlığı ($r_s:0,059$) ve kadınların menarş yaşı ($r_s:0,120$) arasında çok zayıf, negatif yönlü ilişki vardır. Kadınların CYKÖ-K puan ortalaması ile kadınların BKİ'si ($r_s:0,448$) ve abortus sayısı ($r_s: 0,592$) ile arasında pozitif yönlü orta düzey ilişki, küretaj sayısı ($r_s: 0,237$) ile arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki, yaşayan çocuk sayısı ($r_s: 0,982$) ile arasında pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki vardır. Kadınların CYKÖ-K puan ortalaması ile kadınların boyu ($r_s: 0,514$) arasında negatif yönlü orta düzey ilişki, ilk gebelik yaşı ($r_s: 0,773$) arasında negatif yönlü yüksek düzey bir ilişki vardır (Çizelge 4.7.9).

Yapılan istatistiksel analizlerde kadınların boy, BKİ, ilk gebelik yaşı, küretaj sayısı, abortus sayısı, yaşayan çocuk sayısı ile CYKÖ-K puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,05$), kadınların vücut ağırlığı ve menarş yaşı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

TARTIŞMA

Literatüre göre vücutta birçok organın yapı ve fonksiyonunu olumsuz yönde etkileyen DM'ye bağlı gelişen hiperglisemi cinsel işlev bozukluklarının en önemli belirleyicisidir. Hiperglisemi vajinal mukozadan mukus hidrasyonunu azaltarak vajinal kuruluğa neden olmakta ve bu durum dispareni gelişmesine yol açmaktadır. Ayrıca hiperglisemi nedeniyle gelişen kaşıntı, yanma, tahriş ve kötü kokulu akıntının eşlik ettiği genitoüriner sistem enfeksiyonları DM'li kadınlarda daha sık görülmektedir. DM'nin neden olduğu vasküler komplikasyonlar nedeniyle vajinal ve klitoral kan akımı etkilenecek uyarılma bozuklukları gelişmektedir. DM'li kadınlarda nöropati cinsel duyarlılığı azaltarak cinsel yanıt döngüsünü bozmaktadır. DM'li hastalarda görülen libido kaybının bir diğer nedeni ise DM'nin sebep olduğu androjen eksikliğidir. DM ile birlikte azalan östrojen seviyesi vajende kuruluğa neden olmaktadır. Östrojen eksikliği aynı zamanda cinsel ilgi kaybına, yorgunluğa ve depresyona sebep olabilmektedir. Depresyon ve yorgunluk ise cinsel istek ve uyarılmayı dolaylı olarak etkilemektedir. (Miner, Esposito, Guay ve diğ. 2012; Bajaj, Jawad, İslam ve diğ. 2013; Tamás ve Kempler, 2014; Maiorino ve diğ. 2014; Elyasi, Kashi, Tasfieh ve diğ. 2015; Mills, 2015; Shivananda ve Rao, 2016; Gupta ve diğ. 2018).

Konuyla ilgili çalışmalar incelendiğinde DM'nin cinsel işlevde bozukluklara ve cinsel yaşam kalitesinde azalmaya sebep olduğu bildirilmektedir (Öztürk, 2011; Alizadeh, Arasteh, Mohsenpour ve Karimian, 2013; Edwards, 2013; Bal, Yılmaz, Çelik ve diğ. 2015; Maiorino ve diğ. 2017; Maiorino ve diğ. 2018; Yao Fang, Xin yu, Qing ve diğ. 2018). Duman (2014) DM'li kadınlarla yaptığı çalışmasında yaklaşık olarak dört kadından birinde cinsel işlev bozukluğu saptamıştır. Hatta bazen cinsel işlev bozukluğu DM tanısı için erken semptomlardan biri olabilmektedir (Edwards, 2013). Kin (2015) DM'li bireylerde komplikasyonların farkındalığını araştırdığı çalışmasında cinsel fonksiyon bozukluklarının farkındalık oranının en az olduğunu tespit etmiştir. Bunun cinsel sağlık sorunlarının genel sağlıkla bir bütün olarak düşünülmemesinden ve toplumun bakış açısı nedeniyle cinsel sorunlarda tedaviye başvurunun ertelenmesinden kaynaklandığı söylenebilir.

Bu araştırmada evli diyabetik kadınların CYKÖ-K puan ortalaması oldukça düşük bulunmuştur (**34,53±30,36**) (Çizelge 4.7.1). Uluslararası ve ulusal alanda DM'li kadınlarla CYKÖ-K ölçeği ile yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında çalışma

sonucumuzun literatüre göre daha düşük olduğu görülmektedir. Çelik ve arkadaşlarının (2014) DM'li kadınlarla yaptığı çalışmada CYKÖ-K puan ortalaması çalışmamızdan daha yüksek bulunurken ($68,01 \pm 22,22$), Şahin M. ve Şahin Z.A. (2015) Tip 2 DM'li hastalarda yaptığı çalışmada CYKÖ-K puan ortalamasını çalışmamızla benzer olarak oldukça düşük ($38,56 \pm 10,89$) tespit etmiştir. Bu sonuçlara göre DM varlığının CYKÖ-K puan ortalamalarını azalttığı söylenebilir. Bu durum çalışma sonucumuzun düşük olmasını açıklamakta ve desteklemektedir. Çalışma sonuçlarındaki bu farklılıkların farklı yer, zaman ve örneklem büyüklüğü ile çalışılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatüre göre kronik hastalık öyküsünün cinsel işlev bozukluklarıyla ve cinsel yaşam kalitesinde azalmayla ilişkilendirildiği görülmektedir. Aynı ölçekle farklı kronik hastalık öyküsü olan kadınlarla yapılan çalışma sonuçlarında kronik hastalık öyküsü olan kadınların cinsel fonksiyonunun ve cinsel yaşam kalitesinin kronik hastalığı olmayan kadınlara göre çalışma sonucumuzla benzer şekilde daha düşük olduğu bildirilmektedir (Gölbaşı ve Erenel, 2012; Gölbaşı, Tuğut, Erenel ve Eroğlu, 2014; Başkan 2015; Maaita, Khresiat, Tasso ve diğ. 2018; Güleriyüz, 2020). Ayrıca literatürde evli kadınlarla yapılan çalışma sonuçları da bildirilmiştir (Doğan, Tuğut ve Gölbaşı, 2013; Yaralı, 2013). Bu çalışmalarda CYKÖ-K puan ortalaması bizim çalışma sonucumuzdan daha yüksektir. Bu durumun araştırmamızda örneklem grubunun DM'li olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada kadınların yaşı arttıkça CYKÖ-K puan ortalamasının azaldığı tespit edilmiştir (Çizelge 4.7.2). Literatür incelendiğinde farklı çalışma sonuçlarına rastlanmaktadır. Çalışmamıza paralel olarak literatürde DM hastası olmayan evli kadınlarla yapılan çalışmalarda kadınların yaşı arttıkça cinsel yaşamda sorunların da arttığını bildiren çalışmalara rastlanırken (Yaralı, 2013; Zobar, 2017; Günaydın, Tiryaki, Aykut ve Arslan, 2019), Çöl (2019) DM hastası olmayan evli kadınlarla yaptığı çalışmada kadınların yaşı arttıkça cinsel yaşam kalitesinin arttığını bildirmiştir. Çöl'ün çalışması bulgularımızı destekler nitelikte değildir. DM'li kadınlarla yapılan çalışmalarda artan yaşın cinsel sorunlar açısından risk olduğu dikkat çekmektedir (Özcan, Şahin, Bilgi. Ve Yılmaz, 2011; Durgun, 2012; Li, Wang, Shen ve diğ. 2017; AlMogbel, Amin, AlSaad ve AlMigbal, 2017; Flotynska, Uruska, Michalska ve diğ. 2019; Duman, 2014). Bu durumun yaşla beraber DM komplikasyonlarının da artması sonucu cinsel işlevde bozukluklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada kadınların **eğitim dűzeyi** yükseldikçe cinsel yaşam kalitelerinin arttığı tespit edilmiştir (Çizelge 4.7.2). Literatürde çalışmamıza paralel olarak DM’li kadınlarda eğitim düzeyinin artmasının cinsel yaşamı daha olumlu etkilediğini bildiren çalışmalara rastlanılmıştır (Altın, 2013; Almogbel ve diđ. 2017). Literatürde farklı populusyonlarla yapılan, çalışmamızı destekler nitelikte çalışmalara da rastlanılmıştır (Chedraui ve diđ. 2012; Yaralı, 2013; Kim ve Kang, 2015; Başkan, 2015; Kaçan, 2018; Güteryüz, 2020; Çöl, 2019; Karbage, Santos, Frota ve diđ. 2016). Bu sonucun eğitim seviyesi azaldıkça kendini ifade etme, cinsel yaşamı sorgulama, yeni deneyimleri kabullenme isteğinin azalmasından kaynaklandığı düşünölmektedir. Ayrıca eğitim düzeyi arttıkça kronik hastalık ile yaşanan sorunları kabullenme ve hastalıkla baş etme düzeylerinin artması sonucu kadınların cinsel yaşamının olumlu etkilendiği düşünölmektedir.

Bu araştırmada **memur** olan kadınların cinsel yaşam kalitesinin, ev hanımı olan kadınlardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Çizelge 4.7.2). Literatürde çalışmamıza paralel olarak ev hanımı olan kadınların cinsel yaşamının çalışan kadınlara göre daha olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (Yaralı, 2013; Altın, 2013; Kim ve Kang, 2015; Çöl, 2019; Maaita ve diğ. 2018). Altın’ın (2013) DM’li hastalarla cinsel işlev bozukluğu üzerine yaptığı çalışma sonucu bulgularımızı destekler niteliktedir. Literatürde farklı kronik hastalığa sahip kadınlarla yapılan çalışma sonuçlarına göre çalışan kadınların cinsel yaşamının çalışmayan kadınlardan daha iyi olduğu bildirilmektedir (Başkan, 2015; Güteryüz, 2020). Bu sonuçlar araştırmamızı destekler nitelikte olup, çalışan kadınların sosyo ekonomik yönden bağımsız olmaları refahı artırdığından cinsel yaşam kalitesini de artırmış olabilir.

Bu araştırmada **gelir dűzeyindeki** artışla beraber cinsel yaşam kalitesinin de arttığı tespit edilmiştir (Çizelge 4.7.2). Literatürde evli kadınlarla yapılan çalışma sonuçları gelir düzeyinin artmasının cinsel yaşamı olumlu etkilediğini bildirmektedir (Yaralı, 2013; Karakoyunlu ve Öncel, 2014; Çöl, 2019). Sonuçlar araştırmamızı destekler niteliktedir. Aile içinde ekonomik sorunların olması aile içi huzursuzluklara ve eşler arası iletişimin bozulmasına neden olabilir.

Araştırmamızda çekirdek **aile tipine** sahip kadınların cinsel yaşam kalitelerinin geniş aile tipine sahip kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.7.2). Konuyla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde cinsel işlevlere ve cinsel yaşam kalitesine ilişkin farklı populusyonlarda farklı çalışma sonuçlarına rastlanılmıştır. Çalışmamızla benzer olarak Başkan (2015) çalışmasında çekirdek ailede yaşayan

kadınların geniş ailede yaşayan kadınlara göre CYKÖ-K puan ortalamalarını daha yüksek bulmuştur. Çalışmamızın aksine Yaralı (2013) çalışmasında aile şeklinin CYKÖ-K puan ortalamasına etkisinin anlamlı olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Ancak aynı çalışmada ailede yaşayan birey sayısı arttıkça cinsel yaşam kalitesi puanının azaldığı görülmüş, gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Gölbaşı ve Erenel (2014) çalışmasında aile şekli ile CYKÖ-K puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bildirmiştir. Çöl (2019) ve Güteryüz (2020) çalışmalarında aile tipi ile cinsel fonksiyon ve cinsel yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamsız olduğunu bildirmiştir. Çalışma sonuçlarındaki bu farklılıkların farklı yer, zaman ve örneklem büyüklüğü ile çalışılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada **il merkezinde yaşayan** kadınların cinsel yaşam kalitelerinin ilçe ve köyde yaşayanlara göre daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Çizelge 4.7.2). Tüzmen'in (2019) farklı popülasyonda yaptığı çalışma bulguları bu çalışmayı destekler niteliktedir. Yaralı (2013) çalışmasında uzun süre köyde yaşayan kadınlarda cinsel disfonksiyon görülme oranının yüksek olduğu sonucuna ulaşmış ve gruplar arasındaki farkı anlamlı bulmuştur. Aynı çalışmada cinsel yaşam kalitesi puan ortalamalarındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). İl merkezinde olanakların gelişmiş olması sebebiyle refah düzeylerinin daha yüksek olması, ilçe ve köye göre sosyal hayatın varlığı, cinsel sorun yaşayan kadınların çözüm aramak için sağlık kuruluşuna başvurmasının il merkezlerinde daha kolay olması cinsel yaşam kalitesini artırmış olabilir.

Bu çalışmada kadınların **eşlerinin yaşı** arttıkça cinsel yaşam kalitelerinin azaldığı tespit edilmiştir (Çizelge 4.7.3). Literatürde farklı özellikteki örneklem gruplarıyla çalışma bulgumuzla paralel olarak kadınların eşlerinin yaşı arttıkça cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiğini bildirilen çalışmalara rastlanmıştır (Çöl, 2019; McCool-Myers ve diğ. 2018; Gölbaşı ve diğ. 2014; Maaita ve diğ. 2018). Cinsel yaşam kalitesi her iki partnerin cinsel davranışlarından ve cinsel sorunlarından etkilenir. Yaşın artması ile CİB'in arttığı göz önünde bulundurulacak olursa eşi yaşça büyük olan kadınlarda cinsel yaşam kalitesi daha düşük olabilir.

Bu çalışmada kadınların **eşlerinin eğitim düzeyi** arttıkça cinsel yaşamın olumlu yönde etkilendiği bildirilmektedir (Çizelge 4.7.3). Literatürde farklı popülasyonlarda yapılan çalışmalarda çalışmamıza benzer şekilde eş eğitiminin artmasıyla cinsel yaşamın daha olumlu olduğunu bildiren çalışmalara rastlanılmıştır

(Chedraui ve diğ. 2012; Erbil, 2011; Yaralı, 2013; Başkan, 2015; Gölbaşı ve diğ. 2014; Ege, Akın, Yaralı ve Bilgili, 2010; Çöl, 2019). Çelik ve arkadaşlarının (2014) çalışmamıza benzer olarak DM'li kadınlarla yaptığı çalışmada sonuçlar araştırmamızı destekler niteliktedir. Bu durumun eş eğitiminin artmasıyla birlikte eşler arası iletişimin artması, yaşanan sorunlara çözüm aramanın ve sağlık kuruluşuna başvurmanın daha rahat olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Bu araştırmada **eşleri memur** olan kadınların cinsel yaşam kalitelerinin daha iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.7.3). Çalışma bulgumuzla benzer olarak literatürde eş çalışanların eş işsiz olanlara göre cinsel yaşamlarının daha iyi olduğunu bildiren çalışmalara rastlanmıştır (Bagherzadeh, Zahmatkesan, Gharibi ve diğ. 2010; Karakoyunlu ve Öncel, 2014). Ekonomik kaygı evlilik hayatında sorunları beraberinde getirerek cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir. Farklı olarak literatürde eşlerin mesleğinin cinsel yaşam kalitesini etkilemediğini bildiren çalışmalar da mevcuttur (Yaralı, 2013; Başkan, 2015). Bu durum seçilen örneklem grubunun farklı özellikler taşıyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada **sigara kullanan** kadınlarda cinsel yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Çizelge 4.7.4). Literatürde sigara kullanımının cinsel yaşam üzerinde etkisinin olmadığını bildiren çalışmalara rastlanırken (Nayır, 2010; Yaralı, 2013; Çöl, 2019; Güleryüz 2020), Altın (2013) DM'li hastalarla yaptığı çalışmada sigara kullanmanın cinsel isteksizliğe neden olduğunu bildirmiştir. Çalışma sonucumuzun farklı olmasının bu araştırmada sigara kullanan kadınların genç yaşta olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada kadınların **eşlerinin sigara kullanma** durumlarının cinsel yaşam kalitelerini etkilemediği belirlenmiştir (Çizelge 4.7.4). Yaralı'nın (2013) evli kadınlarla yaptığı çalışmada eşin sigara kullanma/kullanmama durumunun kadınların cinsel yaşam kalitelerini etkilemediğini bildirmiştir. Yaralı'nın çalışması araştırmamızı destekler niteliktedir.

Bu araştırmada **evlilik yaşı** arttıkça cinsel yaşam kalitesinin arttığı tespit edilmiştir (Çizelge 4.7.5). Literatürde çalışmamızı destekler nitelikte artan evlilik yaşı ile beraber cinsel yaşam kalitesinin de arttığı bildirilmektedir (Güleryüz, 2020; Yaralı, 2013). Bu durum artan evlilik yaşı ile kadınların cinsellik, cinsel yaşam hakkında daha fazla bilgi sahibi olması ve doğru bilgi kaynağına erişimin kolaylaşmasından kaynaklanmış olabilir.

Bu araştırmada **evlilik süresi** arttıkça cinsel yaşam kalitesinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Çizelge 4.7.5). Literatürde farklı popülasyonlarda çalışmamıza paralel olarak evlilik süresinin artmasının cinsel yaşamı olumsuz etkilediğini bildiren çalışmalara rastlanılmıştır (Çoban, 2012; Jaaforpour, Khani, Khajavikhan ve Suhrabi, 2013; Gölbaşı ve diğ. 2014; Maaita ve diğ. 2018; Başkan, 2015; Kim ve Kang, 2015; Yaralı, 2013; Günaydın ve diğ. 2019; Güteryüz, 2020; Çöl, 2019). Çalışma bulgumuz aksine farklı özelliklere sahip örneklem grupları ile yapılan çalışmalarda evlilik süresi arttıkça cinsel yaşam kalitesinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Kısa, Zeyneloğlu, Yılmaz ve Güner, 2014; Atay, 2017). Literatürde evlilik süresi ile cinsel yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin bulunmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (Kırıkkaleli, 2015; Kaçan, 2018). Çalışma bulgumuzun literatürden farklı olması örneklem özelliklerinin farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Artan evlilik süresi ile yaşın artması, kronik hastalık varlığı, buna bağlı kullanılan ilaçların cinsel işlevi etkilemesi gibi sebeplerden dolayı evlilik süresi fazla olan kadınlarda cinsel yaşam kalitesi daha düşük olabilir.

Bu araştırmada **tanişıp anlaşarak evlenen** kadınların cinsel yaşam kalitesinin görücü usulü evlenen kadınlardan daha iyi olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.7.5). Literatürde bu araştırmayı destekler nitelikte çalışmalar bildirilmiştir (Yaralı, 2013; Zobar, 2017; Çöl, 2019). Bu durum çiftlerin birbirini önceden tanıyarak evlenmesinin ve evlenme kararını karşılıklı istemelerinin çiftler arası uyumu arttırması ile cinsel yaşamlarında olumsuzluklarla daha rahat baş edebilmesinden kaynaklandığı düşünölmektedir. Ancak çalışma bulgumuz aksine Altın (2013) DM'li hastalarla yaptığı çalışmasında tanişıp anlaşarak evlenen kadınların cinsel doyumunun daha az olduğunu bildirmiştir.

Çalışmamızda **APY** kullanmayan kadınların APY kullananlara göre cinsel yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu tespit edilirken, APY kullananlar arasında ise oral kontraseptif kullananların cinsel yaşam kalitesinin en yüksek, tüp ligasyonu yaptıranların ise cinsel yaşam kalitesinin en düşük olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.7.6). Wallwiener ve arkadaşları (2010) çalışmasında oral kontraseptif kullanan kadınların cinsel fonksiyonlarının daha iyi düzeyde olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca Çöl (2019) çalışmasında tüp ligasyonu yapılan kadınların cinsel yaşam kalitesinin en düşük düzeyde olduğunu bildirmiştir. Wallwiener ve Çöl'ün çalışması bu araştırmayı destekler niteliktedir. Bu durumun oral kontraseptif kullanan kişilerin genç yaşta ve

tüp ligasyonu yaptıran kişilerin multipar ve ileri yaşta olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada **Tip 1 DM** hastalarının cinsel yaşam kalitesinin **Tip 2 DM** hastalarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.7.7). Bu durum çalışmamızda Tip 1 DM hasta sayısının az olmasından, Tip 1 DM hastalarının genç yaşta başlayan kronik hastalığı kabullenmiş olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde çalışmamız aksine Tip 1 DM hastalarının Tip 2 DM hastalarına oranla daha fazla cinsel işlev bozukluğu yaşadığı sonucunu bildirirken (Altın, 2013; Duman, 2014; Mazzilli ve diğ. 2015; Magdy, Mohamed, wael ve Tamer, 2018; Ahmed, Shaaban, Sedik ve Mohamed, 2018), DM tipi arasında cinsel yaşam sorunları açısından ilişki olmadığını bildiren çalışmalara da rastlanılmıştır (Izdebski, 2012; Altın, 2013; Nowosielski ve diğ. 2010). Literatürde Tip 1 DM'li hastaların DM olmayan bireylere göre cinsel yönden daha az aktif olduklarını ve Tip 1 DM'li her üç kadından birinin cinsel sorun yaşadığını bildiren çalışmalara rastlanılmıştır (Mellerio ve diğ. 2015; Bak ve diğ. 2018; Flotynska ve diğ. 2019; Zamponi, Mazzilli, Bitterman ve diğ. 2020). Literatür incelendiğinde DM'li hastalarda cinsel işlev bozukluğu sık karşılaşılan ve partnerler arası ciddi sorunlara sebep olan bir komplikasyon olarak karşımıza çıkmaktadır (Pontiroli ve diğ. 2013; Almogbel ve diğ. 2017; Bak ve diğ. 2018). Appa, Creasman, Brown ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında Tip 2 DM'li kadınlarda cinsel işlev bozukluğu oranının %88 olduğunu bildirmiştir. İran'da Tip 2 DM hastası kadınlarla yapılan kesitsel bir çalışmada Tip 2 DM'li kadınların sağlıklı kadınlardan yüksek olmakla beraber %53,6'sında cinsel işlev bozukluğu yaşandığı bildirilmiştir (Vafaeimanesh, Raei, Hosseinzadeh ve Parham, 2014).

Araştırmamızda artan **DM süresi** ile beraber CYKÖ-K puan ortalamasının azaldığı, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (Çizelge 4.7.7). Literatürde farklı çalışma sonuçlarına rastlanılmıştır. Altın (2013) çalışmasında artan DM süresinin yetersiz lubrikasyon ve orgazm sorunlarına sebep olduğunu bildirmiştir. DM süresi arttıkça cinsel işlev bozukluğunun önemli derecede arttığını bildiren çalışmalara rastlanılmıştır (Durgun, 2012; Erten ve diğ. 2013; Flotynska ve diğ. 2019; Duman, 2014). Şahin M. ve Şahin A.Z. (2015) farklı olarak DM süresi arttıkça CYKÖ-K puanının arttığını bildirmiştir.

DM tedavisi almayan kadınların CYKÖ-K puan ortalaması çalışmamızda daha yüksek bulunmuş olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu tespit

edilmiştir (Çizelge 4.7.7). Bu durumun DM tedavisi almayan kadınların az sayıda, genç yaşta ve yeni tanı almış olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların kullandığı **tedavi yöntemine** göre oral antidiyabetik ve insülin kombine tedavisi alan kadınların cinsel yaşam kalitelerinin diğer tedavi yöntemlerini kullanan kadınlardan daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.7.7). Literatürde farklı sonuçlara rastlanılmıştır. Bulgumuzun aksine Duman (2014) çalışmasında DM tedavisi almayan grubun cinsel işlev bozukluğunun daha fazla olduğunu bildirmiştir. Verschuren ve diğ. (2010) glisemik kontrol sağlandığında HbA1C seviyesinde azalma ile birlikte cinsel işlev bozukluğunun azaldığını bildirirken, Durgun (2012) glisemik kontrolün cinsel işlev üzerinde etkisinin olmadığını bildirmiştir. Altın (2013) çalışmasında oral antidiyabetik tedavisi alan DM'li kadınlarda disparoninin daha az olduğunu bildirmiştir. Farklı olarak Piątkiewicz, Krasuski, Maksymiuk-Kłos, ve Owczarek (2017) insülin tedavisini insülin pompasından alanların cinsel tatmin seviyesinin enjeksiyon olarak alanlardan daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bunun sebebi ise vücuttaki enjeksiyon izlerinin partnere rahatsızlık hissi vermesi olarak belirtmiştir. Durgun (2012) çalışmasında insülin kullananların oral antidiyabetik kullananlara göre cinsel yaşamının daha olumsuz etkilendiğini bildirmiştir. Erten ve diğ. (2013) insülin kullananlarda cinsel işlev bozukluğunun daha düşük olduğunu bildirmiştir. Çalışma bulgumuzun literatürden farklı olmasının kombine tedavi alan kadınların ileri yaşta ve DM süresinin uzun olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada kadınların **cinsel ilişki sıklığı** azaldıkça cinsel yaşam kalitesinin azaldığı tespit edilmiştir (Çizelge 4.7.8). Literatür incelendiğinde bu araştırmayı destekleyen çalışmalara rastlanılmıştır (Altın, 2013; Zobar 2017; Kaçan 2018).

Bu araştırmada **DM tanısı almadan önce ve hâlen ÜS/CS sorunu** yaşamayan kadınların cinsel yaşam kalitesinin sorun yaşayan kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.7.8).

Literatürde genitoüriner sistem enfeksiyonları (Erbil 2011; Duman 2014; Güleriyüz, 2020), disparoni (Shin, Min, Park ve Son, 2014; Çöl, 2019; Ege ve diğ. 2011; Du, Ruan, Gu ve diğ. 2016; Lin, Lu, Livneh ve diğ. 2017; Tüzmen, 2019), vajinal kuruluk (Shin ve diğ. 2014; Elyasi, 2015; Du ve diğ. 2016; Lou, Chen, Zhu ve diğ. 2017; Zobar, 2017; Çöl, 2019), kötü koku (Çöl, 2019); cinsel isteksizlik (Zobar,

2017; Lou ve diğ. 2017); orgazm bozuklukları (Kaçan, 2018) gibi sorunların cinsel yaşamı olumsuz etkilediği bildirilmektedir.

Bu araştırmada **ÜS/CS sorun** olarak vajinal kuruluk yaşayan kadınların cinsel yaşam kalitesi en yüksek, vajinal kaşıntı ve sık tekrarlayan vajinal mantar enfeksiyonu yaşayan kadınların ise cinsel yaşam kalitesinin en düşük olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.7.8). Şahin M. ve Şahin Z.A. (2015) çalışmasında kadınların en fazla vajinal kuruluk yaşadığını bildirmiştir. Çalışmamızda da en fazla yaşanan ÜS/CS sorununun vajinal kuruluk olduğu tespit edilmiştir. Çiçek ve arkadaşlarının (2010) diyabet hastası kişilerde gözlenen deri bulguları üzerine yaptığı çalışmada hastaların en çok deri kuruluğu ve kaşıntıdan şikayetçi olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Ayrıca aynı çalışmada gözlenen deri bulgularından enfeksiyon hastalıklarının %43,4 ile en önemli deri bulgusu olduğu ve enfeksiyonlar içinde en büyük grubun ise %36,6 gibi bir oranla mantar enfeksiyonlarından oluştuğunu saptamışlardır. Piątkiewicz (2017) DM tanısı aldıktan sonra bireylerin yaklaşık yarısının cinsel isteksizlik yaşadığını ve cinsel ilişkiden kaçtığını bildirmiştir.

Bu araştırmada ÜS/CS sorun yaşayıp **danışmanlık** alan kadınların cinsel yaşam kalitesi puan ortalamalarının danışmanlık almayanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Çizelge 4.7.8). Yaralı (2013) evli kadınlarla yaptığı çalışmasında cinsellikle ilgili danışmanlık alan kadınların cinsel yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Altın (2013) DM’li kadın ve erkek popülasyonunda yaptığı çalışmada cinsel sorunlara danışmanlık alan bireylerin cinsel işlev bozukluklarının daha az olduğunu bildirmiştir. Altın ve Yaralı’nın çalışması çalışma bulgumuzu destekler niteliktedir.

Bu araştırmada **yaşayan çocuk sayısı** arttıkça cinsel yaşam kalitesinin arttığı tespit edilmiştir (Çizelge 4.7.9). Bu durum toplum yapımızda çocuk sahibi olmanın aileler için cinsel yaşam zevk ve doyumundan daha önemli olması ve çocuk sahibi olmayan kadınların, eşlerinin ve ailelerinin bunu sorun olarak görmeleri ile açıklanabilir. Ancak çalışma bulgumuzun aksine literatürde yaşayan çocuk sayısı artmasıyla cinsel yaşam kalitesinin azaldığını bildiren çalışmalara rastlanılmıştır (Jaafarpourve diğ. 2013; Yaralı, 2013; Zobar, 2017; Kaçan, 2018; Günaydın, 2019; Güleriyüz, 2020; Çöl, 2019).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Evli diyabetik kadınların cinsel yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

1. Kadınların %35,6'sı 40-44 yaş aralığında, %33,8'i ilkokul mezunu, %62,5'i ev hanımı, %69,4'ü orta gelirli, %85,6'sı çekirdek aile tipine sahip, %72,5'i il merkezinde yaşamakta ve %23,8'i sigara kullanmaktadır.
2. Kadınların eşlerinin %26,8'i 34-40 yaş aralığında %35,0'ı ilkokul mezunu, %55,0'ı sigara kullanmakta, %31,9'unun mesleği işçidir.
3. Kadınların %63,8'i 13-22 yaş aralığında evlenmiş, %42,5'i 22 ve üzeri yıldır evli, %56,9'unun evlilik şekli görücü usulüdür.
4. Kadınların %73,8'i APY kullanmakta olup, %43,2'sinin tubal ligasyon öyküsü vardır.
5. Kadınların %81,9'u Tip2 DM'li, %48,1'i 1-5 yıl süredir DM hastası, %96,2'si DM tedavisi almakta olup, tedavi alanların %40,9'unun oral antidiyabetik tedavisi aldığı saptanmıştır.
6. Kadınların %36,3'ü iki cinsel ilişki arası geçen sürenin iki haftadan daha uzun sürdüğünü belirtirken, %65,6'sı ÜS/CS sorunu yaşadığını ve sorun yaşayanların %45,0'ının yaşadığı ÜS/CS sorunun vajinal kuruluk olduğu saptanmıştır. Ayrıca ÜS/CS sorun için kadınların %97,5'inin danışmanlık almadığı saptanmıştır.
7. Kadınların CYKÖ-K puan ortalaması $34,53 \pm 30,36$ olarak saptanmıştır.
8. Kadınların yaşı, eğitim düzeyi, mesleği, gelir düzeyi algısı, aile tipi, yaşadığı yer, sigara kullanma durumu ile CYKÖ-K puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$).
9. Kadınların eşlerinin yaşı, eğitim düzeyi, mesleği ile CYKÖ-K puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$).
10. Kadınların evlilik yaşı, evlilik süresi ve evlilik şekli ile CYKÖ-K puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$).

11. Kadınların APY kullanma durumu ve kullanılan APY ile CYKÖ-K puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).
12. Kadınların DM tipi ve alınan DM tedavi yöntemi ile CYKÖ-K puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunurken ($p<0,05$), DM süresi ve DM tedavi alma durumu ile CYKÖ-K puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).
13. Kadınların cinsel ilişki sıklığı, DM tanısı almadan önce ÜS/CS sorunu yaşama durumu ve yaşanan sorunlar için danışmanlık alma durumu ile CYKÖ-K puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunurken ($p<0,05$), halen ÜS/CS sorun yaşama durumu ve yaşanan ÜS/CS sorunlar ile CYKÖ-K puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Diyabetik kadınların eğitim ve danışmanlığında cinsel sağlık konularına yer verilmesi, risk faktörlerinin değerlendirilmesi, cinsel yaşam kalitelerinin değerlendirilmesini sağlayacak bireysel risk faktörlerinin incelenmesi ve eğitim, danışmanlık, yönlendirme ve sevk mekanizmasında cinsel sağlığın göz önünde bulundurulması,
- Sağlık hizmet sunumunda ve sağlık hizmet sunucularının vereceği eğitim ve danışmanlık hizmetleri içinde DM'nin cinsel işlevlere ve cinsel yaşam kalitesine etkisinin ayrıca ele alınması,
- Başta hemşireler olmak üzere sağlık hizmet sunucularının DM'nin cinsel yaşama etkisini belirleyebilmek için detaylı anamnez alması, yaşam kalitesini sorgulaması ve buna yönelik eylem planı geliştirerek hemşirelik bakım uygulamalarının içinde bireye özgü hemşirelik tanıları oluşturup bu tanıları öncülüğünde müdahalede bulunması,
- Kadın cinselliğini etkileyen eş faktörünü ayrıntılı sorgulayan, geniş örneklem grupları ile nitel ve nicel çalışmalar yapılması,
- Konuyla ilgili yapılacak olan çalışmalarda örneklem büyüklüğü daha fazla olan randomize kontrol gruplu çalışmalar planlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Afshari, P., Yazdizadeh, S., Abedi P. ve Rashidi, H.** (2017). The Relation of Diabetes Type 2 with Sexual Function among Reproductive Age Women in Iran, a Case-Control Study. *Hindawi Advances in Medicine Article ID 4838923*, 5 pages <https://doi.org/10.1155/2017/4838923>.
- Ahmed, M. R., Shaaban, M. M., Sedik, W. F. ve Mohamed, T. Y.** (2018). Prevalence and differences between type 1 and type 2 diabetes mellitus regarding female sexual dysfunction: A cross-sectional Egyptian study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39(3), 176–181.
- Akan, H. ve Doğan, S.** (2011). Birinci basamak sağlık hizmetinde cinsel işlev bozukluklarına yaklaşım. *Türk Aile Hek Derg*; 15(2):69-76.
- Akan, H.** (2015). Diyabet ve Sertleşme Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 6(1): 46-51.
- Akarsu, R.H. ve Beji, N.K.** (2016). Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. *Androloji Bülteni*, 18(65): 134–137
- Alizadeh, N. S., Arasteh, M., Mohsenpour, B., & Karimian, F.** (2013). Comparison of sexual dysfunction between diabetic and non-diabetic women. *Journal of Mid-Life Health*, 4(3), 167–171. doi:10.4103/0976-7800.119001.
- AlMogbel, T.A., Amin, H.S., AlSaad, S.M., AlMigbal, T.H.** (2017). Prevalence of sexual dysfunction in saudi women with Type 2 diabetes: Is it affected by age, glycemic control or obesity?. *Pak J Med Sci*, 33(3):732-737. doi: <https://doi.org/10.12669/pjms.333.12166>.
- Altın, N.** (2013). *Diyabetli Kadın Ve Erkek Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğunu Etkileyen Faktörler* (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- American Diabetes Association** (2011). Statistics about diabetes. Data from the 2011 National Diabetes Facts Sheet. <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/statistics/>
- American Diabetes Association.** (2015). Classification and diagnosis of diabetes. Sec. 2. In Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 38, 8-16.
- American Psychiatric Association** (2013). DSM-5: Diagnostic and Stastical Manual of Mental Disorders. 5 th Ed. Washington DC: American Psychiatric Pres.
- Appa, A.A., Creasman, J., Brown, J.S., Van Den Eeden, S.K., Thom, D.H., Subak, L.L. ve Huang, A.J.** (2014). The impact of multimorbidity on sexual function in middle-aged and older women: beyond the single disease perspective. *J Sex Med*, 11(11):2744–55.
- Atay, Y.** (2017). *İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi, İlişkilerindeki Mutluluk Düzeyi ve Etkileyen Faktörler*. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Atmaca, A.,** (2012). Diabetes Mellitusun Tanı ve İzlem Kriterleri. *Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi*, 29, 2-6.
- Bahadır, Ç.T. ve Atmaca, H.** (2011). Diyabet ve Egzersiz. *Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi - Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29 :16-22.
- Bagherzadeh, R., Zahmatkeshan, N., Gharibi, T., Akaberian, S., Mirzaei, K., Kamali, F., Pouladi, S., Yazdanpanah, S., Jamand, T., Yazdankhahfard, M. & Khoramroudi, R.** (2010). Prevalence of Female Sexual Dysfunction and

Related Factors for Under Treatment in Bushehrian Women of Iran. *Sexuality and Disability*, 28(1):39–49.

- Bak, E., Marcisz, C., Krzeminska I.D.S., Dobrzym-Matusiak, D., Foltyn, A. ve Drosdzol-Cop, A.** (2018). Does Type 1 Diabetes Modify Sexuality and Mood of Women and Men?. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 15, 958; doi:10.3390/ijerph15050958.
- Bal, M.D., Dereli Yılmaz, S., Gedik Çelik, S., Dinçağ, N., Kızılkaya Beji, N. ve Yalçın, Ö.** (2015). Does the Diabetes of Type 2 Affect the Sexual Functions of Women?. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41:1, 107-113, doi: 10.1080/0092623X.2013.842193.
- Bal, D.N.** (2014). Hemşirelerin cinsel bakıma ilişkin tutum ve inançları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(3):38-42.
- Barbagallo, F., Mongiò, L.M., Cannarella, R., S.L., Vignera, Condorelli, R.A. ve Calogero, A.E.** (2020). Sexual Dysfunction in Diabetic Women: An Update on Current Knowledge. *Diabetology*; 1, 11–21. doi:10.3390/diabetology1010002.
- Barutçu, A.** (2014). Annelik–Cinsellik–Beden. *İlef dergisi* 1(2): 37-57.
- Başkan, B.** (2015). *İnflamatuvar Barsak Hastalığı Olan Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Bajaj, S., Jawad, F., İslam, N., et al.** (2013). South Asian women with diabetes: Psychosocial challenges and management: Consensus statement. *Indian J Endocrinol Metab*, 17:548–62.
- Beştepe, E.** Yaşlı Kadınlarda Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları. www.geriatri-gnp.com. Erişim Tarihi: 25.08.2019.
- Bozdemir, N. ve Özcan, S.** (2011). ‘Cinselliğe ve Cinsel Sağlığa Genel Bakış, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı’. *Turkish Journal of Family Medicine And Primary Care*, 37-46.
- Boylu, A.A. ve Paçacıoğlu, B.** (2016). Yaşam Kalitesi Ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8 (15).
- Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin küresel eylem planı 2013-2020.** Erişim Adresi: http://kronikhastaliklar.thsk.saglik.gov.tr/dosya/Global_Action_plan_2013-2020_TR.pdf. Erişim Tarihi: 13.08.2019.
- Byrne, M., Doherty, S., McGee, H. ve Murphy, A.W.** (2010). General practitioner views about discussing sexual issues with patients with coronary heart disease: a national survey in Ireland. *BMC Fam Pract* 11:40.
- Chedraui, P., Pérez-López, F.R., Sánchez, H., Aguirre, W., Martínez, N., Miranda, O., Plaza, M.S., Schwager, G., Narváez, J., Quintero, J.C. & Zambrano, B.** (2012). Assessment of sexual function of mid-aged Ecuadorian women with the 6-item Female Sexual Function Index. *Maturitas*, 71(4): 407-12.
- Chimen, M., Kennedy, A., Nirantharakumar, K., Pang, T.T., Andrews, R. & Narendran, P.** (2012). What Are The Health Benefits of Physical Activity in Type 1 Diabetes Mellitus? A Literature Review. *Diabetologia*, 55(3), 542-51.
- Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi** (2007). Cinsel Yaşam ve Sorunları, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, İstanbul.

- Colberg, S.R., Sigal, R.J., Yardley, J.E., Riddell, M.C., Dunstan, D.W., Dempsey, P.C., Horton, E.S., Castorino, K. & Tate, D.F.** (2016). Physical Activity/Exercise and Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 39: 2065-2079.
- Coşansu, G.** (2015). Diyabet: Küresel Bir Salgın Hastalık. *Okmeydanı Tıp Dergisi 31(Ek sayı)*, 1-6. doi:10.5222/otd.2015.001.
- Çallı, D.** (2014). *Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Yeterlilik Algısı ve İyilik Halinin Değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Denizli.
- Çelik, S., Gölbaşı, Z., Kelleci, M. ve Satman, İ.** (2015). Sexual Dysfunction and Sexual Quality of Life in Women with Diabetes: The Study Based on a Diabetic Center. *Sex Disabil*, 33:233–241 doi: 10.1007/s11195-014-9383-3.
- Çiçek, D., Kandi, B., Oğuz, S., Dertlioğlu Bakar, S., Özkan, Y., Çolak, R. ve Halisdemir, N.** (2010). Diyabetes Mellituslu Hastalarda Gözlenen Deri Bulguları. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg.*, 24 (2): 77 – 80. <http://www.fusabil.org>.
- Çiftçi, H. ve Yeni, E.** (2014). Diyabetes mellitus'un kadın cinsel fonksiyonlarına etkisi. *Androloji Bülteni*, 16 (56): 83-87.
- Çoban, V.** (2012). *Postpartum dönemdeki kadınların cinsel yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler* (Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sivas.
- Çöl, D.** (2019). *Birinci Basamaktaki Evli Kadınların Cinsel İşlev Bozukluğu Ve Cinsel Yaşam Kalitesi Yönünden İncelenmesi Ve Etki Eden Faktörlerin Araştırılması* (Tıpta Uzmanlık). Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Adana.
- Demir, S.** (2020). Diyabetik Erkek ve Kadınlarda Seksüel Disfonksiyon. *Van Tıp Derg.*, 27(1): 109-116.
- Demirseren, D.D., Akoğlu, G., Emre, S., Metin, A., Çuhadar, F.H. ve Çakır, B.** (2014). Tip 2 diyabetli hastalarda mukokutanöz fungal infeksiyonlar için risk faktörleri. *Türkderm*, 48: 87-91.
- Du, J., Ruan, X., Gu, M., Bitzer, J. & Mueck, A.O.** (2016). Prevalence of and risk factors for sexual dysfunction in young Chinese women according to the Female Sexual Function Index: an internet-based survey. *European Journal Contraception & Reproductive Health Care*, 21(3): 259-263. doi: 10.3109/13625187.2016.1165198.
- Duman, N.B.** (2014). Frequency of sexual dysfunction and its causative factors among diabetic women in Turkey. *Pak J Med Sci*, 30(3).
- Duman, N.B., Koçak, D.Y. ve Yılmazel, G.** (2015). Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları ve Temel Hemşirelik Yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri J Obstet Topics Kadın Sağlığı Özel Sayısı*, 1(2): 35-41.
- Duman, N.B. (Ed.)** (2019). Cinsel Sağlık. Nobel Tıp Kitapevleri. Ankara.
- Durgun, O.** (2012). *Tip 2 Diyabetik Kadınlarda Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi* (Uzmanlık Tezi). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı. Bursa.
- Doğan, T., Tuğut, N. ve Gölbaşı, Z.** (2013). The relationship between sexual quality of life, happiness, and satisfaction with life in married Turkish women. *Sexuality and Disability*, 31: 239–247.

- Doğan, S.** (2011). Cinsel işlev bozuklukları, depresyon ve antidepresanlar. *Journal of Mood Disorders*, 1(2):81-6.
- Edwards, D.** (2013). Sexual health and dysfunction in men and women with diabetes. *Diabetes & Primary Care*, 15:309–18.
- Ege, E., Akın, B., Yaralı, A.S.N. ve Bilgili, N.** (2010). Sağlıklı Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Sıklığı Ve Risk Faktörleri. *TÜBAV Bilim*, 3(1): 137-144.
- Elyasi, F., Kashi, Z., Tasfieh, B., Bahar, A., ve Khademloo, M.** (2015). Sexual dysfunction in women with type 2 diabetes mellitus. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 40(3), 206–213.
- Erbil, N.** (2011). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Turkish women attending a maternity and gynecology outpatient clinic. *Sexuality and Disability*, 29(4):377-386.
- Erten, Z.K., Zincir, H., Özkan, F., Selçuk, A. ve Elmalı, F.** (2019). Sexual lives of women with diabetes mellitus (type 2) and impact of culture on solution for problems related to sexual life. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 995–1004, doi: 10.1111/jocn.12273.
- Eryılmaz, G. ve Nazik, E.** (2011). Kadınlarda disparoni ve hemşirelik yaklaşımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 213-214.
- Eser, B.E., Yazgan, Ü.C., Gürses, S.A. ve Aydın, M.** (2016). Diabetes Mellitus ve Epigenetik Mekanizmalar. *Dicle Tıp Dergisi*, 43(2): 375-382.
- Esposito, K., Maiorino, M.I., Bellastella, G., Giugliano, F., Romano, M. & Giugliano, D.** (2010). Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. *International Journal of Impotence Research*, 22(3): 179-84.
- Fışkın, G. ve Beji, N.K.** (2014). Cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi ve hemşirenin rolü. *AND*, 16(56): 73-76.
- Flotynska, J., Uruska, A., Michalska, A., Araszkievicz, A. & Zozulinska-Ziolkiewicz, D.** (2019). Sexual Dysfunction Is a More Common Problem in Young Women with Type 1 Diabetes than in Healthy Women. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 45(7): 643–651. doi: 10.1080/0092623x.2019.1610121.
- Gereklioğlu, Ç., Başhan, İ. ve Akpınar, E.** (2010). Erkek Cinsel İşlev Bozukluklarında Aile Hekimliği Yaklaşımı. *Marmara Medical Journal*, 23(2);308-315.
- Giraldi, A. ve Kristensen, E.** (2010). Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *The Journal of Sexual Medicine* 47, 199–211.
- Gök, S.** (2016). *Diyabetik Kadınlarda Üriner Semptomlar Ve İnkontinansın Yaşam Kalitesine Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul
- Gölbaşı, Z., Tuğut, N., Erenel, A. ve Eroğlu, K.** (2014). Jinekoloji polikliniğine başvuran evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili bazı faktörler. *Cumhuriyet Medical Journal*, 36 (1), 1-10.
- Gölbaşı, Z. ve Evcili, F.** (2013). Hasta cinselliğinin değerlendirilmesi ve hemşirelik: engeller ve öneriler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16:182-189.
- Gölbaşı, Z. ve Erenel, A.Ş.** (2012). The quality of sexual life in women with gynaecological cancers. *Archives of gynecology and obstetrics*, 285 (6):1713-17.

- Gupta, L., Prakash, S., Khandelwal, D., Kalra, B. ve Kalra, S.** (2018). Diabetes and Female Sexual Dysfunction. *US Endocrinolog*, 14(1):35–38. doi: <https://doi.org/10.17925/USE.2018.14.1.35>.
- Gül, K.** (2015). Diabetes Mellitus Sınıflama, Tanı ve Tarama Testlerine Genel Bakış. *KSU Tıp Fak Der* 10 (2): 12-16.
- Güleroğlu, T.F. ve Beşer, N.G.** (2014). Hamile kadınların cinsel işlevlerinin değerlendirilmesi . *Cinsel Tıp Dergisi*, 11: 146 - 153 .
- Güleryüz, A.** (2020). *Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki* (Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Samsun.
- Günaydın, D., Tiryaki, A., Sağlam Aykut, D., Civil Arslan, F.** (2019). Psikiyatri Polikliniğine Başvuran 18-65 Yaş Arası Evli Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğu Sıklığı ve Sosyodemografik Veriler ile İlişkisi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 11(3): 416-423.
- Gündüz, F.** (2014). *Tip II Diabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi. Ankara.
- Hindistan, S.ve Çilingir, D.** (2013). Sexual dysfunction in Turkish men and women with type 2 diabetes mellitus. *Sex Disabil*, 31:31–41.
- International Diabetes Federation.** (2013). Diabetes Atlas, Sixth Edition, http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf.
- International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 8th Edition** (2017). Brussel: International Diabetes Federation. ISBN: 978-2-930229-87-4.
- International Diabetes Federation: IDF Diabetes Atlas** (2019). https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20191217_114332_IDF_Atlas_9th_Edition_2019.pdf.
- Izdebski, Z.** (2012). Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Jaafarpour, M., Khani, A., Khajavikhan, J. ve Suhrabi, Z.** (2013). Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. *J Clin Diagn Res*, 7(12):2877-80.
- Kaçan, T.** (2018). *Çalışan Evli Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesinde Toplumsal Cinsiyet Rollerini Ve Çift Uyumu İlişkisi* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. İstanbul.
- Karakoyunlu, F.B. ve Öncel, S.** (2014). 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğu Görülme Sıklığı. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 6(2):63-74.
- Karbage, S.A., Santos, Z.M., Frota, M.A., de Moura, H.J., Vasconcelos, C.T., Neto, J.A.V. & Bezerra, L.R.** (2016). Quality of life of Brazilian women with urinary incontinence and the impact on their sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 201:56-60.
- Keskin, Ö. ve Balcı, B.** (2011). Diabetes Mellitus ve Kardiyovasküler Komplikasyonlar. *Kafkas J Med Sci*, 1(2):81–85. doi: 10.5505/kjms.2011.09797.
- Kırıkkaleli, Z.** (2015). *Gebelerin Cinsel Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler* (Yüksek Lisans Tezi). Yakın doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. KKTC.
- Kısa, S., Zeyneloğlu, S., Yılmaz, D. ve Güner, T.** (2014). ‘Quality of Sexual Life and Its Effect on Marital Adjustment of Turkish Women In Pregnancy’. *Journal Sex and Marital Therapy*, 40(4), 309–322.

- Kızılay, F., Gali, H.E., Şerefoğlu, E.C.** (2017). Male and female sexual dysfunction in diabetic subjects: Focus on new antihyperglycemic drugs. *Diabetes and Sexuality. Sex Med Rev.* 5(1):45–51. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.07.002>.
- Kim, I.M. & Kang, S.** (2015). A Study on Body Image, Sexual Quality of Life, Depression, and Quality of Life in Middle-aged Adults. *Asian Nursing Research*, 9, 96-103.
- Kin, Ö.K.** (2015). *Diyabetli Bireylerin Diyabet Komplikasyonlarına Farkındalığı Ve Diyabet Özbakım Davranışları* (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.
- Kodaz, N.D.** (2013). *Gebelikte Cinsel Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler* (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Konya.
- Kolodny, R.C.** (1971). Sexual dysfunction in diabetic females. *Diabetes*, 20, 557-559
- Konca, L. ve Ayyavaz, G.** (2011). Tip 2 diyabetes mellitusun insülin dışı tedavisi. Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet, 2.baskı, Metin Özata, ed. İstanbul Tıp Kitabevi Yayıncılık, İstanbul, pp. 572-582.
- Köroğlu, E.** (2014). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. HYB Yayıncılık. Ankara.
- Lewis, R.W., Fugl-Meyer, K.S., Corona, G., Hayes, R.D., Laumann, E.O., Moreira, E.D., Rellini, A.H., ve Taylor, S.** (2010). Definitions/Epidemiology/Risk Factors for Sexual Dysfunction. *J Sex Med*, 7:1598–1607. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01778.x.
- Li, D., Wang, T., Shen, S., Fang, Z., Dong, Y. ve Tang, H.** (2017). Urinary tract and genital infections in patients with type 2 diabetes treated with sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetes Obes Metab*, 19:348–55. <https://doi.org/10.1111/dom.12825>.
- Lin, M.C., Lu, M.C., Livneh, H., Lai, N.S., Guo, H.R. & Tsai, T.Y.** (2017). Factors associated with sexual dysfunction in Taiwanese females with rheumatoid arthritis. *BMC Women's Health*, 17(12): 1-7.
- Lou, W.J., Chen, B., Zhu, L., Han, S.M., Xu, T., Lang, J.H. & Zhang, L.** (2017). Prevalence and factors associated with female sexual dysfunction in Beijing, China. *Chinese Medical Journal*, 130(12): 1389-1394.
- Maaita, M.E., Khreisat, B.M., Tasso, O.A., Otom, N.N., Aljaafreh, B.M. & Abuassaf, G.M.** (2018). Prevalence and associated risk factors of female sexual dysfunction among Jordanian women. *J Family Med Prim Care*, (7):1488-92.
- Magdy, R.A., Mohamed, M.S., Wael, F.S. ve Tamer, Y.M.** (2018). Prevalence and differences between type 1 and type 2 diabetes mellitus regarding female sexual dysfunction: a cross-sectional Egyptian study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39:3, 176-181. doi: 10.1080/0167482X.2017.1318123
- Maiorino, M.I., Bellastella, G. ve Esposito, K.** (2014). Diabetes and sexual dysfunction: current perspectives. *Diabetes Metab Syndr Obes*, 6: 95-105.
- Maiorino, M. I., Bellastella, G., Castaldo, F., Petrizzo, M., Giugliano, D. ve Esposito, K.** (2017). Sexual function in young women with type 1 diabetes: The METRO study. *Journal of Endocrinological Investigation*, 40(2), 169–177. doi:10.1007/s40618-016-0542-5
- Maiorino, M. I., Bellastella, G., Giugliano, D., & Esposito, K.** (2018). From inflammation to sexual dysfunctions: A journey through diabetes, obesity, and metabolic syndrome. *Journal of Endocrinological Investigation*, 41(11), 1249–1258.

- Mazzilli, R., Imbrogno, N., Elia, J., Delfino, M., Adam, O.A., Napoli, A. ve Mazzilli, F.** (2015). Sexual dysfunction in diabetic women: prevalence and differences in type 1 and type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Metab Syndr Obes*, 8:97–101.
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D. & Seagraves, R. T.** (2015). Risk factors for sexual dysfunction among women and men: A consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine. *The Journal of Sex Medicine*, 13(2), 153–167. doi:10.1016/j.jsxm.2015.12.015.
- McCool-Myers, M., Theurich, M., Zuelke, A., Knuettel, H. & Apfelbacher, C.** (2018). Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Womens Health*, 18(1):108.
- Meeking, D.R., Fosbury, J.A. ve Cummings, M.H.** (2013). Sexual dysfunction and sexual health concerns in women with diabetes. *Practical Diabetes*, 30, 327-331. <http://dx.doi.org/10.1002/pdi.1805>.
- Mellerio, H., Guilmin-Crepon, S., Jacquin, P., Labeguerie, M., Levy-Marchal, C., & Alberti, C.** (2015). Long-term impact of childhood-onset type 1 diabetes on social life, quality of life and sexuality. *Diabetes & Metabolism*, 41(6), 489–497. doi:10.1016/j.diabet.2014.12.006.
- Mert, D.G. ve Özen, N.E.** (2011). Genel Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Kadın Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğu ve İlişkili Sosyokültürel Parametrelerin Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*; 14: 85-93.
- Mills, L.** (2015). Sexual and reproductive health in women with diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*, 19:272–5.
- Miner, M., Esposito, K., Guay, A. et al.** (2012). Cardiometabolic risk and female sexual health: the Princeton III summary. *J Sex Med*, 9:641–51.
- Naito, R. ve Kasai, T.** (2015). Coronary artery disease in type 2 diabetes mellitus: Recent treatment strategies and future perspectives. *World J Cardiol* 2015 March 26, 7(3): 119-124.
- Nayır, N.** (2010). *Edirne il merkezinde yaşayan erişkinlerde cinsel işlev ve cinsel işlev bozuklukları (tez)*. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi. Edirne.
- Nazik, E. ve Eryılmaz, G.** (2011). Kadında Disparoni ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1): 211-15.
- Nazik, E.** (2019). Cinsel Sağlık. Nobel Tıp Kitapevleri. (Ed. Duman, N.B.). Ankara.
- Nowosielski, K., Drosdzol, A., Sipinski, A., Kawalczyk, R. ve Skrzypulec, V.** (2010). Diabetes mellitus and sexuality-does it really matter? *J Sex Med*, 7:723–35.
- Pariser, G., Ann, D.M., Gillette, P. & Stephen, W.** (2010). Outcomes of an education and exercise program for adults with Type 2 diabetes, and comorbidities that limit their mobility: A Preliminary Project Report. *Cardiopulm Phys. Ther. J.* 21, 5-12.
- Piątkiewicz, P., Krasuski, T., Maksymiuk-Kłos, A. ve Owczarek, K.** (2017). Sexual dysfunction in diabetic patients — an important and overlooked complication. *Clinical Diabetology*, 6(4).
- Pontiroli, A.E., Cortelazzi, D. ve Morabito, A.** (2013). Female sexual dysfunction and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med*, 10, 1044-1051. <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12065>.
- Popovic, D.S., Majic, A. ve Prodanovic-Simeunovic J.** (2019). The sexual dysfunction in females with type 1 diabetes: Still an underestimated issue?. *Diabetes Updates*, 5: 1-4, doi: 10.15761/DU.1000119.

- Satman, I. ve TURDEP-II çalışma grubu.** (2011). TURDEP-II Sonuçları Türk Endokronoloji ve Metabolizma Derneği Resmi Web Sayfası. Erişim Adresi: http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf. Erişim Tarihi: 12.03.2019.
- Satman, İ., Ömer, B., Tütüncü, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinçcağ, N., Karsıdağ, K., Genç, S., Telci, A., Canbaz, B., Türker, F., Yılmaz, T., Çakır, B. ve Tuomilehto J.** (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and pre-diabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol*, 28:169-180.
- Saunamaki, N., Andersson, M. ve Engstrom, M.** (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *J Adv Nurs*, 66:1308–1316.
- Sevil, Ü. ve Ertem, G. (Ed.)** (2016). Perinatoloji ve Bakım. Ankara Nobel Tıp Kitabevi.
- Shahzad, M., Robaee, A.A., Hani, A., Alzolibani, A.A., Al Marshood, A.A., Al Moteri, B.** (2011). Skin Manifestations in Diabetic Patients Attending a Diabetic Clinic in the Qassim Region, Saudi Arabia. *Med Princ Pract*, 20:137-41.
- Shin, H., Min, B., Park, J. & Son, H.** (2017). A 10-year interval study to compare the prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in Korea: The Korean internet sexuality survey (KISS) 2014. *International Journal of Impotence Research*, 29: 49-53. doi:10.1038/ijir.2016.41.
- Shivananda, M.J. ve Rao, T.S.** (2016). Sexual dysfunction in medical practice. *Curr Opin Psychiatry*, 29:331–5.
- Sönmez, B., Aksoy, H., Öztürk, Ö., Öztürk, Z., Kasım, İ. ve Özkara, A.** (2015). Oral Antidiyabetik İlaç Kullanan Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında Diyet ve Egzersiz Hemoglobin A1c Düzeylerine Etkisi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 7(2), 93-98.
- Sungur, G. ve Taşçı, S.** (2014). Diabetes Mellitus'lu Kadınların Hijyenik Alışkanlıkları Ve Üriner Sistem Enfeksiyonu Görülme Durumu. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1): 12-21.
- Sümbüloğlu K. ve Sümbüloğlu V.** (2019). Biyoistatistik. Hatiboğlu Yayınevi. 19. Baskı. Ankara.
- Symonds, T., Boolell, M. ve Quirk, F.** (2015). Development of A Questionnaire on Sexual Quality of Life in Women. *Journal of Sex Marital Therapy*, 31(5), 385–397.
- Şahin, S., Ilcioğlu, K. ve Ünsal, A.** (2017). Evaluation Of Sexual Dysfunction, Depression And Quality Of Life Among Married Women Presented To A Gynecology Polyclinic Of A Training And Research Hospital In Sakarya. *Clin Exp Health Sci*. doi: 10.5152/clinexphealthsci.2017.619.
- Şahin, M. ve Şahin, Z.A.** (2015). Effect of sexual dysfunction and sexual quality of life in type 2 diabetes women: a pilot study from Turkey. *Int J Diabetes Dev Ctries (December 2015) 35 (Suppl 3):424–430*. doi: 10.1007/s13410-015-0392-2.
- Şahin, H. N., Batgün, D. A. ve Pazvatoğlu, A. E.** (2012). Cinsel İşlevlerdeki Sorunlarda Kişiler Arası Tarz, Kendilik Algısı ve Öfkenin Kontrolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(1): 18 – 25.
- Şahpaz, F. ve Ulutaş, K.T.** (2015). Assessment of mean platelet volume in type 2 diabetics receiving insulin or oral antidiabetic agents. *Dicle Med J*, 42, 399-403.
- Şirin, A. ve Kavlak, O.** (2015). Kadın Sağlığı. Nobel Tıp Kitabevi. Ankara.
- Omidvar, S., Niaki, M.T., Amiri, F.N., Kheyrikhah, F.** (2013). Sexual dysfunction among women with diabetes mellitus in a diabetic center in Amol. *J Nat Sci Biol Med*. 4:321–4.

- Özcan, S., Hotun Şahin, N., Bilgiç, D. ve Yılmaz, D.S.** (2011). Is sexual dysfunction associated with diabetes control and related factors in women with diabetes. *Sexuality and Disability*, 29, 251–261.
- Özcan, L. ve Polat, E.C.** (2015). Diyabet ve Cinsel Yaşam. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 31(Ek sayı): 57-62.
- Özel, H.G.** (2010). Tip 1 diabetes mellitus ve beslenme. *Diyabet ve obezite*:20
- Öztürk, M.** (2011). *Tip 2 Diyabetik Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukları* (Yan Dal Uzmanlık Tezi.). Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji Ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı. Konya.
- Tamás, V. ve Kempler, P.** (2014). Sexual dysfunction in diabetes. *Handb Clin Neurol*, 126:223–32.
- Taşkın, L. (Ed.)** (2020). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 16. Baskı. Ankara.
- Tezcan, K.A.** (2012). *Bisfenol A'nın Diyabet ve Obezite İle İlişkinin Değerlendirilmesi*. (Yandal Uzmanlık Tezi). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Ankara.
- Topçu, K.** (2015). *Tip II Diabetes Mellituslu Bireylerde Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Akdeniz Üniversitesi. Antalya.
- Tuğut, N.** (2016). Cinsel İşlev Bozukluğu ve Güncel Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 2(1).
- Tuğut, N. ve Gölbaşı, Z.** (2010). Cinsel yaşam kalitesi ölçeği – Kadın Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 32, 172-80.
- Turan, A.** (2013). *Evli Bireylerin Cinsel Mit İnançları, Cinsel Bilgi Düzeyleri, İlişkilerindeki Mutluluk Düzeyleri Ve Cinsel Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Tümer, G. ve Çolak, R.** (2012). Tip 2 diabetes mellitusda tıbbi beslenme tedavisi. *Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi - Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29: 12-15.
- Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği (TEMED)** (2014). Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. http://www.turkendokrin.org/files/file/DIYABET_TTK_web.pdf. Erişim Tarihi: 26.07.2019.
- Tüzmen, H.** (2019). *Postpartum Dönemde Cinsel Yaşam Kalitesi Ve İlişkili Faktörler* (Yüksek Lisans Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü. Konya.
- Ulusal Diyabet Konsensus Grubu**, (2019). Diyabette Tanı ve Tedavi Rehberi.
- United Nations Resolution 61/225: World Diabetes Day.** <http://www.idf.org/sites/default/files/UNResolutiononWorldDiabetesDayofDec2006.pdf>. Erişim Tarihi: 15.08.2019.
- Unwin, N., Gan, D. & Whiting, D.** (2010). The IDF Diabetes Atlas: providing evidence, raising awareness and promoting action. *Diabetes. Res. Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi - Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29: 7-11.
- Wallwiener, C.W., Wallwiener, L.M., Seeger, H., Mück, A.O., Bitzer, J. & Wallwiener, M.** (2010). Prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female German medical students. *J Sex Med*, 7(6):2139-2148.
- World Health Organization.** Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva, 2006;sayfalar. Available from:

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.

- World Health Organization.** (2019). Global report on diabetes.
- Vafaeimanesh, J., Raei, M., Hosseinzadeh, F. ve Parham, M.** (2014). Evaluation of sexual dysfunction in women with type 2 diabetes. *Indian J Endocrinol Metab*, 18:175–9.
- Verschuren, J.E.A., Enzlin, P., Dijkstra, P.U., Geertzen, J.H.B. ve Dekker, R.** (2010). Chronic disease and sexuality: A generic conceptual framework. *The Journal of Sexual Medicine*, 47, 153– 170.
- Yaralı, S.** (2013). *Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Erzurum.
- Yaşar, H., Özkan, L. ve Tepeler, A.** (2010). Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi*, 1(3):235-240.
- Yao Fang, S., Xin Yu, S., Qing Qing, L., Ya Juan, C., Hui Juan, Z. ve Jian Ying, Z.** (2012). Study on Female Sexual Dysfunction in Type 2 Diabetic Chinese Women. *Biomed Environ Sci*, 25(5): 557-561.
- Yazgan, Ü.C., Taşdemir, E., Bilgin, H.M. et al.** (2015). Comparison of the anti-diabetic effects of resveratrol, gliclazide and losartan in streptozotocin-induced experimental diabetes. *Arch Physiol Biochem*, 121, 157-161.
- Yenigün, E.C., Okyay, G.U., Pirpir, A., Hondur, A. ve Yıldırım, İ.S.** (2014). Increased mean platelet volume in type 2 diabetes mellitus. *Dicle Med J*, 41, 17-22.
- Zamponi, V., Mazzilli, R., Bitterman, O., Olana, S., Iorio, C., Festa, C., Giuliani, C., Mazzilli, F. ve Napoli, A.** (2020). Association between type 1 diabetes and female sexual dysfunction. *BMC Women's Health*, 20:73
- Zincir, H., Özkan, F., Erten, Z.K. ve Seviğ, U.** (2011). Sexual lives and family functions of women with low educational status and income level who have disabled family members. *Sexuality and Disability* 29, 197–206.
- Zobar, E.** (2017). *18-49 Yaş Arası Üreme Çağındaki Evli Kadınların Cinsel Fonksiyonlarından Memnuniyet Durumu, Cinsel Semptomları Ve Bu Semptomların Cinsel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Edirne.

EKLER

EK A: Kişisel Bilgi Formu (KBF)

1. Yaşınız.....

2. Boyunuz.....

3. Kilonuz.....

4. Eğitim düzeyiniz nedir?

Okuryazar değil

Okuryazar

İlkokul

Ortaokul

Lise

Üniversite ve üzeri

5. Mesleğiniz nedir?

Evhanımı

Memur

İşçi

İşveren

Emekli

6. Eşinizin yaşı.....

7. Eşinizin eğitim düzeyi nedir?

Okuryazar değil

Okuryazar

İlkokul

Ortaokul

Lise

Üniversite ve üzeri

8.Eşinizin mesleği nedir?

Çalışmıyor

Memur

İşçi

İşveren

Emekli

Çiftçi

9. Aylık gelir düzeyinizi tanımlayınız.

Kötü

Orta

İyi

10. Sigara kullanıyor musunuz? Evet () Hayır ()

11. Eşiniz sigara kullanıyor mu? Evet () Hayır ()

12. Aile tipiniz nedir?

Çekirdek (eşim,ben ve çocuklarım)

Geniş (eşim,ben, çocuklarım ve aile büyükleri)

13. Nerde yaşıyorsunuz?

İl İlçe Köy

14.Kaç yaşında evlendiniz?.....

15.Kaç yıldır evlisiniz?.....

16.İlk adet yaşıınız nedir?.....

17.İlk gebelik yaşıınız?.....

18.Kaç doğum yaptınız?.....

19.Küretaj sayınız?.....

20.Düşük sayınız?.....

21.Yaşayan çocuk sayınız?.....

22.Evlenme şekliniz nedir?

- Görücü usulü Tanışıp anlaşarak

23. Doğum kontrol yöntemi kullanıyor musunuz? Hangi yöntemi kullanıyorsunuz?

- Kullanmıyorum
 Tüplerim bağlı
 Geri çekme
 Kondom
 Doğum kontrol hapi
 Rahim içi araç

24.Diyabet tipiniz nedir?.....

25.Kaç yıldır diyabetsiniz?.....

26.Diyabet için tedavi alıyor iseniz aldığınız tedavi yöntemi nedir?

- Tedavi almıyorum
 Oral antidiyabetik (şeker hapi)
 İnsülin iğnesi
 Oral antidiyabetik + insülin iğnesi

27.Cinsel ilişki sıklığınızı belirtiniz.....

- haftada bir veya iki
 1 haftadan daha uzun
 2 haftadan daha uzun
 1 aydan daha uzun

28. Diyabet tanısı almadan önce cinsel yaşamınızda sorun var mıydı?

- evet hayır

29.Şu anda cinsel yaşamınızda sorun yaşıyor musunuz?

- evet hayır

30. Cinsel yaşamınızdaki sorunları tanımlayınız.....

31. Cinsel sorunlar hakkında danışmanlık aldınız mı?

- evet hayır

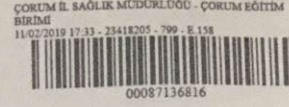
EK B: Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın (CYKÖ-K)

	Tamamen katılıyorum	Büyük ölçüde katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kısmen katılmıyorum	Büyük ölçüde katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayatımın eğlenceli / zevkli bir parçası olduğunu düşünüyorum						
2. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, hayal kırıklığı hissediyorum						
3. Cinsel yaşamımı düşündüğümde kendimi üzgün (depresif) hissediyorum						
4. Cinsel yaşamımı düşündüğümde kendimi bir kadın olarak eksik hissediyorum						
5. Cinsel yaşamımı düşündüğümde kendimi iyi hissediyorum						
6. Cinsel bir eş olarak kendime güvenimi yitirdim						
7. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, sıkıntı hissediyorum						
8. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, kızgınlık hissediyorum						
9. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, eşime yakın olduğumu hissediyorum						
10. Cinsel yaşamımın geleceği hakkında endişeleniyorum						
11. Cinsel ilişkiden zevk almıyorum						
12. Cinsel yaşamımı düşündüğümde, utanıyorum						
13. Cinsel konularla ilgili eşimle konuşabileceğimi düşünüyorum						
14. Cinsel ilişkiden kaçınıyorum						
15. Cinsel yaşamımı düşündüğümde suçluluk hissediyorum						
16. Cinsel yaşamımı düşündüğümde eşimin rencide olmuş ya da reddedilmiş hissetmesinden endişeleniyorum						
17. Cinsel yaşamımı düşündüğümde birşeyleri kaybetmiş gibi hissediyorum						
18. Cinsel yaşamımı düşündüğümde cinsel ilişki sıklığından memnunum						

EK C: Kurum İzin Formu



T.C.
ÇORUM VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 23418205/
Konu : Bilimsel Çalışma Ön İzin Komisyon Onayı

Sayın: Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN
(T.C. Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü)
Merkez/ÇORUM

İlgi: 28.01.2019 tarihli başvurunuz.

İlgi tarihli başvurunuza istinaden; sorumlu araştırmacılığını yapacağımız “Evli ve Diyabetik Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler” isimli çalışmanın, Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığına bağlı T.C. Sağlık Bakanlığı Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Servislerinde uygulanabilmesi için Ön İzin verilmesi hakkında alınan Müdürlük Makamının 05.02.2019 tarih ve 23418205-799-E.125/86635527 sayılı Bilimsel Çalışma Ön İzin Komisyon Onayı, Ön İzin Formu, Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu yazımız ekinde gönderilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Finans Hizmetleri Başkanlığının 20.02.2013 tarih ve 1488 sayılı Onayı ile yürürlüğe giren “Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul ve Esaslar Hakkındaki Yönergenin 7. Maddesinde “Çalışma, ön izin alınmasına müteakip destekleyici tarafından sağlık tesisinden alınacak hizmetleri değerlendirmek üzere “Araştırma/Proje Bütçe Formu” ve ekleri ile birlikte Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna gönderilir. Eğer sağlık tesisinden alınacak hizmet yoksa çalışma Kuruma bilgi amaçlı gönderilir denilmekte olup, ilgili madde doğrultusunda işlem yapılması, destekleyici veya bilimsel çalışmayı yapan kişiler tarafından kurumla yapılan yazışmalardan tarafımıza bilgi verilmesi, çalışmanın başlayış ve bitiş tarihlerinin Başkanlığımıza bildirilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. İhsan DEMİRBAŞ
Başkan

EKLER:

- 1- Onay (1 Sayfa)
- 2- Ön İzin Formu (1 Sayfa)
- 3- Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu (2 Sayfa)

Belgenin Aslı
Elektronik İmzalıdır
Kemal ATAĞ
Hizmetli
26.02.2019

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
Adr: Bahçelievler Mah. Çamlık Sok. No : 86 / A Merkez / ÇORUM Tel:0 364 219 55 00
Dahili No:7456-7457-7458 Ayrıntılı Bilgi İçin:Birim Sorumlusu:Yeliz YELEN AKPINAR
E-Posta: corumism.egitim@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d331ffac-4029-4eb2-8c8f-2a2c330a86a7 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK D: Etik Kurul Onay Formu



T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 2018-222


30/11/2018

Konu: Başvuru Değerlendirme Sonucu

Sayın Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN

Etik Kurulumuza yapmış olduğunuz başvurunuzla ilgili kurul kararımız ve ilgili bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Mehmet Omer BOSTANCI
Başkan

Başvuru Numarası	2018-133
Sorumlu Araştırmacı	Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN
Araştırma Başlığı	Evli Diyabetik Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler
Toplantı Tarihi	29/11/2018
Karar Numarası	2018-221

- Araştırma başvurunuz etik açıdan uygun bulunmuştur.
- Araştırmaya Kurum İzni/İzinleri alındıktan sonra başlanması uygun bulunmuştur.
- Başvurunun, ekte belirtilen düzeltmelerin yapılması halinde tekrar değerlendirilmesine karar verilmiştir.
- Araştırma projesi etik açıdan uygun olmadığından başvurunun reddine karar verilmiştir.

EK E: Aydınlatılmış Onam Formu

Tarih:

“ İLAÇ DIŞI / GİRİŐİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR” DA YER ALACAK OLAN “HASTALAR” İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŐ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Evli diyabetik kadınlarda cinsel yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni evli ve diyabet hastası olmanızdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. **Bu araştırma kapsamında size herhangi bir girişim yapılmayacaktır** ancak; size ait bazı bilgiler elde etmek istediğimiz için izninizi almak amacı ile bu form hazırlanmıştır. Size ait bu bilgilerin, kimliğiniz açıklanmamak kaydı ile bilimsel amaçla kullanımını onaylar iseniz bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Hemşirelik Anabilim Dalında, **Doç. Dr. Nuriye Büyükkayacı Duman** sorumluluğunda altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu başlık altında aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- *Bu araştırmanın amacı evli ve diyabet hastası kadınlarda cinsel yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri saptamaktır.*
- *Çalışmaya Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye kliniğine başvuran 160 evli ve diyabet hastası kadın katılacaktır.*

Bu çalışmaya katılmayı kabul edersem ne yapmam gerekiyor?

Bu başlık altında aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- Araştırma verilerinin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu (EK-A), Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (Ek B) kullanılacaktır.
- Araştırma 05.11.2018-28.12.2019 arasında gerçekleştirilecektir.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Çalışmanın herhangi riski bulunmamaktadır.

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

Araştırmadan beklenen toplum yararı; evli ve diyabet hastası kadınların cinsel yaşam kalitesinin ne boyutta olduğunu belirleyerek durumu etkileyen faktörleri belirlemek ve cinsel danışmanlık ve evlilik danışmanlığına ihtiyaç duyulup duyulmadığının belirlenmesi ve verilen danışmanlık eğitimlerine yön vermektir.

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI: Neslihan KAZAK SALTAN GÖREVİ: Yardımcı araştırmacı TELEFON:

■■■■■■■■■■

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Dahiliye kliniğinde , Neslihan KAZAK SALTAN tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, **Neslihan KAZAK SALTAN,** [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

[REDACTED] adresinden arayabileceğimi biliyorum. (Doktor ismi, telefon ve adres bilgileri mutlaka belirtilmelidir)

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Neslihan KAZAK SALTAN

Adres: [REDACTED]

[REDACTED]

İmza:

Tarih:

AYDINLATMA ve KATILIMCININ BEYANI KESİNLİKLE BİRBİRLERİNİN DEVAMI ŞEKLİNDE OLACAKTIR. AYRI AYRI SAYFALARDA YER ALMAYACAKTIR.

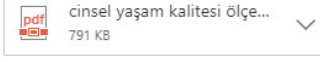
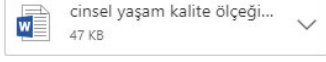
EK F: Ölçek Kullanım İzni

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kadın (CYKÖ-K)

NT

Pzt 6.08.2018, 16:26

Siz



2 ek (838 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

Sayın Satan,
"Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kadın (CYKÖ-K)" ölçeğini kullanmanızda hiç bir sakınca bulunmamaktadır. Çalışmanızda başarılar dilerim. Ölçek ve makale ektedir.
Sevgiler...

--
Doç. Dr. Nilüfer TUĞUT
Cumhuriyet Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
58140, Sivas



ÖZGEÇMİŞ

Adı – Soyadı : Neslihan KAZAK SALTAN

Doğum yeri ve tarihi : [REDACTED]

İletişim adresi ve telefonu : [REDACTED]

Öğrenim Durumu :

Lisans : 2012/ Hitit Üniversitesi/ Sağlık Yüksekokulu/ Hemşirelik Bölümü

Yüksek lisans : Hitit Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı (Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği)

Mesleki Deneyimi

- 2012 Hemşire Çorum Özel Elitpark Hastanesi, Servis Hemşiresi (Ticari (Özel))
- 2012- 2019 Hemşire Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Yoğun Bakım Hemşiresi (Diğer)

Bilimsel Çalışma Alanları

-**Saltan, N.K. ve Duman, N.B. (2018).** Doğum Yönetimi Ve Kanıt Temelli Yaklaşımlar. I. Uluslararası II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).

- **Saltan, N.K., Kormaz, V. ve Duman, N.B. (2018).** Doğuma Hazırlık Sınıfları İle İlgili Ulusal Yayınların Değerlendirilmesi. 5. Uluslararası 9. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi (Özet Bildiri/Poster).

-**Saltan, N.K. ve Koçak, D.Y. (2018).** Mikrobiyaya Ve Anne Sütü. 5. Uluslararası 9. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi (Özet Bildiri/Poster).

-**Saltan, N.K. ve Duman, N.B. (2018).** İSRC (Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kongresi). Savaşın Görünmez Yüzü: Kadınlaşan Göç Olgusu (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).

-**Saltan, N.K. ve Duman, N.B. (2018).** İSRC (Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kongresi). Cam Tavan Sendromu Ve Mobbing Sorunsalı İle Kadın İstihdamı (Özet Bildiri/ Sözlü Sunum)

-**Saltan, N.K. ve Koçak, D.Y. (2019).** 4. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı Ve Eğitimi Kongresi. Doğuma Hazırlık Sınıfının Nullipar Gebelerde Doğum Korkusu Üzerine Etkisi (Tam metin/ Sözlü Sunum).