

T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ESANSİYEL HİPERTANSİYONU OLAN KADINLARIN  
YAŞADIĞI CİNSEL SORUNLARIN BELİRLENMESİ**

**Cemile KÜTMEÇ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. Sabire YURTSEVER**

**MERSİN - 2008**

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

**ESANSİYEL HİPERTANSİYONU OLAN KADINLARIN  
YAŞADIĞI CİNSEL SORUNLARIN BELİRLENMESİ**

**Cemile KÜTMEÇ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. Sabire YURTSEVER**

**TEZ NO: 120**

**MERSİN - 2008**

**Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan "Esansiyel Hipertansiyonu Olan Kadınların Yaşadığı Cinsel Sorunların Belirlenmesi" başlıklı çalışma jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 03 / 09 / 2008

Yrd. Doç. Dr. Sabire YURTSEVER  
Mersin Üniversitesi  
Jüri Başkanı

Yrd. Doç. Dr. Meral ALTIOK  
Mersin Üniversitesi  
Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN  
Mersin Üniversitesi  
Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 04/09/2008 tarih ve 2008/266 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü  
İmza mühür

Doç. Dr. Ümü ÇÖMELEKOĞLU  
Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Çalışmanın planlanması ve yürütülmesini yönlendiren ve her aşamada bana destek veren Sayın **Yrd. Doç. Dr. Sabire YURTSEVER'e**,

Çalışmanın yöntemi konusunda katkılarda bulunan Sayın **Öğr. Gör. İlder HELVACI'ya**,

Çalıőmamı kardiyoloji polikliniğinde yürütmeme izin veren Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Baőhekimlik ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne,

Çalıőmamı yürüttüğüm kardiyoloji polikliniğinde görev yapan ve olumlu işbirliğı sağladığım ekip arkadaşlarıma,

Çalıőmam süresince her türlü konuda bana destek olan arkadaşım **Tuğba KARAKOÇ'a**,

Destekleri ile her zaman yanımda olan Aileme içtenlikle teşekkürlerimi sunuyorum.

# İÇİNDEKİLER

<b>KABUL ve ONAY</b> .....	ii
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	iii
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	iv
<b>ÇİZELGELER DİZİNİ</b> .....	viii
<b>KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	x
<b>ÖZET</b> .....	xii
<b>ABSTRACT</b> .....	xiii
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	7
2.1. Hipertansiyon.....	7
2.1.1.Hipertansiyonun Tanımı.....	7
2.1.2. Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	8
2.1.2.1.Kan Basıncı Düzeylerine Göre Sınıflandırma.....	8
2.1.2.2. Etiyolojiye Göre Sınıflandırma.....	10
2.1.2.3. Hedef Organ Hasarlarının Derecesine Göre Sınıflandırma.....	11
2.1.3. Dünyada ve Ülkemizde Hipertansiyon Prevelansı.....	12
2.1.4. Primer Hipertansiyonun Etiyolojisinde Rol Oynayan Faktörler.....	13
2.1.4.1. Genetik Faktörler.....	13
2.1.4.2. Yaş ve Cinsiyet.....	14
2.1.4.3. Irk ve Etnik Faktörler.....	14
2.1.4.4. Obezite.....	15
2.1.4.5. Tuz Alımı.....	15
2.1.4.6. Potasyum, Kalsiyum ve Magnezyum Alımı.....	16
2.1.4.7. Alkol ve Sigara.....	16
2.1.4.8. Çay- Kahve Tüketimi.....	17
2.1.4.9. Sosyo-ekonomik Düzey ve Psikososyal Faktörler.....	17
2.1.4.10. Kan Lipidleri.....	18
2.1.4.11. Fiziksel Hareketsizlik.....	19

2.1.5. Primer Hipertansiyonun Fizyopatolojisinde Etkili Mekanizmalar .....	19
2.1.5.1. Sempatik Sinir Sistemi Aktivasyonu.....	20
2.1.5.2. Renin - Anjiotensin - Aldosteron Sistemi.....	20
2.1.5.3. Endotel Fonksiyon Bozukluğu.....	21
2.1.5.4. Vasküler Reaktivite.....	22
2.1.5.5. Vasküler Değişiklikler.....	23
2.1.5.6. Renal Sodyum Tutulumu.....	23
2.1.5.7. İnsülin Direnci.....	24
2.1.5.8. Ürik Asit.....	24
2.1.5.9. İyon Transport Anormallikleri.....	25
2.1.6. Primer Hipertansiyonun Belirtileri.....	25
2.1.7. Hipertansiyonda Hedef Organlardaki Değişiklikler ve Komplikasyonlar.....	26
2.1.7.1. Kardiyovasküler Komplikasyonlar.....	26
2.1.7.2. Serebrovasküler Komplikasyonlar.....	27
2.1.7.3. Renovasküler Komplikasyonlar.....	28
2.1.7.4. Göz Komplikasyonları.....	28
2.1.7.5. Santral ve Periferik Arterlere İlişkin Komplikasyonlar.....	29
2.1.8. Hipertansiyonun Tedavisi.....	29
2.1.8.1. İlaç Dışı Tedavi (Yaşam Tarzı Düzenlemesi).....	30
2.1.8.2. Hipertansiyonun İlaçla (Farmakolojik) Tedavisi.....	33
2.2. Cinsellik Kavramı.....	35
2.2.1 Kadınlar da Cinsellik Kavramı.....	36
2.2.2. Kadınlar da Cinsel Yanıt Siklusu.....	38
2.2.3. Cinsel Yanıt Siklusunun Evreleri.....	39
2.2.3.1. İstek Evresi.....	39
2.2.3.2. Uyarılma Evresi.....	39
2.2.3.3. Plato Evresi.....	40
2.2.3.4. Orgazm Evresi.....	40
2.2.3.5. Çözülme Evresi.....	40
2.2.4. Kadınlar da Cinsel Fonksiyon Bozukluğu.....	41

2.2.5. Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	42
2.2.5.1. Cinsel İstek Bozuklukları.....	43
2.2.5.2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları.....	44
2.2.5.3. Orgazm Bozuklukları.....	45
2.2.5.4. Cinsel Ağrı Bozuklukları.....	46
2.2.6. Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun Nedenleri.....	47
2.2.6.1. Vasküler / Damarsal Nedenler.....	47
2.2.6.2. Nörolojik Nedenler.....	48
2.2.6.3. Hormonal nedenler.....	48
2.2.6.4. Müsküler nedenler.....	49
2.2.6.5. Psikolojik nedenler.....	49
2.2.6.6. İleri yaş.....	51
2.2.6.7. Cerrahi girişimler.....	51
2.2.6.8. Sosyokültürel ve sosyo-demografik nedenler.....	51
2.2.6.9. Kullanılan ilaçlar.....	52
2.2.7. Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi.....	53
2.2.7.1. Tıbbi öykü.....	53
2.2.7.2. Tanısal Testler.....	55
2.2.8. Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun Tedavisi.....	55
2.2.9. Hipertansiyonun Kadın Cinsel Fonksiyonu Üzerine Etkisi.....	58
2.2.10. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi.....	61
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>65</b>
3.1. Araştırmanın Amacı.....	65
3.2. Araştırmanın Şekli.....	65
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri.....	65
3.4. Araştırmanın Evreni.....	65
3.5. Araştırmanın Örnekleme.....	65
3.6. Verilerin Toplanması.....	66
3.6.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması.....	66
3.6.1.1. Kişisel Bilgi Formu.....	66
3.6.1.2. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği.....	66

3.6.2. Ön Uygulama.....	68
3.6.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	68
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	68
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	70
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>71</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>106</b>
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....</b>	<b>118</b>
6.1. SONUÇLAR.....	118
6.2. ÖNERİLER.....	120
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>121</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>142</b>
EK – 1. Kişisel Bilgi Formu.....	142
EK – 2. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği.....	145
EK – 3. İzin Yazısı.....	150
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>151</b>



## ÇİZELGELER DİZİNİ

<b>Çizelge 1.</b> 18 Yaş ve Üzeri Erişkinlerde Kan Basıncının Sınıflandırılması (2003 ESH / ESC kılavuzları).....	9
<b>Çizelge 2.</b> 18 Yaş ve Üzeri Erişkinlerde Kan Basıncının Sınıflandırılması (JNC VII 2003).....	10
<b>Çizelge 3.</b> Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Boyutları, Soruların Numaraları, Puan Aralıkları, Faktör Yükleri ve Minimum – Maksimum Değerleri.....	67
<b>Çizelge 4.</b> Deney ve Kontrol Grubunu Oluşturan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları.....	76
<b>Çizelge 5.</b> Deney ve Kontrol Grubunu Oluşturan Kadınların Eş / Partnere İlişkin Özelliklerine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları.....	81
<b>Çizelge 6.</b> Deney ve Kontrol Grubunu Oluşturan Kadınların Evliliğe İlişkin Özelliklerine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları.....	86
<b>Çizelge 7.</b> Deney ve Kontrol Grubunu Oluşturan Kadınların Doğuma İlişkin Özelliklerine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları.....	91
<b>Çizelge 8.</b> Deney ve Kontrol Grubunu Oluşturan Kadınların Beden Kitle İndeksine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları.....	93
<b>Çizelge 9.</b> Deney ve Kontrol Grubunu Oluşturan Kadınların Sigara Kullanma Durumlarına Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları.....	95
<b>Çizelge 10.</b> Esansiyel Hipertansiyonu Olan Kadınların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları.....	97
<b>Çizelge 11.</b> Esansiyel Hipertansiyonu Olan Kadınların Kullandıkları İlaç Gruplarına Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları.....	99
<b>Çizelge 12.</b> Deney ve Kontrol Grubunu Oluşturan Kadınların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puanı ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları.....	101

<b>Çizelge 13.</b> Kontrol Grubunu Oluşturan Kadınların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Ölçek Puanlarının Birbirleri ile Korelasyonu.....	103
<b>Çizelge 14.</b> Deney Grubunu Oluşturan Kadınların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Ölçek Puanlarının Birbirleri ile Korelasyonu .....	105

## KISALTMALAR DİZİNİ

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**CD:** Cinsel Disfonksiyon

**NHLBI:** National Heart, Lung and Blood Institute - Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**AKB:** Arteriyel Kan Basıncı

**SKB:** Sistolik Kan Basıncı

**DKB:** Diyastolik Kan Basıncı

**JNC VII:** The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure – Yüksek Kan Basıncını Önleme, Teşhis Etme, Değerlendirme ve Tedavisinde Ulusal Birleşik Komitenin VII. Raporu

**ESH:** European Society of Hypertension - Avrupa Hipertansiyon Derneği

**ESC:** European Society of Cardiology - Avrupa Kardiyoloji Derneği

**ISH:** International Society of Hypertension - Uluslararası Hipertansiyon Derneği

**NHANES:** National Health and Nutrition Examination Survey - Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması Anketi

**NHANES III and IV:** The Third and Fourth National Health and Nutrition Examination Surveys – III. ve IV. Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması Anketi

**EPIC:** European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition - Avrupa Kanseri ve Beslenme Araştırması

**TEKHARF:** Türk Erişkinlerde Koroner Hastalığı Risk Faktörleri ve Koroner Kalp Hastalığı

**LDL:** Düşük Dansiteli Lipoprotein

**HDL:** Yüksek Dansiteli Lipoprotein

**NCEP:** National Cholesterol Education Program – Ulusal Kolesterol Eğitim Programı

**SSS:** Sempatik Sinir Sistemi

**RAAS:** Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sistemi

**ACE:** Anjiyotensin Converting Enzim

**AT-I:** Anjiyotensin I

**AT-II:** Anjiyotensin II  
**ET – 1:** Endotelin – 1  
**NO:** Nitrik Oksit  
**Na:** Sodyum  
**K:** Potasyum  
**Ca:** Kalsiyum  
**Mg:** Magnezyum  
**SVH:** Sol Ventrikül Hipertrofisi  
**KAH:** Koroner Arter Hastalıkları  
**AHA:** American Heart Association - Amerikan Kalp Topluluğu  
**PATHS:** The Prevention and Treatment of Hypertension Study – Hipertansiyonu Önleme ve Tedavi çalışması  
**DASH:** Dietary Approaches to Stop Hypertension – Hipertansiyonu Önlemeye Yönelik Besinsel Yaklaşımlar  
**DSM-IV:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Mental Hastalıkların Tanı ve İstatistik El Kitabı  
**HSDD:** Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu  
**AFUD:** American Foundation of Urologic Disease - Amerikan Ürolojik Hastalıklar Vakfı  
**MI:** Miyokard İnfarktüsü  
**SDS:** Sexual Distress Scale  
**VIP:** Vazoaktif İntestinal Polipeptid  
**NPY:** Nöropeptid  
**CGRP:** Kalsitonin Gen-Related Peptid  
**PACAP:** Pitüiter Adenilat Siklaz Aktive Edici Polipeptid  
**KCIÖ:** Kadın Cinsel İşlev Ölçeği  
**FSFI:** Female Sexual Dysfunction Index – Kadın Cinsel Disfonksiyon İndeksi  
**SPSS:** Statistical Package for Social Sciences

## ÖZET

### Esansiyel Hipertansiyonu Olan Kadınların Yaşadıkları Cinsel Sorunların Belirlenmesi

Bu araştırma, esansiyel hipertansiyonun kadın cinsel fonksiyonlarına etkisinin belirlenmesi amacı ile deney ve kontrol grupları karşılaştırılarak yapılmış deneysel bir çalışmadır.

Araştırmanın örneklemini deney ve kontrol grubundan oluşmuştur. Deney grubunu Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi kardiyoloji polikliniğine Esansiyel Hipertansiyon tanısı ile başvuran 71 kadın hasta, kontrol grubunu toplumdan rastgele seçilmiş, herhangi bir kronik hastalığı olmayan ve menopoza girmemiş 95 sağlıklı kadın oluşturmuştur. Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu” ve “Kadın Cinsel İşlev Ölçeği” (KCIÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, yüzde hesaplamaları, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Tukey testi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) ve Pearson Korelasyon testleri kullanılmıştır.

Araştırmada esansiyel hipertansiyonun kadın cinsel fonksiyonlarını önemli derecede etkilediği belirlenmiştir. Hipertansif kadınların %90'ının, sağlıklı kadınların %41'inin cinsel fonksiyon bozukluğu (CD) yaşadığı saptanmış ve esansiyel hipertansiyonu olan kadınların istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin ve ağrı alt boyut puan ortalamaları ile KCIÖ'den aldıkları ortalama puan (19.24) sağlıklı kadınlara (26.34) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Kadınların yaşadıkları CD'un yaş, hastalık süresi, evlilik süresi ve doğum sayısı arttıkça arttığı, buna karşın eğitim düzeyi, gelir durumu ve evlilik yaşı arttıkça azaldığı belirlenmiştir. Normal vajinal doğum yapan kadınların daha fazla CD yaşadıkları ve ayrıca, beden kitle indeksi arttıkça CD görülme sıklığının da arttığı saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Esansiyel Hipertansiyon, Cinsellik, Kadın, Cinsel Fonksiyon Bozukluğu.

## ABSTRACT

### **Determining the Sexual Problems that Women with Essential Hypertension**

This research is an experimental study which has been done in order to determination of essential hypertension's effect on sexual functions, has been compared with experiment and control group.

The sample of research has constituted of experiment group and control group. The experiment group is composed of 71 women with essential hypertension who had consulted to the cardiology polyclinic of the Mersin University of Medicine and its Research and Application Center, and 95 healthy women who have no chronic illness and who intransitive menopause. Research's data has been collected by 'Personal Information Form' and "Female Sexual Dysfunction Index (FSFI)"

In data's evaluation average, standart deviation, percentage calculations, one way ANOVA, test of tukey, weightness test of distinction between two average (test t) and pearson correlation test have been used.

It is determined in research that essential hypertension significantly affects female sexual functions. %90 of hypertensive females, %41 of healthy females stabilized that living sexual dysfunction and by statistic females who have essential hypertension desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and with averages of pain subdimension point, was taking from FSFI average point (19.24) in comparison with healthy females (26.34) found meaning fully low. It is also determined that sexual disfunction on females, increases because of the age, period of illness, period of marriage and multigravidity increase, though the increasing level of education, economical condition and marriage age decreases.

It is clearly seen that females who make normal vaginal delivery, living more and moreover they live more sexual dysfunction besides when body mass index increases, frequency of seeing of sexual dysfunction increases as well.

**Key words:** Essential Hypertension, Sexuality, Female, Sexual Dysfunction

# 1. GİRİŞ

Günümüzde dünya genelinde tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler, bulaşıcı hastalıklarla mücadeledeki artış, bağışıklama hizmetlerinde sağlanan ilerlemeler ve yaşam standartlarının yükseltilmesi ile doğumdan beklenen ortalama yaşam süresi uzamıştır (1). Ancak bu gelişmelere paralel olarak değişen yaşam tarzı bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel çevrelerinden kaynaklanan pek çok stresöre maruz kalmalarına neden olmuş ve kronik hastalıkların görülme sıklığını arttırmıştır (2,3).

Kronik hastalıklar; genetik faktörler, enfeksiyon ajanları, yaşam tarzı gibi birçok faktörün etkili olduğu, bir ya da daha fazla sistemde, geriye dönüşsüz yapı ve fonksiyon bozukluğunun yaşandığı ve hastalıkların birbiri üzerine eklendiği uzun dönem sağlık sorunlarıdır (4). Uzun süreli gözlem, kontrol, bakım ve tedavi gerektiren, bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen, yaşam sürelerini kısaltan, sağlık hizmetlerine ve ülke ekonomisine ağır mali yükler getiren önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (5). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) nüfusun %50'sinde bir ya da daha fazla kronik hastalık mevcuttur (4). Ülkemizde sağlıklı veriler olmamakla birlikte Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne hazırlanan "Kronik Hastalıklar Raporu"na göre yaklaşık 22 milyon kişinin kronik hastalığının bulunduğu belirlenmiştir (5). Hastanelere yatan hastaların üçte biri, kronik hastalıklardan kaynaklanan yakınmalar nedeniyle yatırılmakta ve kronik hastalıklar, ölüm nedenleri arasındaki ilk üç hastalık içinde yer almaktadır. Ayrıca tüm ölümlerin %49.5'ini kronik hastalıklar oluşturmaktadır (4).

Yapılan araştırmalara göre kronik hastalıklar içinde en sık görüleni (%12-38) hipertansiyondur (6,7,8). Hipertansiyon, sürekli kan basıncının yüksek olması ile karakterize sistemik bir hastalık olup, sık görülmesinin yanı sıra, kardiyovasküler morbidite ve mortalite etkisinden dolayı önemli bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmaktadır (4,9). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tahminlerine göre hipertansiyon önlenemez ölüm nedenleri arasında üçüncü sırayı almakta ve her sekiz ölümden biri hipertansiyona bağlı olarak gerçekleşmektedir. Sıklığı, ırk ve coğrafyaya göre değişmekle birlikte, 2000 yılı itibarıyla tüm dünyada erişkin nüfusun %26,4'ünün

hipertansiyonu olduğu ve bu sayının 2025 yılında %29.2'ye ulaşacağı belirtilmektedir (7). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Ulusal Kalp Akciğer ve Kan Enstitüsü'nün (NHLBI) verilerine göre ABD'de 50 milyondan fazla insan hipertansiyondan etkilenmektedir ve bu hastaların %30'u hipertansif olduklarının farkında değildirler (10). Ülkemizde de hipertansiyon oldukça yaygın bir sorundur ve hipertansiyonu olan hastaların önemli bir kısmı (% 53), ekonomik olarak üretken çağ kabul edilen orta yaş grubundadır. Arıcı ve ark.'nın (2004) ülkemizde hipertansiyonun sıklığı, dağılımı, farkındalığı, tedavi ve kontrol oranları konusunda yaptıkları çalışmada; hipertansiyon prevalansının %31.8 olduğu belirlenmiş olup, prevalansın kadınlarda (%36.1) erkeklerden (%27.5) daha yüksek olduğu saptanmıştır (7). Kadınların %56'sının hipertansiyonu olduğu tahmin edilmektedir (7,11). Ayrıca bu çalışmaya göre, otuz yaş altı hipertansiyon görülme sıklığı %12 olarak belirlenmiştir. Bu sayı nüfus yapısı çok genç olan ülkemiz için hipertansiyonun başlı başına bir risk faktörü olduğunu ve kontrol edilmesi gerektiğini göstermektedir. Bununla birlikte hipertansiyonun genellikle hiperkolesterolemi, obezite ve sigara gibi birden çok risk faktörü ile bileşen halinde görülmesi sorunun ülkemiz açısından önemini daha da arttırdığı düşünülmektedir (7,12).

Hipertansiyon nedenleri arasında beslenme alışkanlıkları, yaşam tarzı, genetik özellikler gibi birçok faktör bulunmaktadır. Erken dönemde bireylerin yaşamını etkileyecek düzeyde belirti vermemesi nedeniyle tanısı oldukça geç konulmaktadır. Tanı aşamasına kadar geçen süreçte arteriollerin yapısında meydana getirdiği hasarlardan dolayı kalp, böbrek, göz gibi organlar ve periferik sistemlerde yapı ve işlev bozukluklarına neden olmaktadır (4). Bu işlev bozukluklarından biri de cinsel fonksiyon bozukluğudur.

Normal cinsel fonksiyon nörojenik, vasküler, müsküler, hormonal ve yapısal bileşenlerin eksiksiz bütünlüğü sayesinde ve koordinasyon halinde çalışması ile gerçekleşmektedir (13). Hipertansiyon, bu bileşenlerin bütünlüğünü ve koordinasyon halinde çalışmasını bozarak cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olabilmektedir. Kadınlarda, kan basıncının yükselmesine bağlı olarak arteriollerin yapısında gelişen hasarlardan dolayı vasküler endotel yapının bütünlüğü bozulmakta ve bunun sonucunda damarların vazodilatatör madyatörlere olan yanıtı azalmakta, buna karşın vazokonstrüktör madyatörlere yanıtı artmaktadır. Ayrıca damar yapısındaki hasarlanma



arteriyoskleroz oluşumunu kolaylaştırmaktadır. Vasküler yapıdaki bu olumsuz değişikliklerle periferik dokulara olan kan akımı bozulmakta ve düz kasların gevşemesi azalmaktadır. Bu durum genital organların cinsel uyarıya verdiği cevabı azaltmakta, vajinal duvar ve klitoral düz kasların fibrozuna yol açmaktadır. Bu fizyolojik değişikliklerin sonucunda kadınlar cinsel ilişkide kuruluk, ağrı duyma, orgazm olamama ve uyarılma aşamasının olumsuz etkilenmesine bağlı olarak isteksizlik gibi sorunlar yaşamaktadırlar (14,15,16). Klitoral düz kaslarda varlığı saptanmış olan nitrik oksitin (NO), kadınlarda cinsel uyarılmada anahtar rol oynadığı belirlenmiştir. Esansiyel hipertansiyonda NO bioaktivitesinin zarar görmesi nedeniyle sistolik kan basıncının uzun süreli yüksek seyretmesi de kadınların cinsel fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (16,17).

Hipertansiyonun kadın cinsel fonksiyonları üzerine olumsuz etkisinin olduğu, bu alanda yapılan çalışmalardan elde edilen bulgularla desteklenmektedir. Doumas ve ark. (2006), sağlıklı kadınların %19.4'ünde, hipertansiyonu olan kadınların %42.1'inde CD olduğunu belirlemişlerdir (17). Burchardt ve ark. (2002) ise hipertansif kadınlarda cinsel aktivite, davranış, fonksiyon bozukluğu ve memnuniyet düzeyini inceledikleri çalışmalarında, kadınların %42.6'sında cinsel problem belirlemişlerdir (15). Argun ve ark. (2005) tarafından yapılan çalışmada, hipertansif kadınların %41.8'inde tedavi edilmemiş cinsel fonksiyon bozukluğu saptanmış, %74.6'sında da bu durumun 5 yıldan daha uzun süredir devam ettiği belirlenmiştir (18).

Hipertansiyonun vasküler, müsküler ve farmakojenik etkileri yanında hastalığın tedavisinde kullanılan bazı antihipertansif ilaçlar da pelvik bölgede, cinsel organların yapı ve fonksiyonunda önemli değişiklikler yaparak cinsel fonksiyonları olumsuz yönde etkileyebilmektedir (16,19). Hanon ve ark.(2002) tarafından, hipertansiyon için kullanılan ilaçların cinsel fonksiyon üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, hastaların %38'inde, kadınların %18'inde cinsel rahatsızlık saptanmış olup, özellikle diüretik içeren antihipertansif ilaçların kullanıldığı hastalarda yakınmaların daha fazla yaşandığı saptanmıştır (20).

Hipertansiyonun uzun süreli tedavi ve yaşam tarzı değişikliği gerektiren kronik bir hastalık olması sebebiyle hastalar tedavi sürecine ilişkin bıkkınlık, yorgunluk ve tükenmişlik yaşayabilmektedirler. Bu duruma hastalığa ve takip-tedavisine ilişkin bilgi eksikliğinin de eklenmesi ile tedavi sürecinin ileriki aşamalarında antihipertansif

ilaçların kullanımında düzensizlikler, hastalığa ilişkin uygulanması gereken diyet programlarının terk edilmesi, kan basıncı kontrollerinin yapılmaması gibi tedavi sürecine ilişkin uyumsuzluklar görülebilmektedir (21). Hastanın tedavi sürecine gösterdiği uyumsuzluk, kan basıncının düzensiz seyrine, yükselmesine ve dolayısıyla cinsel fonksiyonlar ile ilgili yaşanan rahatsızlıkların sıklığı ve şiddetinin artmasına neden olabilmektedir (22).

Son yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerde, cinsellik ile ilgili tutum ve görüşler büyük değişikliklere uğramış olmakla birlikte bireylerin, toplumların ve kültürlerin etkisi altında kaldıkları görülmektedir. Ülkemizde ise kitle iletişim araçlarındaki gelişmelere paralel olarak cinselliğe ilişkin alınan uyarıların ve bilgilerin etkisiyle değer yargılarında bazı değişiklikler olmasına rağmen, kadın ve erkeğin algılanışında çok büyük değişikliklerin olmadığı görülmektedir (23). Toplumsal, kültürel, sosyal etmenlerin etkisi ve dini inançların baskısı nedeniyle cinsellik ve cinsel işlevler, yıllardır rahatça soru sorulamayan, konuşulamayan bir tabu olmaya devam etmektedir. Ayrıca bu değer yargılarının hâkim olduğu toplumlarda görev alan sağlık profesyonellerinin de cinsellik ve cinsel sağlıkla ilgili konularda yaşadığı utangaçlık, çekimserlik, tecrübe ve bilgi eksikliği (24) cinsel eğitim ve danışmalık hizmetlerinin aksamasına neden gösterilebilmektedir (25,26,27). Bu sebeplerden dolayı yakın zamana kadar CD sadece erkekler açısından ele alınmış ve bu alanda çalışmalar yapılmıştır. Ancak cinsel fonksiyonun bozulmasında etkili olan hipertansiyon prevelansının kadınlarda daha yüksek olduğunun saptanması ile birlikte (7) erkek CD'una yönelik çalışmaların yanında kadın CD'u ile ilgili çalışmalar da hız kazanmıştır. Bu çalışmalar sonucunda sürekli bastırıldığı için net olarak ortaya konamayan kadınlardaki CD prevelansının erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (11,28,29).

Kinsey'in 1950'li yıllarda ve Masters ile Johnson'un 1960'lı yıllarda yaptıkları çalışmalar kadın cinsel fonksiyonu ile ilgili öncü çalışmalar olmuştur (30). Yakın tarihte ise ABD'inde (2004) 18 – 59 yaşları arasında 1749 kadın ve 1410 erkeğin dahil edildiği çalışmada CD'un kadınlarda erkeklere oranla daha sık görüldüğü (% 43'e karşı % 31) saptanmıştır (31). Ülkemizde, Çayan ve ark. (2004) tarafından yaşlara göre yapılan prevelans çalışmasında CD görülme sıklığı 18-27 yaş arası % 21.7, 28-37 yaş arası % 25.5, 38-47 yaş arası % 53.5, 48-57 yaş arası % 65.9 ve 58-67 yaş arası % 92.9 olarak bulunmuştur (28). Demirezen ve ark. (2005) birinci basamak sağlık merkezine

başvuran 40 yaş altı 123 genç kadında CD prevalansını %67.5 olarak belirlemişlerdir (29).

Cinsel doyumu ve iki insanın bir armoni eşliğinde beraberliklerini içeren; sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş, biyolojik, fizyolojik, psikolojik, sosyal yönleri olan özel bir yaşantı olarak tanımlanan cinsellik (33), bireysel yaşamın sürdürülebilmesi için mutlaka doyurulması zorunlu olmayan, fakat türün sürekliliği için gerekli olan bir gereksinimdir (32). Kadınlar için cinsellik arzu edilebilir olma, çocuk doğurma yeteneği ve beden imajını kapsamasının yanı sıra emosyonel, entellektüel ve sosyokültürel bileşenleri de içine alan geniş bir kavramdır (29). Kısacası cinsellik yaşamın vazgeçilmez bir parçasıdır. Bu nedenle cinsel fonksiyonlara ilişkin yaşanan sorunlar kadınlar için rahatsız edici, stres sebebi ve sosyal açıdan yıkıcı bir durumdur. Özellikle kadınların ruh halinde, kendine güvenlerinde, yaşam kalitesiyle kişiler arası ilişkilerinde ve eşleri ile ilişkilerinde derin etkiler bırakabilmektedir (32,33).

Hipertansiyonu olan ve hipertansiyon tedavisi alan kadınlarda sıkça karşılaşılan bir sorun olan CD bazı fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilenebilen ve bütüncül yaklaşımı gerektiren bir sorundur. Bu nedenle ülkemiz kadın nüfusunun yarısından fazlasının esansiyel hipertansiyonu olduğu dikkate alınıp, rutin izlem kapsamında hastaların holistik, empatik, saygılı, destekleyici, bilgili ve eğitici bir yaklaşımla değerlendirilmesi, tıbbi bakım ve tedavisinin yanında psikososyal sorunlarının çözülmesi gerekmektedir. Bunun için oluşturulması gereken multidisipliner ekibin en önemli üyeleri hemşirelerdir (13,34). Çünkü hemşireliğin ülkemizde bir kadın mesleği olarak görülmesi cinselliğin tabu olduğu bir kültürde yetişmiş kadınlarımızın sorunlarını paylaşımlarında rahatlık sağlaması bakımından önemlidir. Buna ek olarak hemşirelerin hastalara yakın ve hastalarla daha uzun süre beraber olmaları nedeniyle kadınların cinsel yaşamlarını değerlendirmede, sorun varsa uygun çözüm önerileri sunulmasında anahtar kişiler olabileceği düşünülmektedir (13,26,35). Bu sebeple hemşirelerin cinsel yaşam ve CD alanında sağlam bilgi temeline sahip olmaları gerekmektedir. Yeterli bilgi ve beceriye sahip hemşireler, bireylerin dinsel ve kültürel özelliklerini göz önünde bulundurarak, değişikliğe uğramış cinsel yaşam ile ilgili problemleri tartışmaya izin verme, hastalık ve tedaviye bağlı olası cinsel sorunları tanılamaya yardımcı olma ve öneriler sunma aracılığı ile bireylerin tedavi ve bakım planına uyumunu sağlayabileceklerdir (34,36,37). Böylece, cinsel sorunların

erken dönemde saptanıp tedavi edilmesi sağlanarak hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesine yardımcı olunabileceği düşünülmektedir.

Klinik deneyimlerimize göre, çoğu hasta tarafından gizlenip ifade edilemeyen, önemsiz, mahrem kabul edilen ve genellikle atlanan cinsel yaşama ilişkin sorunların erken safhada saptanıp çözüme ulaştırılması kadın ve toplum sağlığı açısından son derece önemlidir. Çünkü mevcut sınırlı veriler dahi CD'un hipertansiyonu olan kadınlarda önemli bir sorun olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, araştırmamızda söz konusu hasta grubunda yaşanan cinsel sorunların belirlenmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. HİPERTANSİYON

#### 2.1.1. Hipertansiyonun Tanımı

Kan basıncı damar yatağındaki kanın akım sırasında arter duvarına yaptığı basınç olup (38), sistolik ve diyastolik basınçtan oluşur. Kalbin her kasılmasında sol ventrikülden aortaya atılan kanın oluşturduğu basınç sistolik kan basıncı olup, arteriyel sistemdeki basıncın en yüksek olduğu seviyedir. Sol ventrikülün diyastolü sırasında damar duvarının kana karşı oluşturduğu basınç ise diyastolik kan basıncıdır ve arteriyel sistemdeki basıncın en düşük olduğu seviyedir. Sağlıklı bireyler için 120/80 mmHg'nın altı kan basıncı değeri, tüm dünyada normal olarak kabul görmektedir. Nabız basıncı, sistolik ve diyastolik basınç arasındaki fark olup, yetişkinler için bu değer 30–40 mmHg olarak kabul edilmektedir (4,39,40).

Vücudumuzdaki doku ve organların fonksiyonlarını sürdürebilmeleri için kan basıncının normal kabul edilen sınırlar içinde dengede olması gerekmektedir. Bu denge, merkezi sinir sisteminin de katkıda bulunduğu, dinamik birçok faktör tarafından belirlenmektedir. Kan basıncını etkileyen bu faktörler;

**Kalp debisi:** Kalbin sistol evresinde, sol ventrikülden aortaya pompalanan kan miktarı olup, sistolik kan basıncını etkilemektedir.

**Periferik direnç:** Özellikle diyastolik basıncın belirleyicisidir. Damarların vazokonstriksiyon derecesine göre değişebilmektedir. Vazokonstriksiyon gelişmesi durumunda, aynı kan volümünün daha küçük bölgelere pompalanması nedeniyle kan basıncı artmaktadır.

**Kan volümü:** Kan volümündeki değişiklikler kan basıncının düşmesine ya da yükselmesine neden olabilmektedir.

**Kanın akışkanlık (viskozite) özelliği:** Kan viskozitesi artınca, kan basıncı da artmaktadır.

**Arter duvarının esnekliği:** Kan basıncını etkileyen önemli öğelerden biridir. Arterioskleroz, damar duvarının elastikiyetinin bozulmasına ve kalbin daha büyük bir dirence karşı kanı pompalamasına yol açmakta ve bu nedenle kan basıncı yükselmektedir (4,41).

Hipertansiyon: Arteriyel kan basıncının sürekli olarak yüksek seyretmesi ile karakterize kronik bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü ve The Sixth Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI) – Yüksek Kan Basıncını Önleme, Teşhis Etme, Değerlendirme ve Tedavisinde Ulusal Birleşik Komitenin VI. raporunun belirlediği ölçütlere göre ise; sistolik kan basıncının (SKB) 140 mmHg, diyastolik kan basıncının (DKB) 90 mmHg veya üzerinde bulunması hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (42,43,44,45). Buna karşın, hipertansiyonu olan bireyler için hedeflenen kan basıncı düzeyi sağlıklı bireyler için hedeflenecek düzeyden biraz daha yüksektir. Erdine ve ark.'nın (2006) yaptıkları çalışma sonucuna göre hipertansiyonu olan bireyler için 140/90 mmHg'nin altındaki kan basıncı değerlerinin normal kabul edilebileceğini belirtmişlerdir (46) Ancak AKB düzeyleri yükseldikçe prognoz kötüleşebilmekte ve komplikasyon gelişme riskinin artabileceği belirtilmektedir (46,47).

### **2.1.2. Hipertansiyonun Sınıflandırılması**

Günümüze kadar ulusal ve uluslar arası kuruluşlar, yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlara dayanarak kan basıncı değerlerini ve hipertansiyonu çeşitli ölçütlere göre sınıflandırmaya çalışmışlardır (42,45,48). Çünkü, tedaviye yaklaşımda kolaylık sağlamak, her hastanın durumuna uygun bir profil elde etmede güvenilir ve kolay bir yöntem sunabilmek için sınıflandırmaya gereksinim duyulmaktadır. Sınıflandırma ile hastalığın ciddiyeti hakkında değerlendirme yapılabilmekte ve risk tanımlanarak tedavi sağlanabilmektedir (40).

Genel olarak kan basıncı değerleri ve hipertansiyonun sınıflandırılması;

- ✓ Kan basıncı düzeyine
- ✓ Etiyolojiye
- ✓ Hedef organ hasarına göre yapılmaktadır (49).

#### **2.1.2.1.Kan Basıncı Düzeylerine Göre Sınıflandırma**

Hipertansiyonun nasıl sınıflandırılacağı, hangi değerlerin üstünün sınır kabul edilebileceği ve hipertansiyonun şiddetine göre nasıl değerlendirilebileceği uzun yıllar tartışılmıştır (50). Arteriyel kan basıncı düzeyine göre sınıflandırmanın, tedavi ve bakımın planlanmasında büyük ölçüde yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü / International Society of Hypertension – Uluslar arası Hipertansiyon Derneği (ISH) (1999), AKB derecesine göre yaptıkları sınıflandırmada, 9 farklı grubun yer aldığı bir kılavuz oluşturmuşlardır (42). Bununla birlikte, DSÖ/ISH Kılavuzları sağlık hizmetleri ve ekonomik kaynaklar yönünden birbirinden oldukça farklı ülkeleri ele alması sebebiyle, Avrupa ülkeleri için tam olarak uygun olmayabilecek tanı ve tedaviye yönelik tavsiyeler içermesi nedeniyle 2003 yılında, European Society of Hypertension - Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve European Society of Cardiology - Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) özgül kılavuzlarını yayımlama kararı almışlardır (42,48).

**Çizelge 1. 18 Yaş ve Üzeri Erişkinlerde Kan Basıncının Sınıflandırılması (2003 ESH/ESC kılavuzları)**

Kan Basıncı Derecesi	Sistolik KB (mmHg)		Diyastolik KB (mmHg)
Optimal	<120		<80
Normal	120–129	ve/veya	80 – 84
Yüksek – normal	130 -139	ve/veya	85 – 89
1.derece HT (hafif)	140 – 159	ve/veya	90 – 99
2.derece HT (orta)	160 – 179	ve/veya	100 – 109
3.derece HT (şiddetli)	≥180	ve/veya	≥110
İzole sistolik HT	≥140	ve	<90

(Kaynak:2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)).

Dünya Sağlık Örgütü / ISH ve ESH/ESC tarafından en uygun, normal ve yüksek normal olarak, anormal olmayan kan basıncı değerlerinin de ayrı ayrı sınıflandırılması, normal kabul edilebilecek düzeyler alanında karmaşa yaşanmasına yol açmıştır. Bu durum sağlık profesyonellerinin klinik uygulamalarda sorunlar yaşamasına neden olmuş ve bu nedenle JNC, hipertansiyon sınıflandırılmasında köklü bir değişikliğe gitmiştir (44,45). Yapılan bu sınıflandırmada, daha öncesine ait tüm kan basıncı sınıflandırmalarından farklı olarak, prehipertansiyon evresi tanımlanmış, evre II ve III hipertansiyon sınıfları birleştirilmiştir. Sistolik kan basıncı 120 – 139 mmHg ve diyastolik kan basıncı 80 – 89 mmHg arası olan bireylerin prehipertansif olarak

düşünülmesi gerektiği ve bu gruptaki hastaların hipertansiyon gelişmesi açısından artmış riske sahip olduğu bildirilmiştir. Çünkü bu grupta yer alan bireylerde yaşam tarzı değişikliği ile kan basıncının hipertansiyon düzeyine ilerlemesinin önlenilebileceği veya geciktirilebileceği düşünülmektedir. Ancak prehipertansiyonu olan bireylere ilaç tedavisi uygulanması gerekmemektedir (40,45).

The seventh report of the Joint National Committee – Ulusal Birleşik Komite'nin VII. raporunda (18 yaş ve üzeri erişkinlerde) kan basıncının sınıflandırılması aşağıdaki gibidir (45);

**Çizelge 2. 18 Yaş ve Üzeri Erişkinlerde Kan Basıncının Sınıflandırılması (JNC VII 2003)**

Kan basıncı	Sistolik KB (mmHg)		Diyastolik KB (mmHg)
Normal	<120	ve	<80
Prehipertansiyon	120 – 139	veya	80 – 89
Evre I hipertansiyon	140 – 159	veya	90 – 99
Evre II hipertansiyon	≥ 160	veya	≥ 100

(Kaynak: Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT, Roccella EJ and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Journal of the American Medical Association*, 2003;289:2560–2572.)

Yapılan bu yeni sınıflandırmanın, hipertansiyon evrelerine ilişkin sadeleştirme gereksinimini karşıladığı düşünülmektedir (45).

### 2.1.2.2. Etiyolojiye Göre Sınıflandırma

**2.1.2.2.1. Primer Hipertansiyon (Esansiyel Hipertansiyon):** Mevcut hipertansiyon hastalarının % 95'ini bu grup oluşturmaktadır (9,41). Arteriyel kan basıncının 140/90 mmHg'nin üstünde olduğu ve buna neden olabilecek herhangi bir bozukluğun saptanamadığı durumlar primer (esansiyel, idiyopatik) hipertansiyon olarak adlandırılmaktadır (41).

Etyopatogenezi oldukça karışık olan primer hipertansiyonun, genetik bir alt yapının varlığında, çevresel faktörlerin etkileşiminden kaynaklandığı düşünülmektedir



(9). Gen mutasyonları, aşırı tuz tüketimi, sigara, obezite, sedanter yaşam, aşırı alkol kullanımı, düşük doğum ağırlığı, potasyum yönünden yetersiz beslenme, stres, bozulmuş glikoz toleransı ve insülin direnci tek başına veya kombine etki göstererek primer hipertansiyona neden olabilmektedir (41,51).

**2.1.2.2. Sekonder Hipertansiyon:** Belirli bir nedene bağlı olarak gelişen hipertansiyondur. Mevcut hastaların % 5'i bu grupta yer almaktadır. Tedavisinde belirlenen etken bazen kolayca ortadan kaldırılabilen, bazen de tıbbi veya cerrahi tedaviyi gerektirmektedir. Sekonder hipertansiyon böbrek, kalp, endokrin, nörolojik ve vasküler hastalıklarda görülmektedir (39).

### **2.1.2.3. Hedef Organ Hasarlarının Derecesine Göre Sınıflandırma**

Dünya Sağlık Örgütü uzmanları, hipertansiyonun yaşamsal önemi olan bazı organlarda yaptığı değişikliklerin varlığı ve şiddetine göre sınıflandırma yapmışlardır.

Bu sınıflandırmaya göre;

Evre I: Organlarda değişikliklere ilişkin objektif bulgular mevcut değildir.

Evre II: Aşağıdaki organ tutulum belirtilerinden en az birisi vardır;

- Sol ventrikül hipertrofisi
- Retinal arterlerde incelleme ve/veya yaygın daralma
- Plazma kreatininde artma (1.2 – 2.0 mg dl)
- Arteriosklerotik plak varlığı.

Evre III: Hipertansiyon nedeniyle bazı organlarda ileri derecede değişiklikler mevcuttur ve buna ilişkin belirtiler görülmektedir;

- Kalp: Sol kalp yetmezliği, anjina pectoris, miyokard infarktüsü.
- Beyin: Serebral kanama veya beyin sapı kanaması, inme, geçici iskemik atak, hipertansif ensefalopati.
- Göz dibi: Papilla ödeminin eşlik ettiği veya etmediği retinal kanama ve eksuda.
- Damarlar: Dissekan anevrizma, belirti veren tıkalı arter hastalığı.
- Böbrek: Plazma kreatinin konsantrasyonu > 2,0 mg/dl, böbrek yetmezliği (50,52).

### 2.1.3. Dünyada ve Ülkemizde Hipertansiyon Prevelansı

Hipertansiyon tüm dünyada önemli düzeyde morbidite ve mortaliteye yol açması yanı sıra, önlenabilir ve kontrol altına alınabilir bir hastalık olması nedeniyle halk sağlığı yönünden öncelik taşıyan kronik bir hastalıktır (39).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılı sağlık raporuna göre; 1 milyar kişinin hipertansiyonu olduğu ve her yıl 7.1 milyon ölümün hipertansiyona bağlı olabildiği belirtilmektedir. Hipertansiyon prevalansı ülkeden ülkeye değişiklik göstermekle birlikte, aynı ülkenin bölgeleri arasında da farklılık gösterebilmektedir. Çeşitli çalışmalarda farklı sonuçların çıkmasında çalışma yapılan yerlerin iklim ve yaşam koşulları, beslenme ve yiyecek hazırlama alışkanlıkları, çalışmaya alınan örneklem sosyo-demografik özellikleri ve yaş gruplarının farklı olmasının etkili olduğu düşünülmektedir (53). 2000 yılı itibariyle tüm dünyada erişkin nüfusun %26,4'ünün hipertansiyonu olduğu ve bu sayının 2025 yılında %29.2'ye ulaşacağı belirtilmektedir (7). National Health and Nutrition Examination Survey – Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması Anketi (NHANES) verilerine göre, 1999-2000 yıllarında ABD nüfusunun %28.7'sinin hipertansiyonu olduğu ve bu bireylerin %30'unun hipertansif olduğunun farkında olmadığı belirlenmiştir (54).

Yunanistan'da European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition – Avrupa Kanser ve Beslenme Araştırmasına göre (EPIC) yaşları 20 – 86 arasında değişen 26 913 gönüllü ile yapılan bir çalışmada, yaşa göre hipertansiyon prevalansının erkeklerde %40,2, kadınlarda %38,9 olduğu belirlenmiştir (55).

Fransa'da yapılan bir çalışmada 18 yaş üzeri bireylerde hipertansiyon prevalansı %41 olarak bulunmuştur (56). 15-69 yaş arası çalışan kadın ve erkek nüfusunda hipertansiyon görülme sıklığının %9-16 olduğu bildirilmektedir (57). İspanya'da aynı yaş grubunda ise hipertansiyon prevalansının %32.7 olduğu belirtilmiştir (58).

Hızlı sosyal ve ekonomik değişimlerin yaşanmasıyla birlikte sağlıksız yaşam alışkanlıklarının hızla arttığı ülkemizde ise hipertansiyon, nüfusun yarısından fazlasını ilgilendiren, erişkin yaş grubunun %15-20'sinde görülen, ölümlerin %10-20'sine yol açan yaygın bir kronik hastalıktır. Hipertansiyon görülme sıklığı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaş, cinsiyet, sosyo-kültürel özellikler gibi faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir (53). Bu konuda ülkemizde yapılan en kapsamlı çalışmalar Hipertansiyon ve Ateroskleroz Derneği öncülüğünde gerçekleştirilen

taramalardır. Bu taramaları daha sonra 1990 yılında yapılan Türk Erişkinlerde Koroner Hastalığı Risk Faktörleri ve Koroner Kalp Hastalığı (TEKHARF) çalışması izlemiş, 1995, 1998 ve 2000 yıllarında da takip taramaları yapılmıştır. Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışma sonuçlarına göre; ülkemizde 5 milyon erkek, 7 milyon kadın olmak üzere toplam 12 milyon hipertansiyonu olan birey bulunmaktadır ve hipertansiyon prevalansı % 31.8 olarak belirlenmiştir. Hipertansiyon kadınlarda (% 36.1) erkeklerden (% 27.5) daha sık görülmektedir. Buna ek olarak ekonomik olarak etkin kabul edilen orta yaş (35-64 yaş) grubunda hipertansiyon görülme sıklığı kadınlarda %50, erkeklerde % 34.8 iken, 30 yaş altındaki bireylerde ise %12 olarak saptanmıştır (7). Bu veriler; oldukça genç bir nüfus yapısına sahip olan ülkemizin ne denli büyük bir sağlık sorunu ile karşı karşıya olduğunu göstermektedir. Bu nedenle hipertansiyon ve hipertansiyonun neden olduğu ölümcül komplikasyonlara yönelik çalışmalar yapılması ve gerekli önlemlerin alınması ülkemiz için büyük önem taşımaktadır.

#### **2.1.4. Primer Hipertansiyonun Etiyolojisinde Rol Oynayan Faktörler**

Genetik, çevresel ve sosyo - demografik faktörlerin birbiriyle karmaşık etkileşimi sonucu ortaya çıkan hipertansiyon, etiyolojisine göre primer ve sekonder hipertansiyon olarak sınıflandırılmaktadır. Ancak hastaların %90-95'inde etiyolojik sebebi belli olmayan hipertansiyon görülmektedir (51). Hipertansiyonun etiolojinde rol oynadığı düşünülen faktörler aşağıda verilmiştir.

##### **2.1.4.1. Genetik Faktörler**

Primer hipertansiyonu olan hastalarda, bozukluğun patogenezinde kalıtımın rol oynadığını düşündüren ailede yüksek kan basıncı öyküsüne sıklıkla rastlanmaktadır. (60). Genetik çalışmalar, anjiotensinojen, anjiotensin konverting enzim, anjiotensin-II tip 1 reseptör, B2-adrenerjik reseptör geni gibi birçok genin hipertansiyon oluşumuna katkıda bulunduğunu göstermektedir (9,61,62).

Tek yumurta ve çift yumurta ikizlerinde, kan basıncı değişiminin kalıtsal ve ailesel özelliğini araştırmak amacıyla yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, kan basıncı yüksek olan anne-babaların çocuklarının da yüksek kan basıncına sahip olma eğilimlerinin olduğu belirlenmiştir (63,64,65). Yetkin ve Tan (1998) hipertansiyon da

kalıtsal etkinin %58 olduğunu belirlemişlerdir (66). Bu çalışmalar genetik faktörlerin kan basıncının belirlenmesinde etkili olabileceğini ortaya koymaktadır.

#### **2.1.4.2. Yaş ve Cinsiyet**

Hipertansiyon; yaş ilerledikçe görülme sıklığı artan (67), erken tanı ile kontrol altına alınabilen ancak geç kalınması durumunda kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar gibi ölümcül komplikasyonlara yol açan toplumsal bir sağlık sorunudur (68).

Hipertansiyonun menopoz yaşına kadar kadınlarda erkeklere göre daha az görüldüğü belirlenmiştir (67). Hipertansiyon sıklığı, yaşla birlikte artış göstermekte ve 40-79 yaş arasındaki her yaş grubu kadınlarda, erkeklere oranla daha sık görülmektedir. Bu yaş aralığındaki kadınlarda hipertansiyonun bu kadar sık olmasının en önemli nedenlerinin obezite ve menopoz olduğu düşünülmektedir. Yaş ilerledikçe damarlarda meydana gelen arteriyosklerotik değişikliklere bağlı olarak hipertansiyon görülme sıklığı artmakta olup, %20 civarında olan sıklık %50'ye ulaşmaktadır (7,64). Önal ve ark. (2004) yaş artışının hipertansiyon oluşmasında 5.2 kat risk oluşturduğunu (70), Inamo (71) ise kadınlarda hipertansiyonun 30 yaşından sonra şiddetlendiğini bildirmektedir. Türk hipertansiyon prevalans çalışmasının 1998 verilerine göre, kadınlardaki 8 yıllık yaşlanmanın SKB'nda 7.2 mmHg, DKB'nda da 3.4 mmHg yükselmeye yol açacağı belirtilmiştir (7). Yaşlanmadan bağımsız olarak gerçekleşen net kan basıncı artışının SKB'nda 1 mmHg, DKB'nda ise 1.5 mmHg olarak belirlenmesi, yaşın hipertansiyon oluşumunda oldukça etkili bir faktör olduğunu göstermektedir.

#### **2.1.4.3. Irk ve Etnik Faktörler**

Çeşitli ırklar ve etnik gruplar arasında hipertansiyon görülme sıklığında farklılıklar olduğu bilinmektedir. Siyah ırkta beyaz ırka göre hipertansiyon prevalansının, komplikasyon görülme sıklığının ve hipertansiyona bağlı ölümlerin daha fazla olduğunu gösteren çalışmalara (72,73) karşın daha az olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır (5). Bununla birlikte, 20 yaş üzerindeki ABD toplumunda hipertansiyon sıklığı Avrupa kökenli beyazlarda %27.4, siyahlarda %40.5 ve Meksika kökenli Amerikalılarda %25.1 olarak bulunmuştur (74).

#### 2.1.4.4. Obezite

Obezite vücutta yağ dokusu artışı ile karakterize, kronik ve tekrarlayıcı bir hastalıktır (75). Gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda, çalışma ortamı stresinin önlenemeyen artışı, dengesiz beslenme ve hareketsiz yaşam tarzı obezite prevalansında artışı getirmektedir. Türk Hipertansiyon Prevelans çalışması sonucuna göre, obezitenin ülkemizdeki prevalansı 30 yaş üzerinde erkeklerde % 21, kadınlarda % 43 olarak belirlenmiştir. Yine ülkemizde yaşlanmanın etkisi için yapılan düzeltmelerden sonra bile 10 yıl içinde beden kitle indeksi (BKI) kadınlarda 1.26 kg/m<sup>2</sup>, erkeklerde 1.29 kg/m<sup>2</sup> artmıştır (76). Obezite prevalansındaki artışa paralel olarak hipertansiyon görülme sıklığında da artışın olması, obezite ile hipertansiyon arasında yakın bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Framingham Kalp Çalışmasından elde edilen risk tahminleri, erkeklerde hipertansiyonun %78'inin, kadınlarda ise %65'inin doğrudan obezite ile ilişkili olduğunu göstermektedir (75). Türk Hipertansiyon Prevelans çalışmasında hipertansif bireylerin BKI ortalaması 29.8 kg/m<sup>2</sup> bulunurken, hipertansiyonu olmayan bireylerde bu değer 25.1 kg/m<sup>2</sup> olduğu saptanmıştır (7).

Obez hastalardaki hipertansiyon nedeninin kalp debisi ve dolaşan kan volümünde artış, vasküler kontraksiyonda artış, aşırı tuz alımı ve nörohumoral faktörler olduğu ileri sürülmektedir (75).

#### 2.1.4.5. Tuz Alımı

Diyetle alınan tuz miktarı ile hipertansiyon oluşumu arasında ilişkinin varlığı yapılan çalışmalarla kanıtlanmış olmakla birlikte, tek başına yeterli olmayan bir faktör olduğu belirtilmektedir. The Third and Fourth National Health and Nutrition Examination Surveys – III. ve IV. Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırma Anketi sonuçlarına göre (NHANES III and IV), diyetle alınan tuz miktarının azaltılması ile SKB'nda 10 mmHg, kombine hipertansiyonda 7 mmHg düşüş olduğu saptanmıştır. Buna karşın aynı çalışmada DKB'nda önemli bir düşüş olmadığı belirlenmiştir.

Tuz alımı hücre içi kalsiyum (Ca<sup>++</sup>) ve diğer iyonların dağılımını etkilemekte; bu durum sempatik sinir sistemi ve renin-anjiyotensin- aldosteron sistemi ile ilgili değişikliklere yol açarak kan basıncının yükselmesinde etkili olmaktadır (75,77). Sodyum (Na<sup>+</sup>) alımında 100 mmol'lük bir artış SKB'nda 12 mmHg, diyastolik basınçta

7mmHg artışa neden olmaktadır. Bu artışa  $\text{Na}^+$  un vücutta su tutulumuna yol açarak kan hacmini arttırmasının neden olduğu düşünülmektedir (78).

#### **2.1.4.6. Potasyum, Kalsiyum ve Magnezyum Alımı**

Artmış potasyum ( $\text{K}^+$ ) alımı damarlardaki  $\text{K}^+$  kanallarını açarak, sempatik nöral çıkışı değiştirerek ve vazodilatatör prostoglandinleri arttırarak kan basıncı üzerinde etkili olmaktadır (79). Coruzzi ve ark.'nın (2001)  $\text{K}^+$  un kan basıncı üzerine etkisini belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada,  $\text{K}^+$  alımının azaltılmasıyla (18-80 mmol/gün) SKB'nda 5 mmHg artış olduğunu belirlemişlerdir (80).

İntrasellüler  $\text{Ca}^{++}$  konsantrasyonundaki artışın vasküler düz kas hücrelerinde tonus artışına yol açması nedeniyle primer hipertansiyonda etkili olduğu düşünülmektedir (81,82). Kan basıncı düzeyi ile plazma  $\text{Ca}^{++}$  konsantrasyonu arasında pozitif ilişki olduğu belirlenmesine (81) karşın McCarron (1995) ve Resnick (1999) tarafından yapılan çalışmalarda, hipertansiyonu olan ve olmayan bireylerin iyonize  $\text{Ca}^{++}$  seviyeleri arasında önemli bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (83,84). Ayrıca intrasellüler  $\text{Mg}^{++}$  un kan basıncının düzenlenmesinde etkili olduğu belirtilmekte ve hipertansif bireylerin diyetle  $\text{Mg}^{++}$  alımını arttırmaları önerilmektedir (82).

#### **2.1.4.7. Alkol ve Sigara**

Aşırı alkol alımı ile hipertansiyon gelişimi arasında ilişkinin varlığı çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur (82,85,86). Alkolün hipertansiyona neden olduğuna ilk defa 1915 yılında Lion dikkat çekmiş ve günde 2.5 litreden fazla şarap tüketen Fransız garsonlar üzerinde yaptığı bir araştırmada, kan basıncının oldukça yüksek olduğunu tespit etmiştir. Marmot ve ark. (1994) tarafından alkolün kan basıncına etkisini belirlemek amacı ile yapılan çalışmada, haftada 300 ml'den fazla alkol alan kadınların kan basıncının almayan kadınlara göre 3.9 / 3.1 mmHg daha yüksek olduğu belirlenmiştir (86).

Sigara hipertansiyon için en yaygın risk faktörü olup, son yıllarda sigara içme alışkanlığı erkeklere göre kadınlarda artma eğilimi göstermektedir. Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması 1998 verilerine göre 20 yaş ve üzeri 10.4 milyon erkek (%58) ile 3.9 milyon kadın (%22) sigara kullanmaktadır (87).

Sigara içmek kan basıncı ve kalp hızında, bir sigaradan sonra 15 dakikadan uzun süre devam eden hızlı bir yükselmeye neden olmaktadır (60). Çünkü sigara dumanındaki nikotin, nikotik reseptörlere etki ederek, adrenarjik sinir uçlarından noradrenalin salınmasına yol açmakta ve kan basıncının yükselmesinde etkili olmaktadır. Ayrıca sigaranın, endotelin düzeylerinde bir yükselmeye vasküler gevşemede zayıflamaya neden olarak da hipertansiyon gelişimine katkıda bulunduğu belirtilmektedir. Bowman ve ark.'nın (2007) sigaranın hipertansiyon gelişme riski üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, günde en az 15 adet sigara içen kadınlar arasında hipertansiyon gelişme riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (88).

#### **2.1.4.8. Çay- Kahve Tüketimi**

Kahve ve çayın içerdiği kafeinin kan basıncı üzerinde etkisine ilişkin yapılan çalışma sonuçları birbirleriyle örtüşmemektedir (89,90,91,92). Yapılan 11 çalışmanın meta-analizinde, günde bir fincan kahve içmenin ortalama SKB'nda 0.52mmHg, DKB'nda 0.25 mm Hg artışa neden olduğu belirlenmiştir. Bu etki 1 – 3 saat sürebilmekte ve 3 – 5 gün içinde de kafein toleransı gelişebilmektedir (90). Fakat günde 3 – 4 fincan kahve ile alınan kafeinin kan basıncını yükseltici etkisi hipertansif hastalarda farklılık gösterebilmektedir. Bu nedenle, kafeinin kan basıncını yükseltici etkisi her hastada kan basıncı ölçülerek kontrol edilmeli ve hastada anlamlı bir kan basıncını yükseltici etki saptanması durumunda kafeinsiz içecekler önerilmelidir (93).

#### **2.1.4.9. Sosyo-ekonomik Düzey ve Psikososyal Faktörler**

Biyolojik, davranışsal ve genetik risk faktörlerinden bağımsız olarak sosyo-ekonomik ve psikososyal faktörler, hipertansiyonun takip ve tedavisinde, gelişebilecek komplikasyonların önlenmesinde etkili olabilecek değişkenler arasında yer almaktadır (94).

Farklı sosyo-ekonomik düzeye sahip olan bireyler, öğrenim düzeyi, meslek, ortalama aylık gelir, beslenme, sigara ve alkol kullanımı gibi birçok yönden de farklılık gösterebilmektedir. Bu nedenle sağlık ile sosyo-ekonomik düzey arasındaki ters orantı yıllardır araştırılmaktadır (94). Pavlik ve ark. (1997) hipertansiyon hakkında bilinçlilik ve kontrole gitme sıklığını araştırmak için yaptıkları çalışmada; düşük sosyo-ekonomik

düzeve sahip bireylerin, hipertansiyon kontrollerinin zayıf, hipertansiyona bağıli sakatlık ve ölüm oranlarının yüksek olduğunu belirlemişlerdir (95). Eğitim durumuna göre kan basıncı düzeyi değerlendirildiğinde ise, eğitim düzeyi düşükçe kan basıncının arttığı dikkati çekmektedir (96,97). Konu ile ilgili yapılan çalışmada düşük eğitim düzeyi, yüksek kan basıncı ve kardiyovasküler hastalıklara bağıli ölüm oranı ile doğrudan ilişkili bulunmuştur (98). Eğitim düzeyi düşük bireylerde hipertansiyonun daha çok görülmesi; sigara, şişmanlık, beslenme alışkanlıkları gibi risk faktörlerinin daha fazla bulunması, tıbbi bakım hizmetlerinin ve bu hizmetlerden yararlanma düzeylerinin ise düşük olması ile açıklanabilmektedir (98,99)

Günümüzde teknoloji alanındaki gelişmelere paralel olarak değişen yaşam tarzı, bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel çevrelerinden kaynaklanan pek çok stresöre maruz kalmalarına neden olmaktadır. Bu değişimlerle birlikte bireylerin yaşadığı emosyonel ve mental stres, sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını değiştirerek hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar için büyük bir risk oluşturabilmektedir (21,100). Strese maruz kalmanın, sempatik akımı arttırdığı ve tekrarlayan strese bağıli gelişen vazokonstriksiyonun damar hipertrofisine neden olduğu, periferik direnç ve kan basıncında ilerleyici artışlara yol açtığı düşünülmektedir (40). Afrika kökenli Amerikalılarda hipertansiyon görülme sıklığının Amerikalı beyazlara göre anlamlı şekilde yüksek oluşunda zencilerin maruz kaldığı büyük sosyo-ekonomik stresin etkili olduğu düşünülmektedir (73,101).

#### **2.1.4.10. Kan Lipidleri**

Kanda total kolesterol ve düşük dansiteli lipoprotein (LDL) düzeylerinin yükselmesinin, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (36,102). Total kolesterol, LDL ve trigliserid düzeyleri ile sistolik ve diyastolik kan basıncı arasında pozitif bir ilişki söz konusu iken, yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) ile kan basıncı ve koroner arter hastalıkları arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır (103). Onat ve ark.'nın (2004) hipertansiyon ve hiperkolesterolemi birlikteliğini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, 30 yaş ve üzerindeki bireylerin %38,6'sında (yaklaşık 12.1 milyon kişide) hiperkolesterolemi bulunduğu ve bu bireylerin %19'unun (tahminen 6.0 milyon kişide) kontrol altına alınmamış hipertansiyonu olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada hiperkolesterolemi



ile hipertansiyonun bir arada bulunuşuna ise erkeklerin %6,3'ünde, kadınların %10,9'unda rastlanmaktadır (12). Türk Hipertansiyon Prevelans çalışmasında, hipertansiyonu olan bireylerin % 42.3'ünde total kolesterol, % 32.7'sinde LDL kolesterol, % 24.7'sinde trigliserid yüksekliği bulunduğu ve % 41.5'inde de HDL kolesterol düşüklüğü olduğu belirlenmiştir (7).

Yüksek LDL seviyeleri arteriosklerozun tüm evrelerinde rol almakta ve arter duvarında LDL partiküllerinin birikmesine neden olmaktadır. Ayrıca endotel fonksiyonlarının bozulmasına ve nitrik oksit salınımının azalmasına yol açarak hipertansiyon oluşumunda rol oynadığı belirtilmektedir.

National Cholesterol Education Program – Ulusal Kolesterol Eğitim Programı (NCEP), total kolesterol için <200mg/dL, LDL için 100 – 129 mg/dL, trigliserid için < 150mg/dL sınırlarını normal sınırlar olarak kabul etmekte ve bu sınırları koruyabilmek için sature yağlar ve kolesterol alımının azaltılmasını, fizik aktivitenin artırılmasını ve kilo kontrolünü önermektedir (104).

#### **2.1.4.11. Fiziksel Hareketsizlik**

Hareketsizlik, hipertansiyon için bağımsız bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Türk Hipertansiyon Prevelans çalışmasında, fizik aktivitenin son 10 yıl içinde orta yaşlı Türk kadınlarında %8 oranında azaldığı ve bu durumun kaygı verici bir gelişme olduğu belirtilmektedir (7). Çünkü düzenli fiziksel aktivite ile kilo azalmakta, LDL kolesterol ve trigliserid düzeyleri düşmekte, HDL kolesterol düzeyleri yükselmekte, insüline duyarlılık artmakta, endotele bağlı vazodilatasyon artmakta ve böylece kan basıncı düşmektedir (105,106). Bu nedenle hipertansif kadınların sağlıklı yaşam tarzı geliştirmeleri ve bu kapsamda fizik aktivitelerini arttırmaları konusunda desteklenmeleri gerekmektedir.

#### **2.1.5. Primer Hipertansiyonun Fiziopatolojisinde Etkili Mekanizmalar**

Primer hipertansiyonun patogenezi çok bilinmeyenli bir denklem olmaya devam etse de, pek çok mekanizmanın ayrı ayrı veya birbirleriyle etkileşim halinde hipertansiyona neden olduğu bilinmektedir (107).

Kan basıncının kontrolü böbrekler, santral sinir sistemi, periferik sinir sistemi, vasküler endotel ve adrenal bez arasındaki karmaşık etkileşimle sağlanmaktadır. Bu mekanizmalar birbirleriyle eş güdümlü bir şekilde sistemlerin yanıtını düzenleyerek kan basıncını, en uygun fiziksel ve mental durum için gerekli sınırlarda tutmaktadır (64).

#### **2.1.5.1. Sempatik Sinir Sistemi Aktivasyonu**

Sempatik sinir sistemi (SSS) aktivasyonunun artması, hem normotansif hem de hipertansif bireylerde, kalp, böbrek ve periferik damar yatağının uyarılması yoluyla sırası ile kalp debisinde, sıvı tutulumunda ve damar direncinde artışa yol açarak kan basıncını yükseltmektedir (108).

Sempatik sinir sisteminin uyarılması ile kalp hızında artış, periferik vazokonstriksiyon, norepinefrin salınımı ve damar düz kas hücresinde hipertrofi gelişmektedir. Ayrıca renal efferent sempatik liflerin uyarılmasıyla renal kan akımında azalma ve renal vasküler dirençte artma sonucu vazokonstriksiyon ortaya çıkmaktadır. Bu durum böbreklerden  $\text{Na}^+$  – suyun geri emilimini arttırarak ve jukstaglomerüler aparatın renin salınımını uyararak kan basıncında yükselmeye yol açmaktadır (107).

#### **2.1.5.2. Renin - Anjiyotensin - Aldosteron Sistemi**

Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi (RAAS), kan basıncını düzenleyen güçlü bir mekanizmadır. Böbrek perfüzyon basıncının düşmesi, hücre içi volümde azalma, sinir sistemi aktivasyonu ve hipokalemi gibi birçok uyarıya cevap olarak afferent arteriollerin çevresinde bulunan jukstaglomerüler hücrelerden renin salgılanır. Renin, karaciğerden salgılanan anjiyotensinojenin anjiyotensin I'e (AT-I) dönüşmesini sağlar ve AT-I anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) ile anjiyotensin II'ye (AT-II) değiştirilir (109). AT-II, damarların vazokonstriksiyonu, aldosteron sentezinin ve salınımının uyarılması, renal tubüler  $\text{Na}^+$ 'un geri emiliminin uyarılması, renin salınımının baskılanması, susama hissinin uyarılması, antidiüretik hormonun salınımı ve sempatik debride artışlar gibi majör fizyolojik ve patofizyolojik etkileri nedeniyle hipertansiyonun fizyopatolojisinde rol oynamaktadır (40,107,109).

Hipertansiyonda, yüksek veya normal kan hacmi ve yüksek kan basıncının etkilerine uygun olarak renin salgılanmasında baskılanma, dolayısıyla düşük plazma renin düzeyleri beklenir. Fakat hastaların çoğunda renin düzeyleri normal ya da yüksek bulunabilmektedir. Bu düzeylerin uygunsuz olması, akla hastalık patogenezinde reninin

direkt bir rol oynayıp oynamadığını getirmektedir. Ancak, ACE inhibitörlerinin ve AT-1 reseptör antagonistlerinin hipertansiyonu tedavi etmek açısından etkili olduğu da bilinmektedir (9,107).

### **2.1.5.3. Endotel Fonksiyon Bozukluğu**

Endotel; bütün damar düz kaslarında bulunan, damar duvarını kaplayan ince bir skuamoz epitel tabakasıdır. Endotel hücreleri, damar duvarındaki düz kas hücreleri üzerinde vazoaaktif dilatasyon ve vazokonstrüksiyon yapan birçok lokal parakrin etkili madde salgılayarak hipertansiyon patogenezinde aktif rol almaktadır (110). Endotel hücrelerinden birçok madde salınmakla birlikte, bunların en güçlüleri NO ve endotelindir (107,110,111,112).

#### **2.1.5.3.1. Endotelin**

Endotelin; endotel hücrelerinden salgılanan ve damar düz kas hücrelerini etkileyerek vazokonstrüksiyona neden olan bir peptiddir. İlk olarak 1988 yılında Yanagisaka ve ark. tarafından tespit edilmiştir (112).

Endotelinlerin primer hipertansiyonun fizyopatolojisindeki rolünü belirlemek amacıyla birçok çalışma yapılmıştır. Ciddi hipertansiyon oluşturulan hayvan modellerinde küçük çaplı damarların endotel tabakasında endotelin üretiminin artmış bulunması, hipertansiyon patogenezinde endotelinin rolünü desteklemektedir (64,113). Endotelin üretimindeki artış kan basıncı yükselmesinin yanında hipertansiyonu olan bireylerin küçük damarlarında hipertrofik yeniden şekillenmenin oluşumundan da sorumlu tutulmaktadır. Ciddi hipertansiyonu olan Afrika kökenli Amerikalılarda endotel artışının ön planda olduğu rapor edilmiştir (113).

Sainani ve Maru (2004) tarafından yapılan çalışmada; primer HT'nu olan hastaların endotelin-1 (ET-1) plazma konsantrasyonlarının sağlıklı bireylere göre önemli ölçüde yüksek olduğu belirlenmiştir (114). Ayrıca endotelin reseptör antagonistlerinin, hem sağlıklı bireylerde hem de hafif primer hipertansiyonu olan bireylerde periferel vasküler direnci ve kan basıncını düşürmesi, endotelinlerin primer hipertansiyon patofizyolojisinde etkili olduğu görüşünü desteklemektedir (64).

### **2.1.5.3.2. Nitrik Oksit**

Nitrik Oksit kısa süreli etkiye sahip ve yüksek nüfuz özelliği olan bir gaz olup güçlü vazodilatör etkili, trombosit adezyon ve agregasyonunu inhibe edici, damar düz kas hücrelerinin çoğalmasını ve göçünü engelleyici etkileri mevcuttur (107,115). Nitrik oksit, kan basıncını organların perfüzyonunu sağlayan ama zarar vermeyen sınırlarda tutan dengeleyici bir faktör olarak kabul edilmektedir. Kan basıncındaki değişiklikler, damar duvarında oluşan gerilim ve akıma bağlı değişiklikler gibi birçok uyarana yanıt olarak endotel hücrelerinden salınmakta ve bölgesel, sistemik kan akımı ve kan basıncı düzenlenmesinde rol oynamaktadır (115).

Ateroskleroza bağlı veya genetik olarak gelişen endotel hasarı nedeniyle NO sentez ve salınımında ortaya çıkan bozulma, bireyin hipertansiyona olan yatkınlığını arttırmaktadır (116,117). Ancak hipertansif olgularda endotel fonksiyon bozukluğu ile damar kas tonusunun bozulmasında hangi mediyatörün daha önemli role sahip olduğu henüz kesin olarak belirlenememiştir (108,114,117). Yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular, endotel hasarı nedeniyle NO sentezi ve salgılanmasının bozulması sonucu primer hipertansiyonun ortaya çıktığı görüşünü destekler niteliktedir. Kitanovska ve ark.'nın (2005) prehipertansiyon evresindeki primer hipertansiyonu olan kadınlarla yaptıkları çalışmada; hipertansiyonu olan kadınların NO değerlerinin sağlıklı kadınlara göre oldukça düşük olduğu belirlenmiştir (116). Node ve ark. (1997) tarafından yapılan çalışmada da, primer hipertansiyonu olan grubun plazma NO konsantrasyonu kontrol grubuna göre önemli ölçüde düşük bulunmuştur (117).

### **2.1.5.4. Vasküler Reaktivite**

Hipertansiyonu olan ve olmayan bireylerin noradrenaline verdikleri vazokonstrüktör yanıt, birbirinden farklı olmakla birlikte hipertansiyonu olan bireylerin yanıtının daha fazla olduğu belirtilmektedir (9). Dolaşımdaki noradrenalin miktarı arttırıldığı zaman, hipertansiyonu olmayan bireylerin noradrenarjik reseptörlerinin yanıtı azalmakta, buna karşın hipertansiyonu olan bireylerde bu düzenleme gerçekleşmemektedir. Aksine noradrenalin duyarlılığındaki artışla birlikte periferik vasküler direnç ve kan basıncı yükselmektedir (64).

### **2.1.5.5. Vasküler Değişiklikler**

Tekrarlayan strese bağlı olarak artan SSS aktivasyonu nedeniyle gelişen vazokonstriksiyonun vasküler hipertrofiye neden olduğu görüşü ileri sürülmektedir. Çünkü SSS aktivitesinin artmasıyla gelişen vazokonstriksiyonla lümen çapı azalmakta ve artan lümen içi basınç damar düz kas hücrelerinin hipertrofini uyarmaktadır. Endotelin ve AT-II gibi birçok mediyatör periferik direnç artışı ile sonlanan bir süreci başlatan faktör olmakta, bu mediyatörlerin etkisiyle ortaya çıkan vazokonstriksiyon ve hipertrofi ise periferik dirençteki artışın sürekliliğine neden olmaktadır. Bu mekanizma yavaş fakat ilerleyicidir ve sonuçta vasküler yapıdaki değişikliği başlatıcı mekanizma ne olursa olsun son patolojik yapı tüm primer hipertansiyonu olan hastalarda birbirine benzemektedir (64,108).

Ayrıca arterlerin orta tabakasındaki kas lifleri ve elastin liflerinin bütünlüğündeki bozulmalarda olduğu gibi düz kas hücrelerinde hipertrofi ve kollajen deposundaki artış nedeniyle arterioskleroz gelişmekte ve damarların elastikiyeti azalmaktadır. Bu azalma da, kan basıncında artışlara yol açabilmektedir (64).

### **2.1.5.6. Renal Sodyum Tutulumu**

Böbreğin vücutta  $Na^+$  - sıvı dengesini ve kan basıncının uzun süreli kontrolünü sağlayan organ olması nedeniyle, primer hipertansiyonun gelişiminde önemli rol oynadığı fikri giderek ağırlık kazanmaktadır. Primer hipertansiyonda, böbreklerden  $Na^+$  un geri emiliminin artışına yol açan birkaç patolojik yol bulunmaktadır. Bunlardan birincisi; Brenner tarafından ileri sürülen nefron sayısında konjenital azalmadır (118). Buna göre konjenital nedenlere (düşük doğum ağırlığı) bağlı olarak glomerülün filtrasyon yüzeyindeki azalma nedeniyle böbreklerden  $Na^+$  atılım miktarının azalması sonucu kan basıncı yükselmektedir. Yapılan bir çalışmada, erişkin yaşamda hipertansiyon gelişme riski, düşük doğum ağırlıklı bebeklerde %29, normal doğum ağırlıklı bebeklerde ise %24 bulunmuştur (107,118). Sodyum retansiyonuna neden olan ikinci mekanizma ise basınç-natriürez ilişkisinin bozulmasıdır (107). Sağlıklı bireylerde kan basıncı yükseldiğinde, böbreklerden  $Na^+$  ve su atılımı artarak intravasküler hacim küçültülmekte ve kan basıncı normale dönmektedir. Primer hipertansiyonu olan bireylerde ise kan basıncı ile  $Na^+$  atılımı arasındaki dengenin bozulması sonucu kan basıncı dengelenememektedir (107). Sodyum retansiyonuna neden olan üçüncü

mekanizma ise, böbreklerde afferent arteriyollerde vazokonstrüksiyona veya intrinsek bir daralmaya bağlı olarak iskemik nefron topluluklarının bulunması ve buna bağlı renin salgısının homojenitesinin bozulmasıdır (119). İskemik nefronlardan salınan renin, normal nefronların uyumlu  $\text{Na}^+$  atılımını engelleyerek  $\text{Na}^+$  retansiyonuna neden olmaktadır. Bu üç mekanizma, böbreklerden  $\text{Na}^+$  atılımını engelleyerek intravasküler hacim artışına yol açmakta ve kan basıncını yükseltmektedirler.

#### **2.1.5.7. İnsülin Direnci**

İnsülin direnci, glikozun periferik dokularda, özellikle iskelet kaslarında kullanımının azalmasıyla karakterize metabolik bir bozukluktur. Primer hipertansiyona sıklıkla insülin direnci, hiperinsülinemi ve dislipidemi eşlik etmektedir (119). Prospektif gözlem çalışmalarında, açlık insülin düzeyi yüksek olanlarda, kontrol grubuna göre sonraki yıllarda hipertansiyon gelişme riskinin 2 – 3 kat arttığı belirlenmiştir (107).

İnsülin direnci ve hiperinsülineminin kan basıncı yükselmesine yol açmasıyla ilgili patojenik mekanizmalar arasında;

- 1) Diyetle alınan tuza karşı kan basıncı duyarlılığının artması,
- 2) Renal  $\text{Na}^+$  ve su tutulumunun artması,
- 3) Hücre içinde  $\text{Na}^+$  ve  $\text{Ca}^{++}$ 'un artması,
- 4) SSS aktivitesinin artması,
- 5) Vazodilatör prostoglandinlerin azalması,
- 6) Endotelin salınımının artması,
- 7) AT-II'nin vazokonstrüktör etkisinin ve aldosteron salınımını uyarıcı etkisinin artması,
- 8) Damar düz kas hücresi büyüme faktörlerinin uyarılması sayılabilmektedir (40,107).

İnsülin direncinin ve hiperinsülineminin neden olduğu bu patolojik mekanizmalar bir araya gelerek kan basıncının yükselmesinde etkili olmaktadır. Lissner ve ark. (1992) plazma insülin konsantrasyonunun kan basıncının yükselmesinde önceden belirleyici bir faktör olduğunu saptamışlardır (120).

#### **2.1.5.8. Ürik Asit**

Primer hipertansiyon gelişimi için bir diğer risk faktörünün ürik asit olduğu belirtilmektedir. Ürik asit küçük molekül ağırlıklı olması nedeniyle fetal dolaşıma

kolayca geçerek glomerül endotel hücre proliferasyonuna ve anjiogenezisi inhibe ederek nefron sayısında ve glomerül yüzey alanında azalmaya yol açabilmektedir (118). Franco ve ark. (2006) zamanında doğan 42'si düşük ve 36'sı normal doğum ağırlığına sahip 78 çocuğu incelemişler ve düşük doğum ağırlıklı çocukların 8 – 13 yaşlarında sistolik kan basıncı ve ürik asit düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğunu ve endotel fonksiyon bozukluğu bulunduğunu bildirmişlerdir (121). Zoccali ve ark. (2006) tedavi edilmeyen, komplikasyonsuz primer hipertansiyonu olan bireylerin serum ürik asit konsantrasyonları ile endotel fonksiyon bozukluğunun birbiriyle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (122).

### **2.1.5.9. İyon Transport Anormallikleri**

Genetik olarak hipertansiyon gelişmeye yatkın bireylerde birçok diyet faktörü sempatik sinir sistemini, santral sinir sistemini ve RAAS'ni etkilemektedir. Yüksek  $\text{Na}^+$ , düşük  $\text{K}^+$ ,  $\text{Ca}^{++}$  ve  $\text{Mg}^{++}$  alımı gibi diyet faktörleri kan basıncı değişimine neden olabilmekte, kötüleştirebilmekte veya azaltabilmektedir.

Magnezyum iyon konsantrasyonunda artma,  $\text{Mg}^{++}$  iyonlarının genel olarak düz kas kontraksiyonunu inhibe edici etkileri ile güçlü bir vazodilatasyona neden olduğu ve kan basıncını düşürdüğü, eksikliğinde ise kan basıncının arttığı belirtilmektedir (123). Kalsiyum iyon konsantrasyonunda artma,  $\text{Ca}^{++}$ 'un düz kas kontraksiyonunu uyarması nedeniyle vazokonstrüksiyona yol açarak kan basıncının yükselmesinde etkili olabilmektedir (83). Artmış  $\text{K}^+$  alımı damarlardaki  $\text{K}^+$  kanallarını açarak, sempatik nöral çıkışı değiştirip düz kas kontraksiyonunu inhibe ederek ve vazodilatatör prostaglandinleri arttırarak kan basıncı üzerinde etkili olabilmektedir (124).

### **2.1.6. Primer Hipertansiyonun Belirtileri**

Hipertansiyon çoğu zaman sinsi bir seyir izlemekte ve uzun yıllar belirtisiz ve komplikasyonsuz seyredebilmektedir. Bu aşamada tek somut bulgu AKB'nın yüksek saptanmasıdır. Bu hastalarda hipertansiyon tanısı sadece kan basıncı ölçümü ile mümkün olabilmektedir.

Hipertansiyonun başlıca belirtileri; kan basıncının en yüksek olduğu sabah saatlerinde oksipital baş ağrısı, kulak çınlaması, yorgunluk, halsizlik, çarpıntı, nefes darlığı, burun kanaması, yürüme ve merdiven çıkmada zorlanma, bazen çok sık idrara

çıkma, noktüri ve bacaklarda şişliktir. Kan basıncının çok yükseldiği durumlarda çift görme, dilde peltekleşme, yüzde veya vücutta karıncalanma görülebilmektedir (4).

Hipertansiyon vasküler sistemin bir hastalığı olması nedeniyle damar yönünden zengin organlara zarar verebilmekte ve gelişen zararlara ilişkin belirtiler görülebilmektedir. Örneğin beynin etkilenmesine bağlı olarak; parestezi, mental bozukluklar, kusma, serebrovasküler olay, koma ve hemipleji (125), kalp damarlarının etkilenmesi sebebiyle göğüs ağrısı, gözün etkilenmesi sonucu; görme kayıpları, böbreğin etkilenmesine bağlı olarak; noktüri görülmektedir (52). Bu belirtilerin ortaya çıkabilmesi için genellikle uzun bir süre geçmesi ve bu sürede de hipertansiyonun tedavi edilmemesi gerekmektedir. Gerekli tedavi yapılmadığı zaman bu belirtilerin ortaya çıkması daha da hızlı olabilmektedir (4,40,52).

### **2.1.7. Hipertansiyonda Hedef Organlardaki Değişiklikler ve Komplikasyonlar**

Tedavi edilmeyen hipertansiyon, başta kardiyovasküler sistem olmak üzere birçok organ ve sistemleri etkileyerek çeşitli komplikasyonların oluşmasına yol açabilmektedir. Hipertansiyona ilişkin komplikasyonlar doğrudan yüksek kan basıncı değerlerine bağlı olabileceği gibi, hipertansiyonun kolaylaştırdığı ve zemin hazırladığı arterioskleroza da bağlı olabilmektedir. Hipertansiyonun arter duvarında yaptığı temel yapısal değişiklik, özellikle arteriyollerde gözlenen anormal hiperplazi ve hipertrofi yanıtıdır (52).

Hipertansiyonun öncelikle hasar verdiği organlar kalp, beyin, göz ve böbreklerdir (126). Buna ek olarak santral ve periferik arterlerin etkilenmesine bağlı olarak birçok organ ve sistem hipertansiyondan olumsuz yönde etkilenebilmektedir (127).

#### **2.1.7.1. Kardiyovasküler Komplikasyonlar**

Hipertansiyonun kalp üzerindeki etkileri de doğrudan hipertansiyonun artırdığı art yük (afterload) nedeniyle gelişen sol ventrikül hipertrofisine ya da hipertansiyonun gelişimine katkıda bulunduğu ve zemin hazırladığı arterioskleroza bağlı olabilmektedir. (128).

Hipertansiyonun kalp üzerinde oluşturduğu ilk etki diyastolik fonksiyon bozukluğudur. Tedavi edilmeyen kronik hipertansiyon nedeniyle kan basıncının sürekli



yüksek seyretmesine bağlı olarak sol ventrikül içi basıncı y¼k¼ artmaktadır. Sol ventrik¼l artan bu y¼ke, miyositlerin hem kalınlığında hem de sayısında artışla yanıt vermekte (129) ve hipertrofi gelişmektedir. Sol ventrik¼l hipertrofisi (SVH), etkin kan basıncı kontrol¼ ile ¼nlenebilmekte ya da yavaşlatılabilmektedir (129,130). Sol ventrik¼l hipertrofisi prevelansı, kan basıncı kontrol altında olmayan hastalarda %37'lere y¼kselmiř iken uygun kan basıncı kontrol¼ yapılan hastalarda çok d¼ř¼k bulunmuştur (131).

Hipertansiyona bağlı olarak gelişen kardiyovask¼ler komplikasyonlardan bir diğeri de konjestif kalp yetmezliğidir. Hipertansiyon nedeniyle gelişen SVH, ¼ncelikle sol ventrik¼l diyastol fonksiyonunun bozulmasına yol açmakta ve sol atriumun boşalmasını engellemektedir. Bu durum sol atrium basıncının, dolayısıyla pulmoner ven basıncının artmasına neden olmaktadır. Eğer hipertansiyon tedavi edilip kan basıncı normal d¼zeylere d¼ř¼r¼lmez ise sol ventrik¼l sistol fonksiyonu da bozulmakta ve konjestif kalp yetersizliği gelişmektedir (52,128,133).

#### **2.1.7.2. Serebrovask¼ler Komplikasyonlar**

Hipertansif serebrovask¼ler hastalıklar kapsamında serebrovask¼ler olaylar ve hipertansif ensefalopati yer almaktadır. Kanamaya ya da tromboembolik olaylara bağlı gelişen inmenin (stroke) en başta gelen nedeninin hipertansiyon olduğu bilinmektedir (52). Hipertansiyon nedeniyle gelişen inmelerin yaklaşık %80'inin iskemik veya arteriyel tromboz ya da embolizme bağlı olduğu belirtilmektedir (133). Framingham çalışmasında, inme g¼r¼lme sıklığının erkeklerde %56 ve kadınlarda %66 olduğu belirlenmiştir (134). Serebrovask¼ler hastalıkların %10-15'inde intraparakımal kanama, %5'inde subaraknoid kanama g¼r¼l¼rken %5 – 15 kadarında da neden saptanamamaktadır (52). Tromboembolik olayların nedeni karotis ve beyin arterlerindeki aterosklerozdur ki, hipertansiyonun bu s¼reci hızlandırdığı bilinmektedir. (52). Li ve ark. (2005) hipertansiyon tedavisi alan ve kan basıncı < 140/90 mmHg olan hastalarda inme g¼r¼lme sıklığı %5 iken, hipertansiyon tedavisi alan ancak kan basıncı kontrol edilmeyen hastalarda %45 – 52 arasında olduğunu belirlemişlerdir (135).

Hipertansiyonun serebrovask¼ler komplikasyonlarından bir diğeri hipertansif ensefalopatidir. Kan basıncının hızla y¼kselmesini takiben vask¼ler geçirgenlikteki artış, beyin ¼demine yol açmakta ve şiddetli baş ağrısı, g¼rme bozukluğu,

konvülsiyonlar, fokal nörolojik bulgular, konfüzyon, koma gibi akut nörolojik belirtilerle seyreden hipertansif ensefalopatiye neden olmaktadır (40,136,137).

### **2.1.7.3. Renovasküler Komplikasyonlar**

Hipertansiyon ile böbrek yetmezliği gelişimi arasındaki kuvvetli ilişkinin varlığı uzun süredir bilinmekte olup, son 10 – 15 yılda yapılan çalışmalar, kan basıncı yüksekliğinin çok şiddetli olmadığı durumlarda bile böbrek hastalığı riski olduğunu ortaya koymaktadır (52). Hafif hipertansiyonda böbreklerde afferent arteriyollerin duvarında fibrozis ve hiyalinizasyon ile karakterize hipertansif nefroskleroz gözlenmektedir. Hipertansiyonu olan hastalarda böbrek tutulumu genellikle belirti vermeden seyretmekte ve böbrek yetmezliği gelişinceye kadar da böyle devam edebilmektedir. İlk objektif bulgunun mikroalbuminüri olduğu bildirilmektedir (40,52). Türk Hipertansiyon Prevelans çalışmasında (2004), hipertansiyonu olan bireylerin % 27'sinde mikroalbuminüri olduğu belirlenmiştir (7). Ayrıca son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) gelişme riski optimal kan basıncına (sistolik <120 mmHg ve diyastolik <80 mmHg) sahip erkeklere oranla, yüksek-normal kan basıncına (sistolik 130 – 139 mmHg ve diyastolik <90 mmHg) sahip olan erkeklerde 2 kat, evre IV olanlarda ise 22 kat arttığı belirlenmiştir (138).

### **2.1.7.4. Göz Komplikasyonları**

Hipertansiyonun göz dibinde yaptığı değişiklikler, 1930'lu yıllarda Keith, Wagener ve Baker tarafından sınıflandırılmıştır (139). Bu sınıflandırmaya göre, I. (arteriollerde incelmeye) ve II. (arteriollerin ven üzerine baskısı) derece olarak kabul edilen değişikliklerin hipertansiyona ait organ hasarı kapsamında değerlendirilmediği, ancak III. (kanama ve eksüdalar) ve IV. (papilla ödemi) derece değişikliklerin hastalığın seyrinin kötü olduğunun işareti olduğu belirtilmektedir (127). Hipertansiyonun göz dibinde yaptığı değişikliklere bağlı olarak gözde retinopati, hemoraji, eksüda ve papil ödem gelişebilmektedir. Ancak günümüzde hastaların büyük çoğunluğunun erken dönemde hastaneye başvurması nedeniyle hemoraji, eksüda ve papil ödeme nadiren rastlanmaktadır. Bununla birlikte en sık bilinen göz komplikasyonu retinopatidir (131).

Retina vücuttaki kan damarlarının direkt olarak gözlenebileceği tek bölge olması nedeniyle gözdeki muayenesi ile hipertansiyona bağlı gelişen arteriyel değişiklikleri erken dönemde belirlemek açısından büyük önem taşımaktadır (49,127,139).

#### **2.1.7.5. Santral ve Periferik Arterlere İlişkin Komplikasyonlar**

Hipertansiyonun, periferik arter hastalıklarına neden olabilen en önemli risk faktörleri arasında yer aldığı, periferik arteriyel yapıyı olumsuz yönde etkilediği ve özellikle de bu etkinin SKB değerleri ile ilgili olduğu belirlenmiştir (60).

Hipertansiyon nedeniyle santral ve periferik arterlerde gelişen hasara bağlı değişiklikler; karotis arterde intima-media kalınlığında artış veya aterosklerotik plak, büyük arterlerde kompliyans azalması, endotel fonksiyon bozukluğu, torasik ve abdominal arterlerde dilatasyon / anevrizma olarak tanımlanabilmektedir (127).

Hipertansiyon, aterosklerotik koroner arter hastalıklarının (KAH) oluşmasında ve hızlı ilerlemesinde bağımsız bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (136,140). Hipertansiyon, büyük arterlerde aterosklerotik daralmaları hızlandırmakta ve koroner dolaşımdaki direnci yükseltmektedir. Ayrıca endotel fonksiyonlarını bozarak vazodilatör yanıtları baskılamakta ve koroner rezervi azaltarak KAH riskini arttırabilmektedir (52). MacMahon ve ark.'nın (1990) yaptığı meta-analizde 105 mmHg diyastolik kan basıncı olan bireylerde KAH gelişme riski 4 kat yüksek bulunmuştur (140). Sistolik kan basıncı değerleri arttıkça KAH, inme ve mortalite oranlarının yükseldiği belirtilmektedir (50,127).

#### **2.1.8.Hipertansiyonun Tedavisi**

Hipertansiyon tedavisine başlanmadan önce, hastanın uzun süreli izlemi için gerekli veriler toplanıp daha sağlıklı ve etkili bir tedavi planının yapılabilmesi için öncelikle sistemik değerlendirilmesinin yapılması gerekmektedir (93). Bu sistemik muayene sonrasında hastanın tıbbi öyküsü, fizik muayene bulguları, tekrarlı kan basıncı ölçüm sonuçları ve başlangıçta yapılması gereken bazal laboratuvar tetkikleri değerlendirilerek kesin hipertansiyon tanısı konulmalıdır (44,93).

Primer hipertansiyonun gelişiminde çok farklı mekanizmaların sorumlu olması, her hastada farklı faktörlerin ve bilinmeyen mekanizmaların bulunması nedeniyle

tedavide temel amaç; kan basıncını düşürmek, uzun dönemdeki kardiyovasküler, renal, serebral mortalite ve morbiditede azalma sağlamaktır (45,141)

Bu amaçla hipertansiyonun tedavisinde iki yaklaşım uygulanmaktadır (82);

- İlaç dışı tedavi (yaşam tarzı düzenlemesi)
- İlaç tedavisi.

### **2.1.8.1. İlaç Dışı Tedavi (Yaşam Tarzı Düzenlemesi)**

Yaşam tarzı düzenlemesi, tüm hastalar için tedavinin ilk aşamasında düşünülmesi gerekmektedir. Özellikle DKB 100 mmHg'dan düşükse, bu önlemler sıklıkla hipertansiyonu kontrol etmeye ve kan basıncını düzenlemek için gereken ilaç sayısını veya dozunu azaltmaya yardımcı olabilir (60). Hipertansiyon tedavisinde etkili olduğu düşünülen ilaç dışı tedavi yöntemlerinin, kapsamlı bir değerlendirme sonrasında her hasta için özel planlanması gerekmektedir. Ancak bu uygulamalar yüksek risk grubundaki hipertansif bireylerde ilaç tedavisine başlanmasını geciktirmemelidir (9,49).

Kan basıncını düşürmede en etkili yaşam tarzı değişiklikleri;

**2.1.8.1.1. Tuz alımının kısıtlanması:** Diyetle alınan  $\text{Na}^+$  miktarının AKB'nı etkilediği bilinmektedir. Klinik çalışmalarda, hipertansiyonu olan bireylerde diyetteki tuz miktarının orta derecede azaltılmasının SKB'nı 4 – 7 mmHg, DKB'nı 3 mmHg düşürdüğü belirtilmektedir (142). He ve ark. (2003) diyetle alınan  $\text{Na}^+$  miktarının azaltılması ile hipertansif hastaların kan basıncının 7 mmHg, normotansif bireylerin kan basıncının 4 mmHg azalma gösterdiğini belirlemişlerdir (143). American Heart Association (AHA), diyet ile günlük alınacak  $\text{Na}^+$  miktarını 100 mmol (2,4g  $\text{Na}^+$  veya 6g  $\text{Na}^+$  klorid) ile sınırlandırılması gerektiğini belirtmektedir (102).

**2.1.8.1.2. Kilolu ya da obez hastanın ideal kiloya getirilmesi:** Yapılan gözlemsel ve deneysel çalışma sonuçları, hipertansiyon ile obezite arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir (102). Kilo kaybetmekle normotansif ve hipertansif bireylerde kan basıncı, insülin direnci, sempatik aktivite, plazma leptin ve insülinemi düzeyleri azalmaktadır (75,144). Yüksek-normal kan basıncına sahip 35 – 54 yaş arası kadın ve erkek hastalardaki 3.9 kg'lık kilo kaybının SKB'da 2.9 mmHg, DKB'da 2.3 mmHg azalma sağladığı belirlenmiştir (145). Yaklaşık bir kg'lık kilo kaybı, SKB'nda 2 – 3 mmHg, DKB'nda 2 mmHg düşüş sağlayabilmektedir. Altı aylık bir süreçte, 9 – 10

kilo kaybetmekle AKB'nın 26/20 mmHg düştüğü bildirilmektedir (146). Ayrıca BKİ 25 – 29.99 olan hipertansiyon hastalarının kilo vermesi ile kullandıkları antihipertansif ilaçların kan basıncını düşürücü etkilerinin arttığı ve hipertansiyona ilişkin komplikasyonların azaldığı vurgulanmaktadır (9,39). Bu nedenle fazla kilolu hipertansif hastaların diyet ve egzersiz programları ile ideal kiloya getirilmeleri büyük önem taşımaktadır.

**2.1.8.1.3. Sigaranın bırakılması:** Sigara kullanımının, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık gelişme riskini arttırdığı kabul edilmektedir (88,147). Ancak yapılan bazı çalışmalarda sigaranın kan basıncı artışı ile ilişkisi olmadığı, hatta sigara içenlerin kan basıncının içmeyenlere göre daha düşük olduğu belirtilmektedir (148).

Günün ilk sigarası ile birlikte kan basıncında akut olarak 20 mmHg civarında bir yükselme olmakta ve bu etki 15 – 20 dakika sürmektedir. Bowman ve ark. (2007) sigara içmenin hipertansiyon gelişme riskini orta derecede arttırdığını, bu etkinin günde 15 ve üzeri sigara içen kadınlarda daha şiddetli olduğunu belirlemişlerdir (88). Sigaranın bu olumsuz etkilerinden dolayı tüm hipertansiyonu olan bireylerin sigarayı bırakmaları önerilmektedir.

**2.1.8.1.4. Fiziksel aktivitenin artırılması:** Gerek normotansif, gerekse hipertansif olan ve hareketsiz yaşam süren bireylerde, düzenli yapılan egzersizin kan basıncını düşürmede etkili bir yaklaşım olduğu bildirilmektedir (60). Düzenli egzersizin, baroreseptör refleksleri güçlendirdiği, sempatik tonusu azalttığı, endotel NO salınımını ve insülin duyarlılığını arttırdığı ve böylelikle kan basıncının normal kabul edilen düzeylerde olmasında etkili olabildiği belirtilmektedir (140). Ishikawa ve ark. (1999) evre I - II primer hipertansiyonu olan ve hareketsiz yaşam süren 109 birey ile yaptıkları çalışmada; fiziksel aktivite artışı ile 30 – 49 yaş arası kadınların kan basıncı düzeylerinin 16/14 mmHg, 50 – 79 yaş arası kadınların ise 10/6 mmHg düşüş gösterdiğini belirlemişlerdir (149). Bu sonuçlar sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri kapsamında fiziksel aktivitenin faydaları konusunda toplum bilincinin artırılması ve özellikle de kadınların fiziksel aktivite yapmaya teşvik edilmesi gerektiğini göstermektedir.

**2.1.8.1.5. Aşırı alkol alımının azaltılması:** Aşırı alkol kullanımı hem hipertansiyon hem de kardiyovasküler hastalıklar açısından risk oluşturmaktadır. Xin ve ark. (2001) günde 3-6 kadeh alkol alan bireyler ile yaptıkları çalışmalarında; alkol tüketiminin %70 oranında azaltılmasıyla SKB'nın 3.31 mmHg, DKB'nın 2.04 mmHg azaldığını belirtmişlerdir (150). The Prevention and Treatment of Hypertension Study (PATHS) sonucunda, hipertansiyonu olan hastalar için alkol alımının erkeklerde maksimum günde 2 kadeh, kadınlarda günde 1 kadeh ile sınırlandırılması önerilmektedir (102).

**2.1.8.1.6. Hipertansiyonu Durdurmak Üzere Besinsel Yaklaşımlar (DASH) Diyetinin Uygulanması:** Hipertansiyon hastalarında kan basıncını düşürmek ve hipertansiyona bağlı gelişebilecek komplikasyonları önleyebilmek amacıyla, doymuş yağ asitlerinin, tam yağlı besinlerin, şekerli yiyecek ve içeceklerin miktarının azaltıldığı, buna karşın  $K^+$ ,  $Ca^{++}$ ,  $Mg^{++}$ , lif ve protein yönünden zengin besinlerin yer aldığı DASH diyeti önerilmektedir (102). Moore ve ark.'nın (2001) DASH diyeti uygulanan evre I sistolik hipertansiyonu olan 72 hasta ile yaptıkları çalışmalarında; 8 hafta sonra yapılan kan basıncı ölçümlerinde SKB'da 11.2 mmHg düşüş olduğu belirlenmiştir (151).

**2.1.8.1.7. Diyetle yeterli kalsiyum, potasyum ve magnezyum alınması:** Potasyum; vasküler  $Na^+ / K^+ - ATPase$  etkinliğinde artış ve buna bağlı vasküler gevşeme yapmakta, renal vasküler dirençte azalma ve glomerüler filtrasyon hızında artış oluşturmakta ve bu mekanizmalarla kan basıncını düşürücü etki göstermektedir (93). Whelton ve ark. (1997) diyetle  $K^+$  alımının artırılması ile SKB'da 3.11 mmHg, DKB'da 1.97 mmHg düşüş olduğunu belirlemişlerdir (141). Bu nedenle hipertansiyon hastalarının  $K^+$  alımını arttırmaları ve günde 90 mmol  $K^+$  almaları önerilmektedir (75). Ancak  $K^+$  tutucu diüretikler ya da ACE inhibitörleri kullanılıyorsa aşırı  $K^+$  alımından kaçınmak gerekmektedir (82). Ayrıca diyetle yeterli  $Mg^{++}$  ve  $Ca^{++}$  alınması durumunda AKB'da anlamlı düşüşler olduğu belirlenmiştir (71).

Bitkisel protein alımı ile kan basıncı arasında da ters bir ilişki bulunduğu ve bitkisel protein alan bireylerde SKB'nın 2.72 mmHg ve DKB'nın 1.67 mmHg düşüş gösterdiği belirlenmiştir (152).

**2.1.8.1.8. Kafein alımının sınırlanması:** Kahvenin kan basıncı üzerine etkisini belirlemek için ilk olarak, Horst ve ark.'nın 1934 yılında yaptıkları çalışmada, kahve tüketiminin kan basıncı üzerine etkili olduğu belirlenmiştir. Jee ve ark. (1999) kronik kahve tüketiminin ( 5 fincan/gün); SKB'da 2.4 mmHg, DKB'da 1.2 mmHg artışa neden olduğunu belirlemişlerdir (89). Ancak kahve ile alınan kafeinin kan basıncını arttırıcı etkisi her hastada farklılık gösterebilmektedir (93). Bu nedenle alınan kafeinin bireyin kan basıncı üzerindeki etkisi belirlendikten sonra önerilerde bulunulması daha uygun olabilir.

**2.1.8.1.9. Endikasyon varsa davranış terapisinin uygulanması:** Yaşanan psikososyal sorunların primer hipertansiyon gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir. Davranış terapisinin (transdental metidasyon, yoga, biofeedback ve psikoterapi) en azından geçici bir süre kan basıncını azalttığı yapılan çalışmalarla gösterilmektedir (63). Herrmann (2002) gevşeme teknikleri, davranış terapileri, biyofeedback teknikleri gibi psikoterapötik müdahalelerin SKB'nı ortalama 10 mmHg, DKB'nı 5 mmHg düşürdüğünü belirtmiştir (153).

Mevcut yaşam tarzı değişiklikleri ile kontrol altına alınamayan hipertansiyon için tıbbi tedavi uygulanması gerekmektedir. Ancak hastaların ilaç tedavisi ile birlikte yaşam tarzı değişikliklerini aksatmadan sürdürmeleri gerektiği belirtilmektedir (39,154,155).

### **2.1.8.2. Hipertansiyonun İlaçla (Farmakolojik) Tedavisi:**

Primer hipertansiyon; toplumda son derece yaygın olması (7), tekrar kontrolünü sağlamak için yoğun çaba gerektirmesi, özellikle erişkin yaştaki bireyleri kapsamaması (156), hastalığa ilişkin farkındalığın düşük olması ve gelişimine katkıda bulunan faktörlerin önlenebilir olması nedeniyle halk sağlığı çalışmaları açısından büyük önem taşımaktadır (157).

Hipertansiyon tedavisindeki temel amaç hedef organ hasarını önleyerek morbiditeyi ve ölüm hızını azaltmaktır (39). Bu amaca, SKB'nı 140mmHg'nın, DKB'nı 90 mmHg'nın altında tutarak ve kardiyovasküler hastalık açısından diğer değiştirilebilir risk faktörlerini kontrol ederek ulaşılabilmektedir (7,39). Kan basıncı yüksek olan bireylerde erken dönemde uygulanan antihipertansif tedavinin, geç

dönemde uygulanan antihipertansif tedaviye üstün olduğu ve önlenebilir kardiyovasküler komplikasyonları en aza indirmek için, tedavinin tanı konulur konulmaz başlatılması gerektiği belirlenmiştir (82,107). Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaç grupları şu şekilde sınıflandırılmaktadır (64,82,136);

#### 1. Diüretikler

- Tiazid benzeri diüretikler
- Potasyum tutucu diüretikler
- Loop diüretikler

#### 2. Adrenarjik inhibitörler

- Periferik inhibitörler
- Merkezi alfa 2 agonistleri
- Alfa 1 blokerleri
- Betablokerler
- Kombine alfa 1 ve beta blokerler

#### 3. Kalsiyum kanal blokerleri

#### 4. ACE inhibitörleri

#### 5. Vazodilatatörler

#### 6. Anjiyotensin reseptör blokerleri

#### 7. İmidazolin reseptör blokerleri

Klinik çalışmalardan elde edilen verilere göre, ACE inhibitörleri, anjiyotensin reseptör blokerleri, kalsiyum kanal blokerleri ve tiazid diüretikleri dâhil olmak üzere kombine tedavi ile kan basıncının düşürüldüğü durumlarda, hipertansiyona ilişkin komplikasyonların azaldığı belirlenmiştir (45). Buna ek olarak antihipertansif tedavinin inme insidansında %35 – 40, myokard infarktüsü insidansında %20 – 25, kalp yetmezliği insidansında ise %50'den fazla azalma sağladığı belirlenmiştir (158).

Hipertansiyon tedavisinde yaşanan sorunların başında, hastaların tedaviye ömür boyu devam edileceğinin bilincinde olmamaları ve tedaviye başladıktan sonra kontrollerini düzenli yaptırmamaları gelmektedir (159). Bu sorunların çözümlenebilmesi için hastaların hipertansiyon ve tedavisine ilişkin bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının artırılması gerektiği düşünülmektedir.



## 2.2. CİNSELLİK KAVRAMI

Cinsellik, bireyin emosyonel, mental ve fiziksel olarak erkeklik ya da dişiliği deneyimleme, gösterme becerisi olarak tanımlanabilir. Bireyin sahip olduğu cinsel organlarının fonksiyonlarını, cinselliği algılama düzeyini, cinselliği ifade etme tarzını içermektedir (160).

Cinsellik insanoğlunun; cinsiyet, toplumsal cinsiyet, cinsel kimlik, cinsel yönelim, erotizm, sevgi ve üremeyi kapsayan temel bir boyutunu oluşturmaktadır (23).

Cinsellik, sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş, biyolojik, psikolojik, sosyal yönleri olan özel bir yaşantı olarak da tanımlanmaktadır. Cinselliğin biyolojik boyutu üremeyi amaçlamaktadır. Sosyal boyut ise bir yanda iki insanın birlikte oluşunu, diğer yanda toplumsal değer yargılarıyla kendini göstermektedir. Sosyal yapıda bütünü içinde bir bölüm olan cinsel yaşam, inançlardan, değer yargılarından, geleneklerden bağımsız bir şekilde değerlendirilememektedir. Psikolojik açıdan cinsellik, bireyin seçtiği, tasarladığı ve zaman zaman erteleyerek de olsa yaşadığı bir boyut olup, yaklaşma, bütünleşme, bir olma gereksinim ve isteğini karşılamaktadır (160).

Psikanalitik teorinin kurucusu olan Sigmund Freud cinselliğin, kişilik gelişiminin ve patolojik gelişimin, insan davranışlarını yöneten güdü ve motivasyon temelinde bulunan bir güç olduğunu savunmuştur (161). Abraham Maslow'un geliştirdiği temel insan gereksinimleri piramidinde cinsellik, fizyolojik gereksinimler arasında yer almaktadır (162). Bu tanım ve teoriler cinselliğin birey için önemli olduğu görüşünü desteklemektedir.

Cinsel ilişki; iki insanın biyolojik, ruhsal ve sosyal yönleriyle yaşadıkları birleşmedir. Bu birleşmenin belirli bir tek şekli veya kuralı olmadığı gibi taraflar birbirine ve çevreye zarar vermedikleri, doyuma ulaştıkları sürece nasıl ve ne kadar cinsel aktivitede bulunacaklarına kendileri karar vermektedirler. Bu yönleri ile değerlendirildiğinde cinsellik, bireyin yalnızca üreme organlarını değil, insan olarak sahip olduğu tüm özelliklerini yansıtmaktadır ve bütün insanların doğumundan ölümüne kadar yaşamlarını bütünleyen önemli bir parçası olarak ele alınmaktadır (23).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre cinsel sağlık; kişilik, iletişim ve aşkı artıran yollarla cinsel varoluşun bedensel, duygusal, entellektüel ve sosyal yönlerinin bir

bütünleşmesi olup, genel sağlığın en önemli bileşenlerinden biridir (23).

Crouch (1999)'un bildirdiğine göre Mace ve arkadaşları cinsel sağlığın üç ögesi olduğunu belirtmektedir. Bunlar;

- Üreme ve cinsel fonksiyonları etkileyen organik hastalık ve sakatlıkların olmaması,
- Cinsel tepkileri bastıran ve insan ilişkilerini olumsuz etkileyen korku, utanç, suçluluk ve yanlış inançların olmaması,
- Sosyal ve kişisel etikle uyumlu olarak üreme ve cinsel davranışlardan hoşnut olma ve kontrol edebilme kapasitesine sahip olmasıdır.

Görüldüğü gibi cinsel sağlık, tüm yaş gruplarındaki bireylerin kişisel sağlığının önemli ve pozitif bir boyutunu oluşturmaktadır. Bu nedenle, cinselliğin bireylerin sağlığı ve yaşam kalitesi açısından önemli olduğu kabul edilmektedir (23,163).

### **2.2.1 Kadınlarda Cinsellik Kavramı**

Kadınlar için cinsellik arzu edilebilir olma, çocuk doğurma yeteneği ve beden imajını kapsamasının yanı sıra emosyonel, entellektüel ve sosyokültürel bileşenleri de içine alan kapsamlı bir kavram olup (160,163), toplumun yasal ve ahlak kuralları olarak değişik biçimlerde ortaya çıkmaktadır. Ancak kadın için oldukça önemli olan bu kavram, 1950'lere kadar dünyada, yirmi yıl öncesine kadar da ülkemizde ciddi bir araştırma konusu olarak ele alınmamıştır. Bunun nedeni olarak kadınların cinsel yaşamının, toplumsal normlar ve özellikle de dini inançların etkisi altında kalarak şekillenmesinden kaynaklandığı ileri sürülmektedir (23).

Hıristiyanlığın özellikle ilk yılları cinsel konularda Musevilikten ve Eski Yunan'dan çok etkilenmiş, kilisenin katı kuralları ve sınırlamaları cinselliğin her şeklini acımasızca ayıplamış ve eleştirmiştir. Gerçek yaşamdaki uygulama kilise politikasıyla aynı doğrultuda olmayıp, 16. ve 17. yüzyılda Avrupa'da dinsel baskılar azalırken cinsel sınırlamalar gevşemeye başlamış, romantik aşka daha az yer verilir olmuştur. İngiltere ve Fransa'da daha büyük hoşgörü yaşanırken, ahlak ve din konularında fazla tutuculuğun bu kez kuzey Amerika'yı etkisi altına aldığı, giyim ve yaşam biçimini değiştirdiği, kadınlarda topuklara kadar uzanan etekler, uzun kollu ve boynu göstermeyen yüksek yakalı elbiselerin moda olduğu, evlilik dışı cinsel yaşamın yasaklandığı ve yapanların da cezalandırıldığı belirtilmektedir (163).

Masters ve Johnson'ın "Sex and Human Loving" adlı kitabında Avrupa'da Hıristiyanlığın ilk yıllarında büyük cinsel baskılar yaşanırken İslam, Hindu ve Doğu Dinlerinde cinsel konularda büyük hoşgörünün varlığından söz edilmektedir (163).

Kadınlar, Devrim yıllarında da eskiden olduğu gibi, erkekler tarafından, kendi ayakları üzerinde duramayan, başkalarına bağımlı, anne veya kız çocuk şeklinde kimliklendirilmeye çalışılmaktaydı. 1789'da Fransız Devrimi ile birlikte kadın-erkek bütün insanların eşit olduğu oldukça yüksek bir sesle dünyaya duyurulmuştur (163,164).

Kadınlar için cinsellik ülkemizde bölgeler arasında ve aynı bölge içinde bile farklılık göstermesine karşın ayıp, günah gibi sosyal baskılar nedeniyle bastırılan, önemsenmeyen, yasaklanmış, hala güçlü bir tabu olarak kabul edilmektedir. Konuya özgün eğitim kurumlarında ve aile içinde değinilmemekte ya da çok az değinilmektedir. Güleç ve ark.'nın (2007) tıp fakültesi birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde yaptığı çalışmada, tüm öğrencilerin %39'u aile içinde cinselliğin asla konuşulmadığını belirtirken, %54'ü bazen / biraz konuşulduğunu ve %6'sı her zaman konuşulduğunu ifade etmişlerdir (165). Yaşan ve Gürgen'in (2004) cinsel partneri olan ve hiç partneri olmamış 105 hemşire ile yaptığı çalışmada cinsel bilgi kaynağı cinsel partneri olan olgularda en fazla aile ve kitap-TV iken, cinsel partneri olmayan olgularda kitap-TV ve okul olduğu belirtilmiştir. Her iki grupta da ilk cinsel bilgi kaynağının en az okul seçeneği olduğu belirlenmiştir. Cinsel mitlere inanma sıklığı cinsel partneri olan bireylerde %54 ve cinsel partneri olmayan bireylerde %65 olarak bulunmuştur (36). Hem aile hem de eğitim sistemi içinde cinselliğin bu kadar az yer alması nedeniyle bireyler oldukça sınırlı bilgiye ulaşabilmektedirler ki bu sınırlı bilgiler de, kadının cinsel deneyimlerini ciddi şekilde sınırlayan, katı davranış kurallarını destekleyen yanlış bilgilere ve cinsel mitlere dayanmaktadır (166,167). Bu yanlış bilgi ve inançlar, çeşitli cinsel işlev bozukluklarına zemin hazırlayabilmektedir (168,169).

Toplumsal cinsiyet rollerine göre şekillenmiş olan cinsellik anlayışları, çeşitli toplumsal mitlerde ve yaygın kullanılan deyimlerde yansıtılmaktadır. "Kadınlar doğaları gereği cinsel olarak pasiftir, erkekler doğaları gereği aktiftir", "Sevişmeyi başlatan kadın ahlaksızdır" gibi cinsel mitler buna örnek gösterilebilir. Bu mitler ve deyimler sonucunda beliren izlenim, erkeklerin ne olursa olsun cinselliği yaşamalarının ihtiyaç olduğu, kadınlar için ise, cinselliğin sessizce kabul edilmesi gereken bir yük, çocuk doğurmaya yönelik, haz duygusundan yoksun bir sorumluluk olduğu şeklinde ifade

edilmektedir. Bu durum kadının cinselliğini sınırlamaya, yok etmeye, kontrol etmeye ve baskı altında tutmaya yönelik bir sosyal yapı oluşturmaktadır (161,168).

### **2.2.2. Kadınlarda Cinsel Yanıt Siklusu**

Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunu saptayabilmek için öncelikle sağlıklı cinsel aktiviteyi ve cinselliğin fizyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel faktörlerin birbirleri ile etkileşimi sonucu şekillendiğini bilmek gerekmektedir.

İnsan cinselliği ile ilgili ilk kapsamlı araştırma 1938 – 1952 yılları arasında Kinsey ve arkadaşları tarafından yapılmış ve insanların cinsel davranış biçimleri ile ilgili istatistiklerden oluşan derlemelerini yayınlamışlardır. Bu çalışma ile birlikte insan cinselliği, bilimsel ölçütler içerisinde araştırılabilir, ölçülebilir ve belki de hepsinden önemlisi tartışılabilir bir nitelik kazanmıştır (30,169). Bu çalışmayı takiben W.H. Masters ve V.E. Johnson 1954-1966 yılları arasında yaptıkları araştırma sonucunda cinsel yanıt sürecinin heyecanlanma/uyarılma evresiyle başlayan, plato, orgazm ve çözülme evrelerini de içeren Linear Modeli geliştirmişlerdir (169). 1979 yılında, Kaplan cinsel eylemi üç aşamalı model olarak ele almış ve bunlar; istek, uyarılma ve orgazm şeklinde sınıflandırılmıştır (170).

1997 yılında Whipple ve Brash-McGreer tarafından, tüm kadınların cinsel yanıt siklusunun Linear Modele uymadığının fark edilmesiyle kadın cinsel yanıt siklusunun Circular Model'i geliştirilmiştir. Bu modele göre cinsel yanıt siklusu istek, uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evrelerinden oluşmaktadır. Buna ek olarak kadının geçmişteki cinsel deneyimlerinin sonraki cinsel yaşamı üzerine olumlu ya da olumsuz etkilerinin olabileceği belirtilmektedir (169).

2001 yılında Basson; ilişki tatmini, cinsel uyarılma ve duygusal yakınlığın önemini içeren kadın cinsel yanıt siklusunun Non-Linear Modelini geliştirmiştir. Bu model, kadın cinsel fonksiyonlarının erkek cinsel fonksiyonlarından daha karmaşık olduğu gerçeğini ve kadın cinsel fonksiyonlarının birçok psikososyal konulardan (beden imajı, ilişki tatmini, geçmişteki olumsuz cinsel deneyimler gibi) önemli ölçüde etkilendiğini ortaya koymuştur (169,171).

### **2.2.3. Cinsel Yanıt Siklusunun Evreleri**

Kadınların yaşadığı cinsel sorunların belirlenebilmesi için öncelikle cinsel uyarılara verilen fizyolojik tepkileri içeren cinsel yanıt evrelerinin bilinmesi gerekmektedir. Kadın cinsel yanıt evrelerini belirlemek amacıyla birçok çalışma yapılmış ve (Kinsey ve ark, Master ve Johnson N, Kaplan) cinsel yanıtın istek, uyarılma, plato ve orgazm evrelerinden oluştuğu belirlenmiştir (172,173).

1997 yılında Whipple ve Brash-McGreer tarafından geliştirilen Circular Model'e göre kadın cinsel yanıt siklusunun evreleri aşağıda verilmiştir (169);

#### **2.2.3.1. İstek (libido) Evresi**

Freud libidoyu, "bilinçli bir aktivite boyunca genel seksüel enerjinin farkında olunması" şeklinde tanımlamıştır. Libido (cinsel istek); cinsel fanteziler ve cinsel aktiviteye karşı duyulan arzu ya da cinsel işlev için gerekli motivasyon, eğilim şeklinde de tanımlanabilir. Hem fantezilerle hem de eşe ilişkin seksüel işaretlerle başlatılabilmekte ve istek yeterli nöroendokrin fonksiyona bağlı olarak gelişmektedir. Cinsel istek tercihler, psikolojik durum, geçmiş cinsel yaşantılar, sosyal ve kültürel faktörler tarafından etkilenmektedir (30,174).

#### **2.2.3.2. Uyarılma evresi**

Uyarılma dönemi, bireyin uyarılmaya hazır ya da açık olması durumunda, uygun bir uyarı ile başlayan tetiklenmedir. Erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi, kadında lubrikasyonun ortaya çıkması ve bedende yaygın vazokonjesyon ve kasılma ile karakterizedir. Uyarılma, santral ve periferik sinir sisteminin aktive olması anlamına gelmektedir. Bu evrede cinsel uyarının süre ve yoğunluğuna göre gösterilen tepkinin şiddeti hızlı ya da yavaş biçimde artar. Uyarılma evresi kişiye uygun, yeterli süre ve yoğunlukta devam eden bir cinsel uyarı karşısında çok kısa sürebileceği gibi; uygun olmayan cinsel uyarı durumunda uzayabilir ya da uyarılma belirtileri kaybolabilir (30,123,160,175).

Uyarılma evresinde kadında klitoriste, göğüslerde ve areolada büyüme, vajinal lubrikasyon, labia majörlerde ayrılma görülmektedir. Vajinanın 2/3 iç kısmı şişer ve alt kısmı genişler. Bu genital değişiklikler dışında kan basıncı, kalp hızı, solunum sayısında artış, genel bir ısınma hissi, kas gerginliği ve deride renklenme gözlenmektedir

(30,175). Cinsel uyarının artmasıyla birlikte giderek büyüyen uterus, pozisyonunu değiştirerek pelvis içerisinde yükselmeye başlar (30).

### **2.2.3.3. Plato evresi**

Uyarılma evresinde başlayan değişiklikler bu evrede de görülmektedir. Haz duygusu, cinsel gerilim giderek yükselmekte ve kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar devam etmektedir. Plato evresi, uyarılmanın kişinin orgazma geçmesini sağlayacak noktaya kadar ilerlemesi ve vazokonjesyonun en yüksek noktaya ulaşması ile karakterizedir. Bu fazın süresi birkaç dakikadan 15-20 dakikaya kadar değişebilmektedir. Bu evrede genital konjesyona ek olarak sistemik konjesyon belirtileri de gözlenmektedir. Ayrıca plato evresinin sonlarına doğru hiperventilasyon, taşikardi, kan basıncında artma ve dış rektal sfinkter ile gluteal bölge kaslarında kasılmalar görülmektedir (30,123,160).

### **2.2.3.4. Orgazm evresi**

Sempatik sinir sistemi tarafından oluşturulan myotonik bir cevap olup, uyarılma ve plato evrelerinde oluşmuş olan gerilimin ani boşalması şeklinde hissedilmektedir. Evreler arasında süre açısından en kısa, ancak hissedilen cinsel haz bakımından en yoğun evre olarak kabul edilmektedir (30). Perine ve vajina etrafındaki kaslarla vazokonjesyon sonucu büyüyen kasların 3-15 saniye süren, 0.8 saniyelik ritmik, refleks kasılmalarından oluşmaktadır. Kasılmalar başlangıçta daha güçlü ve sık iken giderek sıklığı, gücü azalmakta, uyarılma döneminde başlayan kardiyovasküler ve solunum sistemindeki değişiklikler orgazmdan hemen önce en yüksek seviyeye ulaşmaktadır. Orgazmda kontrolü kaybetmek, performansı düşünmemek, eşe sonsuz güven duymak ve her şeyi başarmak duygularının bir arada yaşandığı belirtilmektedir (30,174).

### **2.2.3.5. Çözülme evresi**

Çözülme evresi, orgazmı takiben genital bölge ve bedenin tümünde, cinsel yanıt evresinin başlangıcından itibaren oluşan fizyolojik değişikliklerin aynı sırayı takiben hızla kaybolması ile karakterize evredir. Orgazm oluşmuşsa 10-15 dk sürmekte, eğer orgazma ulaşılmamış ise gerginlik bir gün kadar devam etmektedir (30). Kadınların çözülme evresinin herhangi bir aşamasında uygun bir cinsel uyarı ile tekrar uyarılmaları

durumunda yeniden bir başka orgazm evresine girme potansiyellerine sahip oldukları belirtilmektedir.

Cinsel aktivitenin bu evrelerinde kardiyovasküler sistemde ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler kan basıncında, nabız ve solunum sayısında artış olarak görülmektedir. Masters ve Johnson (1968) tarafından laboratuvar ortamında yapılan ilk çalışmada, cinsel ilişki sırasında birleşmenin zirvesinde, solunum sayısının 40-60 / dk, kalp hızınının 140 – 180/dk arasında olduğu, kan basıncınının 80 / 50 mmHg’lık artış gösterdiği belirlenmiştir. Kalp hızı ve kan basıncındaki bu artışlar belirli bir düzeye kadar ve kısa süre için tolere edilebilmekte ancak bu artışların uzun sürmesi birey için riskli olabilmektedir (170,176).

#### **2.2.4. Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu**

Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu (CD); anatomik, fizyolojik, psikolojik, tıbbi ve sosyal bileşenleri olan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (177). Cinsel fonksiyon bozukluğu; insandaki cinsel yanıt döngüsünün istek, uyarılma ve orgazm evrelerindeki fizyolojik süreçlerden birinde oluşan aksamalardan kaynaklanan bozukluklar olarak tanımlanmaktadır (173). Cinsel fonksiyon bozukluğu yaşa bağlı, ilerleyici, kadınların %30-50’ni etkileyen ve ABD oldukça sık gözlenen bir sağlık sorunudur (178). Amerika Birleşik Devletleri’nde 50 – 74 yaş arası yaklaşık 10 milyon kadının, orgazma ulaşmada zorluk, uyarılmada azalma, cinsel ilişkide ağrı ve rahatsızlık, vajinal ıslanmada azalma gibi problemlerinin olduğunu ifade ettikleri belirtilmektedir (174).

Cinsel fonksiyon bozukluğu yaşa göre değişmekle birlikte kadınlarda % 22 ile %93 arasında görülmekte ve prevelansı yaşla birlikte artmaktadır. Laumann ve ark. tarafından (1992), ABD’de yaşayan 18 – 59 yaş arası 1410 erkek ve 1749 kadın ile yapılan çalışmada, CD prevelansı kadınlarda (%43) erkeklerden (%31) daha yüksek bulunmuştur. Kadınların %22’sinin cinsel istekte azalma, %14’ünün uyarılma sorunu ve %7’sinin cinsel ilişkide ağrı yaşadıkları, CD’nun her iki cinste de yaygın olmakla birlikte görülme sıklığının kadınlarda %25 – 63 arasında değiştiği belirlenmiştir (31).

Cinsellik sosyal, kültürel, ekonomik ve dini inanışlar gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir. Bu nedenle cinsellikle ilgili yaşanan sağlık sorunlarının da görülme sıklığı ülkeler ve aynı ülkenin bölgeleri arasında farklılıklar gösterebilmektedir. Cinsel

fonksiyon bozukluğu görülme sıklığının ABD’de %43 olarak belirlenmiş olmasına karşın, İngiltere’de %33, İzlanda’da ise %22 olduğu belirtilmiştir (13). Elnashar ve ark.’nın (2007) yaptığı çalışma sonucunda Mısır’da kadınların %68.9’unda (179), Safarinejad tarafından (2006) İran’da yapılan çalışmaya katılan kadınların %31.5’inde CD olduğu belirlenmiştir (180).

Ülkemizde ise kitle iletişim araçlarındaki gelişmelere paralel olarak cinselliğe ilişkin alınan uyarıların ve bilgilerin etkisiyle değer yargılarında bazı değişiklikler olmasına karşın, kadın ve erkeğin algılanışında çok büyük değişikliklerin olmadığı görülmektedir. Toplumsal, kültürel, sosyal etmenlerin ve dini inançların baskısı nedeniyle cinsellik, rahatça soru sorulamayan, konuşulamayan bir konu olmaya devam etmekte ve halen tabu olarak kabul edilmektedir. Bu faktörlerin etkisi nedeniyle CD ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlı olmakla birlikte giderek artmaktadır (13). Demirezen ve ark. (2006) birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran kadınlar ile yaptıkları çalışmada, kadınların %67.5’nin cinsel yaşamlarına ilişkin sorunlar yaşadıklarını belirlemiştir (181). Oksuz ve Malhan tarafından (2006) yapılan çalışmada kadınların % 48.3’ünde CD bildirilmiştir (182). Çayan ve ark. (2004) yaptıkları çalışmada CD görülme sıklığının yaşla birlikte artış gösterdiğini (18 – 27 yaş arası kadınlarda % 21.7, 28 – 37 yaş arası kadınlarda % 25.5, 38 – 47 yaş arası kadınlarda % 53.5, 48 – 57 yaş arası kadınlarda % 65.9 ve 58 – 67 yaş arası kadınlarda % 92.9) belirlemiştir (28). Yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular CD’nun kadın sağlığı açısından önemsenmesi ve gerekli girişimlerde bulunulması gerektiğini göstermektedir.

#### **2.2.5. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun Sınıflandırılması**

Erkek CD’u konusundaki ilerlemelere karşın kadın cinsel fonksiyonu ile ilgili sınırlı sayıda araştırma yapılması sonucunda kadın cinsel fonksiyonlarının patofizyolojisi, psikolojisi ve tedavisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu nedenle de kullanımı kolay ve kapsamlı bir sınıflamanın da yapılmasında güçlükler yaşanmıştır (13).

Master ve Johnson 1960’lı yıllarda kadın cinsel yanıt siklusunun heyecanlanma, plato, orgazm ve çözülme evrelerinden oluştuğunu belirlemiştir. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)’ın kadın CD’unu sınıflandırılmasının



bu dört faz dikkate alınarak yapıldığı ve sadece psikiyatrik etiyolojili fonksiyon bozuklukları ile sınırlı kaldığı belirtilmektedir (183).

1998 yılında American Foundation of Urologic Disease – Amerikan Ürolojik Hastalıklar Vakfı (AFUD) tarafından varolan kadın CD tanım ve sınıflamaları tekrar değerlendirilerek yeni bir CD sınıflandırılması yapılmıştır (172,178,184). Bu sınıflandırmada yer alan tanımlar CD'un hem psikolojik hem de fizyolojik etiyolojisini içermektedir (185). Bu sınıflandırmaya ek olarak 2000 ve 2004 yılında I. ve II. Kadın Cinsel Disfonksiyon Konferansında, kadınların sorunlarını ifade ettikleri sözcükler ve deneyimleri kullanılarak günümüzdeki CD sınıflandırması yapılmıştır (186).

En son yapılan CD sınıflandırılmasına göre; (181,186)

#### 1. Cinsel istek bozuklukları

- Hipoaktif cinsel istek bozukluğu
- Cinsel tiksinti bozukluğu

#### 2. Cinsel uyarılma bozuklukları

- Subjektif uyarılma bozukluğu
- Genital uyarılma bozukluğu
- Kombine uyarılma bozukluğu (subjektif + genital)
- Persistan uyarılma bozukluğu

#### 3. Orgazmik bozukluklar

#### 4. Cinsel ağrı bozuklukları

- Disparoni
- Vajinismus
- Diğer cinsel ağrı bozukluklarıdır.

### 2.2.5.1. Cinsel İstek Bozuklukları

**2.2.5.1.1. Hipoaktif cinsel istek bozukluğu (HSDD):** Cinsel fantezi / düşüncelerin sürekli ve tekrarlayıcı eksikliği / yokluğu olarak tanımlanmaktadır (178). Hipoaktif cinsel istek bozukluğu, eş ile uyumsuzluk, çekiciliğin kaybı, cinsel travma ve şiddet uygulaması, depresyon gibi psikolojik durumlara bağlı olarak gelişebileceği gibi hormonal yetersizlik, kronik hastalıklar, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı, kullanılan ilaçlar, tıbbi ve cerrahi durumlar gibi fizyolojik sorunlar nedeniyle de ortaya

çıkabilmektedir (178,183). Azalmış cinsel istek prevelansının hem erkek hem de kadınlarda oldukça yüksek olduğu belirtilmektedir (183). The National Health and Social Life Survey – Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırma (NHSLs) sonucunda kadınların %33.4'ünün cinsel istekte azalma deneyimlediği belirlenmiştir (31). Ayrıca antihipertansif ve antidepresan ilaç alan hastaların cinsel istekte azalma şikâyetlerinin arttığı saptanmıştır (183).

**2.2.5.1.2. Cinsel tiksinti bozuklukları:** Kişisel sorunlar / üzüntüler nedeniyle sürekli ya da tekrarlayıcı fobik tiksinti, eş ile cinsel temastan hoşlanmama / kaçınma olarak tanımlanmaktadır. Etiyolojisinde psikolojik faktörler yer alsa da temel nedeninin fiziksel ya da cinsel taciz ve çocukluk travmaları olduğu belirtilmektedir. Hipoaktif cinsel istek bozukluğunun bir alt grubu olarak kabul edilmesi nedeniyle cinsel tiksinti bozukluğunun prevelansı bilinmemektedir (174,183).

#### **2.2.5.2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları**

Cinsel uyarılma duyularının olmaması ve çoğu erotik uyarıcıya karşı tepkisiz kalma şeklinde kendini göstermektedir. Başka bir deyişle, tüm cinsel uyarma ve uyarılma çabalarına karşın beklenen fizyolojik değişiklikler oluşmamakta ve kadın uyarılma ile ilgili duyuları alamamaktadır (181,185,187).

Basson ve ark.'nın (2003) yaptıkları CD sınıflandırmasına göre cinsel uyarılma bozuklukları dört başlık altında incelenmektedir (171);

**Subjektif cinsel uyarılma bozukluğu:** Her türlü cinsel uyarılmaya karşın cinsel memnuniyet, heyecan ve uyarılma hislerinin hiçbir tip cinsel uyarı ile ortaya çıkmayacak biçimde belirgin şekilde azalması ya da yok olmasıdır.

**Genital uyarılma bozukluğu:** Genital cinsel uyarılmanın zarar görmesi ya da yokluğu ile ilgili sorunlardır. Cinsel uyarılma karşısında minimal vajinal lubrikasyon ve vazokonjesyon görülmektedir. Genital organların uyarılmaya verdiği yanıt azalmıştır.

**Kombine uyarılma bozukluğu (subjektif+genital):** Genital uyarılma yetersizliği veya yokluğu şikâyeti ile birlikte, cinsel uyarılmanın (subjektif cinsel heyecan ve cinsel memnuniyet) hiçbir tip cinsel uyarı ile ortaya çıkmayacak biçimde, belirgin olarak azalması ya da yok olmasıdır.

**Persistan uyarılma bozukluğu:** Cinsel istek ve ilginin olmadığı, istenmeyen, kendiliğinden olan uyarılmadır. Birey her türlü subjektif uyarılmanın farkındadır ancak hoşlanmaz. Saatlerce ya da günlerce devamlı uyarılma hissedilir ve kendiliğinden bir ya da daha fazla orgazm oluşabilir ancak orgazm sonrası rahatlama olmamaktadır (171,181).

Kadın cinsel uyarılma bozukluklarında vajinal düz kaslarda gevşeme oluşmamakta, klitoris ve labialarda konjesyon – duyarlılık ve vajinal ıslanma azalmakta ya da görülmemektedir (178). Dolayısıyla tam olarak rahat ve doyurucu bir cinsel birleşme yaşanmamaktadır (187). Vajinal ıslanmanın olmaması cinsel ilişki süresince bireyin ağrı yaşamasına yol açmakta ve bu durum cinsel isteğin/ilginin de azalmasına neden olmaktadır (174).

Cinsel uyarılma bozuklukları, vajinal ve klitoral kan akımının azalmasına yol açan tıbbi durumlar, ilaçlar ya da psikolojik faktörlerle ilgili olabilmektedir. The National Health and Social Life Survey sonucuna göre (1999), 18 – 59 yaş arası kadınların yaklaşık %20'si cinsel uyarılma boyunca vajinal ıslanmanın oluşumunda güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir (31). Dunn ve ark.'nın (1998) yaptığı çalışmada, kadınların %17 – 28'inin yaygın olarak vajinal kuruluk ve uyarılma sorunları yaşadıkları belirlenmiştir. Vajinal kuruluk yaşayan kadınların %49'u bu sorunun yaşam boyu devam ettiğini ifade etmektedirler (88).

### **2.2.5.3. Orgazm Bozuklukları**

Orgazm, beyin ve periferden (klitoris, meme başları ve diğer vücut bölgeleri) duyuşal uyarıların pudental sinir aracılığıyla sakral seviyede spinal korda ulaşmasıyla ortaya çıkan genital bir refleks olarak tanımlanmaktadır. Çoğu kadın cinsel heyecan duyabilmekte ve cinsel ilişkiden zevk alabilmekte ancak orgazm olmada zorluklar yaşayabilmektedir (183,187). Kadındaki orgazmik fonksiyon bozukluğu, normal bir cinsel heyecanlanma fazını takiben orgazma erişmenin kalıcı ya da tekrarlayıcı gecikmesi ya da olmaması ile karakterize olup (183), sıkıntı ya da kişilerarası iletişim bozukluğu ile sonuçlanmaktadır (189). Hormonal yetersizlik, travma, cerrahi girişimler gibi sekonder ya da cinsel istismar, tutucu değer yargıları, suçluluk duyguları, cinsel travmalar, yetersiz cinsel bilgi ve deneyimler, emosyonel travma gibi primer bir nedene bağlı olarak gelişebilmektedir. Bununla birlikte ilaçlarda olduğu gibi tıbbi/fizyolojik

faktörler de mevcut soruna katkıda bulunabilmekte ya da şiddetlendirebilmektedir (178). Kadın orgazm bozukluklarının görülme sıklığı oldukça yüksek olup, bu sorunun cinsellikle ilgili terapi kliniklerinde %24 – 37 arasında görüldüğü belirtilmektedir (183). The National Health and Social Life Survey - Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırma sonucunda, orgazm bozukluklarının prevelansının bekâr kadınlarda evli kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (132).

Yapılan bazı çalışmalarda, psikolojik faktörlerin, evlilik ilişkilerindeki tatminsizliğin ve diğer ilişkilerde yaşanan çatışmaların orgazm bozukluklarının ortaya çıkmasında etkili olduğu belirtilmektedir (183,188).

#### **2.2.5.4. Cinsel Ağrı Bozuklukları**

**2.2.5.4.1. Disparoni:** Cinsel ilişki ile ilişkili, sürekli ve tekrarlayıcı genital ağrı olarak tanımlanmaktadır (174,183). Ağrılı cinsel ilişki anlamına gelen bu bozuklukta, ağrı vajen girişinde hissediliyorsa, etiolojide uyarılma eksikliği, hafif bir vajinismus durumu, vajinal enfeksiyon ve bartholini kisti gibi nedenlerin araştırılması gerekmektedir. Ağrı cinsel birleşmenin süresi uzadıkça azalıp kayboluyorsa uyarılma eksikliğine bağlı olabileceği düşünülmektedir. Eğer ağrı derin penetrasyonla artıyorsa etiolojide daha çok vajinal ya da pelvik enfeksiyon, over patolojileri veya endometriozis gibi organik nedenler düşünülebilir (183,187). Disparoni oldukça yaygın görülen cinsel bir sorun olup, NHSLs'ye göre kadınların %14.4'ü cinsel aktivitenin başlangıcından sonuna kadar olan süreçte ağrı yaşamaktadır (31). Jamieson ve Steege (1996) tarafından 18 – 45 yaş arası kadınlar ile yapılan çalışmada, kadınların %46'sının disparoni yaşadıkları belirlenmiştir. Düşük gelirin de disparoni için risk faktörü olduğu belirtilmektedir (190).

**2.2.5.4.2. Vajinismus:** Vajinal penetrasyonu engelleyen, vajinanın 1/3 dış müsküler yapısının sürekli ya da tekrarlayıcı istemsiz kasılmaları olarak tanımlanmaktadır (178,181,183) ve cinsel terapi kliniklerine başvuran kadınların yaklaşık %15 – 17'sinde görülmektedir (183). Genellikle ağrılı penetrasyona yanıt olarak gelişmekle birlikte cinsel travmalar, ağır cinsel baskılar, cinsel eş ile ilgili yaşanan olumsuz duygular gibi birçok psikolojik faktörlere bağlı sekonder olarak da

gelişebilmektedir (174,178,183). Vajinismus durumsal olabilir; bu durumda kadın tampon kullanabilmekte, pelvik muayeneyi tolere edebilmekte, ancak cinsel ilişkiye girememektedir. Vajinismus olan bazı kadınlar ise vajinal muayeneyi dahi yaptıramamaktadırlar. Bu kadınların çoğunluğunun cinsel isteği normaldir, vajinal lubrikasyon mevcuttur ve orgazm olabilirler. Fakat cinsel ilişki kuramamaktadırlar. Vajinismus primer olabilir; bu durumda kadın hiçbir zaman cinsel ilişki deneyimlememiştir (181). Çiftler, uygun tedaviye başvurmadıkları sürece bu sorun uzun yıllar devam edebilmekte ve evlilik içi çatışmalara yol açabilmektedir (187).

**2.2.5.4.3. Diğer cinsel ağrı bozuklukları:** Cinsel ilişki olmadan yaşanan, sürekli ya da geçici ağrılar olarak tanımlanmaktadır (183). Enfeksiyonlar, vestibülit, geçmişte yaşanan cinsel travmalar, endometriozis gibi faktörlere bağlı olarak gelişebildiği gibi anatomik nedenlerden de kaynaklanabilmektedir (181,187).

## **2.2.6. Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun Nedenleri**

### **2.2.6.1. Vasküler / Damarsal Nedenler**

Klitoral ve vajinal vasküler yetmezlik, iliohipogastrik / pudental arter yatağının aterosklerozuna bağlı genital kan akımının azalması ile ilgili olarak gelişmektedir (183,191). Aortailiak ya da aterosklerotik hastalıklar nedeniyle pelvik kan akımının azalması, vajinal duvar ve klitoral düz kas dokusunda fibrozis oluşumuna neden olmakta (191) ve gelişen düz kas fibrozisi nedeniyle kadınlar cinsel ilişkide kuruluk, ağrı duyma, orgazm olamama ve uyarılma aşamasının olumsuz etkilenmesine bağlı olarak isteksizlik gibi sorunlar yaşayabilmektedirler (17,178). Mekanizması tam olarak bilinmemekle beraber, klitoral vasküler yapıda ve düz kas dokusunda meydana gelen aterosklerotik değişiklikler cinsel uyarılmaya yanıt olarak gelişecek gevşeme ve dilatasyonu engelleyebilmektedir (17,178,191).

Hipertansiyon, hiperkolesterolemi, sigara, pelvik cerrahi travma, pelvik kırıklar nedeniyle iliohipogastrik pudental arter yaralanması, miyokard infarktüsü (MI), diyabet kadın CD'una neden olabilecek vasküler nedenler arasında yer almaktadır (169,174,191). Erol ve ark. (2002) tip II diyabetik kadınlarda cinsel fonksiyonları sorgulamışlar ve en sık görülen semptomum libidoda azalma (%77) olduğunu, bunu sırasıyla klitoral duyarlılıkta azalma (%62.5), orgazm bozukluğu (%49), vajinal

rahatsızlık hissi (%41.6) ve vajinal kuruluk (%37.5) belirtilerinin izlediğini belirtmişlerdir (152). Yıldız'ın (2004) MI geçirmiş hastalarda yaptığı çalışmada, olguların %32.4'ünde cinsel ilişki tatmininde ve %53.9'unda cinsel ilişki sıklığında azalma olduğu belirlenmiştir (154).

### **2.2.6.2. Nörolojik Nedenler**

Erkeklerde erektil disfonksiyona neden olan durumlar aynı mekanizma ile kadınlarda da CD'a yol açabilmektedir. Spinal kord yaralanmaları, multiple skleroz, spinal segmenti etkileyen üst motor nöron yaralanmaları, santral ve periferik sinir sisteminde hasar yapan hastalıklar CD'a neden olan durumlar arasında yer almaktadır. Spinal segmentin de etkilendiği tam üst motor nöron yaralanması olan kadınlarda lubrikasyon gerçekleşmemektedir (178,191). Birçok çalışmada farklı sonuçlar rapor edilse de Multiple Skleroz'da genel olarak kadınlarda seksüel ilgide (%29 – 86), genital duyuda (%43 – 62), orgazm kapasitesinde azalma (%24 – 58), vajinal kuruluk (%12 – 40) ve disparoni (%6 – 40) görülmektedir (192).

### **2.2.6.3. Hormonal nedenler**

Üreme organlarının gelişmesini ve cinsel aktivitenin çeşitli aşamalarının gerçekleşmesini sağlayan hormonların kandaki düzeylerinin azalması cinsel işlevleri olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hormonlar sinir iletimi ile duyuşsal algılamayı, periferik kan akımını, kas tonüsünü ve kapasitesini değiştirerek cinsel uyarılmayı etkilemektedir. Bu mekanizmanın yetersizliği cinsel yanıtın azalmasına, cinsel aktivitenin düşmesine, cinsel isteğin azalmasına ya da kaybına, cinsel tiksinti bozukluğuna ve disparoniye yol açabilmektedir (193).

Östrojen vajinal mukozal dokunun bütünlüğünü sağlamakta, vajinal duyarlılığı, vazokonjesyonu ve sekresyonu dolayısıyla cinsel uyarılmayı düzenlemektedir. Dolaşımdaki östrojen seviyesinin azalması ile klitoris ve vajinanın kan akımının bozulabileceği ve CD gelişmesine neden olabileceği belirtilmektedir (178,193). Androjen eksikliği, klinik olarak kendini iyi hissetme duygusunda azalma, açıklanamayan kalıcı yorgunluk, libido azalması ve cinsel memnuniyetsizlik gibi belirtilerle kendini göstermektedir (172,178).

Testosteron eksikliği de CD gelişiminde etkili olan faktörler arasında yer almaktadır. Östrojen ya da testosteron düşüklüğü olan kadınlarda cinsel istek azlığı, vajinal kuruluk ve uyarılma bozuklukları görülmektedir (178,191). Cerrahi veya tıbbi infertilite, menopoz, hiperprolaktinemi, overlere ait yetmezlikler ve kronik doğum kontrol hapı kullanımı kadın CD'una yol açan en yaygın hormonal nedenleri oluşturmaktadır (68,197). Chen ve Ho (1999), cinsel istek kaybının premenopozal (%34), perimenopozal (%55) ve postmenopozal (%60) dönemlerde gittikçe arttığını; postmenopozal dönemde orgazm yokluğu ve seksten zevk almamanın %60'ların üstüne çıktığını rapor etmişlerdir (194).

#### **2.2.6.4. Müsküler nedenler**

Pelvik taban kasları, levator ani kası ve perineal membran kadınlarda cinsel fonksiyona doğrudan katılmaktadır. Bulbokavernöz ve iskiokavernöz kasları içeren perineal membran istemli kasılabildiği gibi, orgazm sırasında ritmik istemsiz de kasılabilmektedir. Levator ani kasları, orgazm ve vajinal penetrasyon sırasında motor yanıtı düzenlemektedir. Bu kasın hipertonisitesinde vajinismus, dispareni ve diğer ağrı bozuklukları meydana gelmektedir. Kasın hipotonik olduğu durumlarda ise, vajinal duyumda ve orgazm yoğunluğunda azalma, cinsel ilişki ya da orgazm aşamasında üriner inkontinans gelişebilmektedir (178).

#### **2.2.6.5. Psikolojik nedenler**

Kadınlarda organik bir hastalık bulunsun ya da bulunmasın, eş ile duygusal ilişkinin ve evlilik ilişkisinin bireyin cinsel yaşamını etkilediği belirtilmektedir. Kendine güven, beden imajı, eş ile ilişkinin düzeyi ve yaşam kalitesi bireyin cinsel yaşantısını her yönden etkileyebilmektedir (178,181,191). Bozuk aile ilişkileri içinde, yanlış / yetersiz cinsel bilgilerle büyüyen ya da çocuklukta cinsel travmaya maruz kalan kadınlarda, CD'a yatkınlık artmaktadır. Hayatın ileri evrelerinde yaşanan cinsel başarısızlıklar, depresyon, aldatılma, hamilelik ve doğum sonrası ruhsal problemler, organik hastalıklara tepki, yaşlanma, partnerdeki cinsel problemler ve cinsel şiddete maruz kalma gibi nedenlerle de CD gelişebilmektedir (168).

Cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olan psikolojik faktörleri üç grup halinde inceleyebiliriz (187);

Yatkınlık yaratan etkenler: Bunlar kişinin erken yaşam deneyimi içinde cinsel zorluklar geliştirmesine yatkınlık sağlayan etkenlerdir. Bunlar;

- Yetiştirilme tarzı ve bozuk aile ilişkileri
- Yetersiz ya da yanlış cinsel bilgiler
- Travmatik cinsel deneyim ve psikoseksüel roldeki güvensizlik

Başlatıcı etkenler;

- Hamilelik ve doğum
- Eşler arasında genel ilişki bozukluğu ve aldatılma
- Partnerdeki cinsel fonksiyon bozukluğu
- Rastlantısal başarısızlık ve yaşlanma
- Organik hastalıklara reaksiyon, depresyon ve anksiyete
- Travmatik cinsel deneyimler

Devam ettirici etkenler;

- Performans anksiyetesi
- Başarısızlık korkusu, suçluluk duygusu, yakınlık korkusu
- Bozuk kendilik algısı, yetersiz cinsel bilgi ve cinsel mitler
- Kısıtlı ön sevişme, kendini yetersiz tanıma
- Psikiyatrik rahatsızlıklardır.

Cinsel saldırı bireyin iç benlik uyumu ile dış çevre arasındaki ilişkiyi bozan travmatik bir olay olup, kadınlar arasında daha yaygın olduğu belirtilmektedir (195). Tecavüz, cinsel taciz gibi travmatik olay yaşayan kadınlarda, uyarılma sorunu ortaya çıkmakta (13) ve bu olayların cinsel fonksiyon üzerine uzun yıllar devam eden olumsuz etkileri olmaktadır. Briere ve Elliott (2003) tarafından yapılan çalışmada, genel kadın popülasyonunda cinsel istismar öyküsünün %32.3 olduğu belirtilmiştir (196).

Depresyon, diğer psikolojik bozukluklar ve depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar kadının cinsel yaşamını etkileyebilmektedir. Depresyon ilaçlarını alan kadınlarda orgazma ulaşmada zorluk, genital duyarlılık, uyarılma ve istekte azalma şikâyetleri görülebilmektedir (178,191,197). Kenedy ve ark. (1999) majör depresyonu olup ilaç tedavisi alan kadınlar ile yaptıkları çalışmada, kadınların %50'sinin cinselliğe ilgilerinin



azaldığını, %50'den fazlasının vajinal lubrikasyonda zorlandıklarını ve cinsel uyarılmada %50 azalma olduğunu belirlemişlerdir (198).

#### **2.2.6.6. İleri yaş**

Yaş ilerledikçe klitoris ve vajinadaki düz kas / bağ doku oranı, bağ doku lehine artmakta, bu artış sonucu klitoristeki sertleşme ve vajinadaki genişleme yeteneği bozulmakta, vajinal sekresyonlar azalmaktadır (197). Orta ve ileri yaşlı kadınların üçte biri cinsel fonksiyonlara ilişkin ciddi sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir (199). Laumann ve ark. (1999) CD rapor edilen yaşlı kadınların %43'ünde cinsel istek yokluğu, orgazma ulaşmada yetersizlik, haz alamama, ilişki sırasında ağrı, lubrikasyonda yetersizlik ve anksiyete sorunlarının bulunduğunu belirtmişlerdir (31). Yaşlı kadınlarda temel sorunun klitoristeki erektil fonksiyon bozukluğu ile ilgili olduğu belirtilmektedir. Yaşlanmayla birlikte adrenal androjen üretiminin azalması ile birlikte klitoral dokuda yapısal değişiklikler ve atrofi gözlenmektedir. Bu değişiklikler kadınlarda istek, uyarılma, orgazm ve vajinal lubrikasyon bozukluklarına, vajinal ve rektal kontraksiyonlarda azalmaya, cinsel ilişkide ağrıya ve ilişki sonrası kanamalara neden olabilmektedir (197).

#### **2.2.6.7. Cerrahi girişimler**

Üreme organlarına yönelik yapılan cerrahi girişimlerin neden olduğu fizyolojik, hormonal ve psikolojik değişikliklerin cinsel sorunlara neden olabileceği belirtilmektedir (197,200). Özellikle mastektominin, mesane ve bağırsağa yönelik ameliyatlarda açılan ostomilerin kadınların beden imajını, benlik saygısını ve yaşam kalitesini dolayısıyla cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Takahashi ve Kai (2005) tarafından yapılan çalışmada, kadınların kanser tanısı aldıktan sonraki dönemlerde cinsel yaşamlarını ihmal ettikleri belirlenmiştir (201). Histerektomi operasyonunu, kadınlık, özgüven ve beden imajının kaybı olarak gören kadınlarda da cinsel fonksiyonlar olumsuz yönde etkilenebilmektedir (197).

#### **2.2.6.8. Sosyokültürel ve sosyo-demografik nedenler**

Bireyin içinde yaşadığı toplumun kültürel yapısı, yaşam koşulları, kadın ya da erkek oluşu, kişisel, ailevi ve dini değerlerin çatışması, eğitim yetersizliği ya da yanlış

bilgilendirme, sosyal tabular cinsel fonksiyonları etkileyen sosyo-kültürel etmenler arasında yer almaktadır (25,163)

Toplumumuzda cinsellik ayıp, günah, güçlülük göstergesi, hatta sözel ve davranışsal saldırı aracı olarak görülebilmektedir. Sosyo-kültürel yapının neden olduğu baskılar nedeniyle cinsel yaşamla ilgili sorunlar diğer bedensel sorunlar gibi doğal ifade edilememekte ve dolayısıyla bu konuda yardım almaktan kaçınılmaktadır. Hem aile hem de eğitim sistemi içinde cinselliğe az yer verilmesi nedeniyle oldukça kısıtlı bilgiye ulaşılabilmekte ki bu bilgilerin büyük bir bölümünü yanlış bilgi ve deneyimlerin oluşturduğu düşünülmektedir. Bu yanlış bilgi ve inançlar da beklentilerin abartılı olmasına, böylece cinsel performansla ilgili kaygıların oluşmasına ve CD'a neden olabilmektedir (168). Ayrıca cinsel fonksiyon ile ilişkili faktörler arasında bireyin eğitim düzeyi, gelir durumu, sigara kullanımı, etkin aile planlaması yöntemi kullanımı, eşe ilişkin özellikler gibi durumların bulunduğu belirtilmektedir (29). Çayan ve ark.'nın (2004) yaptığı çalışmada, düşük eğitim düzeyi, bir işte çalışmama, kronik hastalık öyküsü, artmış doğurganlığın kadınlarda cinsel fonksiyonları olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (28).

Toplumumuzda doğurganlığa, genç ve güzel görünüme saygı duyan kültürel tavırlar yaşlı insanların cinselliğe ilgi duymamaları gerektiği gibi bir beklentiye yol açabilmektedir. 1960'lı yıllardan beri cinsel ifadelerde daha çok özgürlük bulunmasına karşın, yaşlı insanların bedensel olarak çekici olmadığı, cinsel ilişkiye isteksiz olduğu, cinsel uyarıyı başarmada yetersiz kişiler olduğu gibi düşünceler, hala geniş çapta varlığını sürdürmektedir (202). Oluşan bu düşünce yapısının yaşın ilerlemesi ile bireylerin cinsel yaşamlarını kısıtlamalarına, bu durumu normal olarak algılamalarına ve cinsel sorunların belirlenmemesine neden olduğu düşünülmektedir.

#### **2.2.6.9. Kullanılan ilaçlar**

Alkol ve yasal olmayan ilaçlar da dâhil olmak üzere kullanılan ilaçların büyük bir kısmı cinsel fonksiyonların bozulmasında etkili olabilmektedir (200). Depresyonu önlemek için kullanılan ilaçlar, kadınlarda cinsel istekte ve vajinal duyumda azalma, tahrik olma veya kayganlığın yetersiz olması, orgazmın gecikmesi, cinsel ilişkide orgazm olamama gibi sorunların yaşanmasına neden olabilmektedir. Depresyonu olup tedavi alan ya da almayan hastaların %50-70'inde CD olduğu belirtilmektedir (185).

Montejo ve ark. (2001) depresyon tedavisi alan ve öncesinde normal cinsel fonksiyona sahip hastalar ile yaptıkları çalışmada, depresyon ilaçları ile gelişen CD görülme sıklığının %59 olduğunu belirtmişlerdir (203).

Cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olabilen ilaçlar arasında bazı antihipertansif ilaçlar da yer almaktadır. Hipertansiyon tedavisine yönelik kullanılan bu ilaçlar kadınlarda, klitoral ve vajinal damar yapısında değişimler, pelvik bölgedeki kan akımında azalma, vajinal duvar ve klitoral düz kasların incilmesi ve buna bağlı kuruluk gelişmesine yol açabilmektedir. Bu durum kadında cinsel ilişkide ağrı duyma, orgazm olamama ve uyarılma aşamasının olumsuz etkilenmesine bağlı olarak cinsel isteksizlik yaşanmasına neden olabilmektedir (11,185).

Bunların dışında; lipid düşürücü ajanlar, H2 reseptör antagonistleri, antihistaminikler, antikolinerjikler, kemoterapik ajanlar, merkezi sinir sistemine etkili ilaçlar, antikonvülsanlar, narkotikler, sedatifler, antiandrojenler (spironolactone), antiöstrojenler (tamoxifen) ve oral kontraseptifler kadın cinsel fonksiyonlarını etkileyen ilaçlar arasında sayılabilmektedir (17,198,200).

### **2.2.7. Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi**

Cinsellik birçok faktörle etkileşim içinde olan, yaşamın ayrılmaz parçalarından birini oluşturmaktadır. Bireyin genetik yapısı, sosyo - kültürel, etnik değişiklikler, yaş, toplumsal rol ve beklentiler, cinsel inanışlar, geçirilen hastalık ve ameliyatlar, psikoseksüel gelişim, hormonal denge cinsel sağlığı etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (204). Bu yönü ile cinsellik multidisipliner bir alan olup değerlendirme ve tedavisi disiplinler arası yakın bir işbirliği gerektirmektedir (205). Cinsel sağlığın değerlendirilebilmesi için öncelikle ayrıntılı bir tıbbi öykünün alınması ve gerekli tanısal testlerin yapılması gerektiği belirtilmektedir.

#### **2.2.7.1. Tıbbi öykü**

Cinselliğin değerlendirilmesinin ilk adımını, ayrıntılı öykü alınması ve fiziksel muayenenin yapılması oluşturmaktadır. Doğru bir değerlendirme yapabilmek için tıbbi öykü aşamasında sorgulanması gereken faktörler şu şekilde sıralanabilir;

- Sosyo-demografik bilgiler
- Yakınmalar ve yakınmaların öyküsü

- Cinsel işlev aşamalarının sorgulanması
- Psikiyatrik özgeçmiş
- Tıbbi özgeçmiş
- Soygeçmiş
- Aile öyküsü
- Cinsel gelişim öyküsü
- Evlilik / ilişki öyküsü
- Evlilik dışı ilişki öyküsü.

Fiziksel muayenede hemşire hastanın göğüslerini, iç ve dış genital organlarını değerlendirmekte (206); muayene sırasında hastanın reaksiyonlarını, sorulara yanıtlarını, cinsel organların anatomik ve fizyolojik yapısı hakkındaki bilgisini değerlendirme fırsatı bulabilmektedir (206,207).

Cinsel yaşantı geleneklerden ve kültürel etkenlerden kaynaklanan baskılardan en çok etkilenebilen alanların başında gelmekte ve bu durum bireylerin cinsel sorunlarını sağlık profesyonellerine ifade edebilmelerine engel oluşturabilmektedir. Bu nedenle problemin belirlenmesi aşaması ve sonraki aşamalarında cinsel sorunların ifade edilebilmesi için bireylerin desteklenmesi gerekmektedir. Bu amaçla görüşmeci cinselliğe geniş bir açıdan, rahat ve açık bir tavırla yaklaşabilmeli, sorun ne olursa olsun, ciddiyetle dinlediğini ve ilgileceğini hissettirebilmelidir. Bireyi yargılayan bir tutum olmaması, eşler arasında yan tutmaması ve kendi değer yargılarını yansıtmaması gerekmektedir (208).

Cinsel fonksiyonların değerlendirilebilmesi için dünya genelinde tam anlamıyla her kültüre uygun ve kullanışlı bir form geliştirilemediği için, değişik ölçüm araçları kullanılmaktadır. Literatürde en çok kullanılan kadın cinselliğini değerlendirme araçları şunlardır;

- Brief Index of Sexual Function for Women (BSFI-W)
- Index of Female Sexual Function (IFSF)
- Female Sexual Function Index (FSFI)
- Female Sexual Distress Scale (FSDS) (71)

Ülkemizde en yaygın kullanılan ölçüm araçları kadınlar için IFSF ve FSFI'dir. Yaygın kullanılmalarının nedeni uluslararası kabul görmeleri, CD sınıflandırmalarına uygun alt gruplarının olması, Türkçe güvenilirlik ve geçerliklerinin yapılmış olmasından kaynaklanmaktadır (206).

#### **2.2.7.2. Tanısal Testler**

Cinsel fonksiyon bozukluğunun düzeyini, hangi alanda yoğunlaştığını, saptanan soruna yönelik en uygun tedavi seçeneklerini ve uygulanan tedavinin etkinliğini değerlendirebilmek için çeşitli testlere gereksinim duyulmaktadır. Bu amaçla yapılan tanısal testler şunlardır;

- Laboratuvar testleri: Bireyin açlık kan şekeri, hormon düzeyleri, hemogram değeri, karaciğer fonksiyon testleri ve serum lipid profili değerlendirilmektedir.
- Fonksiyonel incelemeler
  - Vajinal kompliyans ölçümü: Cinsel uyarılma öncesi ve sonrasında intravajinal çap / intravajinal basınç ilişkisi değerlendirilmektedir (191).
  - Vajinal lubrikasyon ölçümleri: Hormon ve vajinal sekresyon azalması durumunda vajinal pH'da yükselme gözlenmektedir.
- Vasküler değerlendirme
  - Dupleks ultrasonografi: Vasküler nedenlere bağlı cinsel fonksiyon bozukluklarının tanımlanmasında kullanılmaktadır. Bu bölgedeki bazı noktalardan kan akım hızı ölçümüne dayanmaktadır.
- Nörolojik değerlendirme: Klinikte nörolojik CD tanısı için duyuşal, motor ve otonomik testler yapılarak her birey bireysel olarak değerlendirilmektedir.
- Psikolojik değerlendirme: Terapistler tarafından bireyin geçmiş cinsel yaşamına ilişkin öykünün alınması, eşi ile cinsel temas kurabilme yetisinin, kendine güven duygusunun ve beden imajı algısının değerlendirilmesi sorunu ortaya çıkarmayı kolaylaştırabilmektedir (191).

#### **2.2.8. Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun Tedavisi**

Günümüzde kadın CD'unun tedavisine yönelik önemli ilerlemeler kaydedilmekte ve bu konudaki çalışmalar problemin nedenine yönelik faktörlerin düzeltilmesi için artarak devam etmektedir. Bu ilerlemeler sayesinde kadın CD'unun

nedeninin sadece psikolojik olmadığı, özellikle genital bölge kan akımını etkileyen sorunların da nedenler arasında yer aldığı belirtilmektedir (209).

Tedavide öncelikle hasta birey ve eşinin konuyla ilgili bilgilendirilmesi, eğitimi ve tedaviden beklentilerin ortaya konması gerekmektedir. Hasta bireyin bu konu ile ilgili kitap ve yayınları okumaları önerilerek sorunun sadece kendilerine özgü olmadığını fark etmeleri sağlanmaktadır. Daha sonra iyi bir tıbbi öykü ve gerekli tanı testleri ile elde edilen veriler doğrultusunda hastanın genel sağlık durumu belirlenerek birey için en uygun tedaviye karar verilmektedir (210,211). Kadın CD'una yönelik olarak ilaç tedavisi ve ilaç dışı tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. İlaçla tedavi yöntemleri de iki gruba ayrılmaktadır;

#### 1. Hormon Replasman Tedavisi

- Östradiol
- Testosteron / Dehidroepiandrosteron (DHEA)
- Prostoglandin

#### 2. Vazoaktif/ Genital Kan Akımını Arttıran İlaçlar

- PDE5 inhibitörleri (sildenafil, vardenafil, tadalafil)
- Fentolamin/Yohimbin
- L-Arginin
- Apomorfin/dopamin agonistleri (210)

Östrojen ve androjen seviyelerinin postmenopozal kadınlarda düşük olması nedeniyle cinsel fonksiyonların olumsuz yönde etkilendiği ve bu nedenle tedavide hormon replasman tedavilerinin etkili olabileceği düşünülmektedir. Shifren ve ark. (2000) doğal menopoz öncesi oofektomi ve histerektomi yapılmış günlük 0.625 mg östrojen tedavisi alan 31 – 56 yaş arası sağlıklı kadınlar ile yaptıkları çalışmada tedaviye 150 µg ve 300 µg testosteron ekleyip cinsel fonksiyonları değerlendirmişlerdir. Çalışma sonucunda kadınlar cinsel fonksiyonlarının arttığını ve psikolojik olarak kendilerini daha iyi hissettiklerini ifade etmişlerdir (212). Östrojen preparatlarının vajinal kanama, memelerde gerginlik, davranış değişiklikleri, kilo alma ve su retansiyonu gibi yan etkileri olması nedeniyle meme, endometriyum kanseri, tromboflebit, safra kesesi hastalığı ve hipertansiyonda göreceli olmakla birlikte kullanılmamaları önerilmektedir (213).

Günümüzde östrojenin yan etkilerinin fazla olması nedeniyle androjen tedavisi üzerinde durulmaktadır. Munarriz ve ark. (2003) androjen yetmezlik sendromu tanısı almış CD'ü olan 111 (yaş ortalaması 43.5±10) kadına 50 mg/gün over ve adrenal kaynaklı DHEA vermişlerdir. Dehidroepiandrosteron tedavisi öncesi - sonrası FSFI ve Sexual Distress Scale (SDS) değerlendirmişlerdir. Dört aylık DHEA tedavisi sonrasında istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı ve ölçek toplam skorlarının arttığı belirtilmiştir (214).

Caruso ve ark'nın (2001) 25 mg sildenafil ve 50 mg sildenafil tedavisi uyguladıkları iki grup kadın ve sağlıklı bir grup kadın ile yaptıkları çalışma sonucunda, uyarılma bozukluğu olan kadınlarda sildenafilin genital kan akımını arttırdığı, klitoral ve vajinal düz kasında gevşeme yaparak klitoriste sertleşme ve vajinada relaksasyon yaptığı bildirilmiştir (215). Bu bulgularla sildenafilin, uyarılma bozukluğu bulunan kadınlarda kullanılabilecek etkin bir tedavi yöntemi olabileceği düşünülmektedir.

Kadın CD'unda ilaç tedavisi yanında ilaç dışı tedavi yöntemleri de uygulanmaktadır. Bu amaçla mekanik cihazlar ve sakral kök stimülasyonu uygulanmaktadır.

**Mekanik Cihazlar:** Bu amaçla klitoral vakum cihazları kullanılmaktadır. Bu cihazların klitoristeki kan akımını arttırdığı, klitoris ve vajina düz kasında kollajen yapımını azalttığı ve fibrozisi önlediği düşünülmektedir. Billups'un (2001) (216) ve Wilson'un (2001) CD'ü olan kadınlar ile yaptıkları çalışmalarda (217), genital duyarlılık, vajinal lubrikasyon, orgazm ve seksüel tatminde belirgin ölçüde düzelme olduğu belirtilmiştir. Her iki çalışmada klitoral vakum cihazının klitoris, labium ve vajinada kan akımını artırarak genital dolgunluğu sağladığı ve seksüel yanıtı kolaylaştırdığı belirlenmiştir.

**Sakral Kök Stimülasyonu:** Sakral kök stimülasyonu pudental sinirin çıktığı kök direkt olarak uyarılarak hedef organlarda vazoaktif intestinal polipeptid (VIP) ve nitrik oksit (NO) gibi nörotransmitterlerin salınmasına neden olarak vajinal vasküler ve non - vasküler düz kas gevşemesinin olacağı ve bu sayede ilişkiyi kolaylaştıracak vajinal kayganlık, relaksasyonun (özellikle vajina 2/3 distalinde) sağlanacağı tahmin edilmektedir (217).

### 2.2.9. Hipertansiyonun Kadın Cinsel Fonksiyonu Üzerine Etkisi

İnsan oluşumunda bir başlangıç olan cinsellik, bireysel yaşamını sürdürülebilmesi için mutlaka doyurulması zorunlu olmayan, fakat türün sürekliliği için gerekli olan bir gereksinim olup, kadınlar için arzu edilebilir olma, çocuk doğurma yeteneği ve beden imajını kapsamasının yanı sıra emosyonel, entellektüel ve sosyokültürel bileşenleri de içine alan geniş bir kavram olarak tanımlanmaktadır (163). Buna ek olarak cinsellik bireyin kendi cinsel kimliğini kabul etmesi, cinsiyetinin gereği olarak karşı cinsle ilgilenmesi, birlikte olmaktan ve cinsel ilişkiden bedensel olduğu kadar ruhsal bir haz ve doyum elde etmesi şeklinde de ifade edilebilmektedir (175).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (1975), "cinselliğin bedensel, duygusal, zihinsel ve sosyal yönlerinin; kişiliği, iletişimi ve sevgiyi zenginleştirecek biçimde bütünleşmesidir" şeklindeki cinsel sağlık tanımı, bütüncül yaklaşım çerçevesinde cinsel sağlığın genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olduğu görüşünü desteklemektedir. Bu nedendir ki genel sağlığı ilgilendiren sorunların cinsel fonksiyonların bozulmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Kadın CD'ü, anatomik, fizyolojik, biyolojik, tıbbi ve psikolojik faktörlerle ilgili oldukça karmaşık bir durum olarak kabul edilmekte ve kadınların %20-50'ni etkilediği belirtilmektedir (206). Ülkemizde kadın CD prevalansını gösteren çalışmalar oldukça sınırlıdır. Öksüz ve Malhan'ın (2006) 18 – 55 yaş arası kadınlar ile yaptıkları çalışmalarında, CD prevalansı 18 – 30 yaş arası kadınlarda %41, 31 – 45 yaş arası kadınlarda %53.1, 46 – 55 yaş arası kadınlarda %67.9 olarak belirlenmiştir (182). Yaş, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durum, ruhsal problemler, cinsel istismar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, emosyonel veya stresörlerle ilgili durumlar, diyabet, kalp hastalıkları, hipertansiyon gibi kronik hastalıklar, menapoz ve genel sağlık durumu kadınlarda CD'na neden olan majör etkenler olarak kabul edilmektedir (219).

Hipertansiyon, cinsel fonksiyonların bozulmasında etkili kronik hastalıklar arasında yer almaktadır. Hipertansiyon görülme sıklığı kadınlarda (% 36.1) erkeklerden (% 27.5) daha yüksek olmasına karşın (7) hipertansiyonun cinsel fonksiyon üzerine etkilerini inceleyen çalışmalar günümüzde önemli ölçüde erkekleri kapsamaktadır (11).

Kadınların cinsel fonksiyonlarını sağlıklı bir biçimde sürdürebilmeleri için nörojenik, vasküler, müsküler, hormonal ve yapısal bileşenlerin eksiksiz bütünlüğü ve koordinasyon halinde çalışması gerekmektedir. Hipertansiyon, bu bileşenlerin



bütünlüğünü ve koordinasyon halinde çalışmasını bozarak CD'a neden olabilmektedir. Yüksek kan basıncının kadın cinsel fonksiyonlarına etkisi, erkek cinsel fonksiyonlarına olan etkisi ile benzerlik göstermektedir. Kadınlarda kan basıncının yükselmesiyle oluşan basınç arteriollerin yapısında hasarlar oluşturarak vasküler endotel yapının bütünlüğünün bozulmasına yol açmaktadır. Bunun sonucunda hasarlanmış olan damarların vazodilatatör mediatörlere yanıtı azalmakta, buna karşın vazokonstrüktör mediatörlere olan yanıtı artmaktadır. Bununla birlikte damar yapısındaki hasarlanma arteriyoskleroz oluşumunu kolaylaştırmaktadır. İliohipogastrik / pudental arteriyel damar yataklarının arteriosklerozuna bağlı olarak genital kan akımı azalmakta ve klitoral / vajinal vasküler yetmezlik ortaya çıkmaktadır (11,17,178). Pelvik kan akımının azalması, düz kasların gevşemesini azaltarak, klitoral kolajen doku deposunda artışa yol açarak genital organların cinsel uyarıya verdiği yanıtı azaltmakta ve vajinal duvar ile klitoral düz kasların fibrozuna yol açmaktadır. Pelvik yapılarda meydana gelen bu değişiklikler nedeniyle kadınlar cinsel ilişkide kuruluk, ağrı duyma, orgazm olmada zorlanma ya da olmama ve uyarılma aşamasının olumsuz etkilenmesine bağlı olarak isteksizlik gibi cinsel sorunlar yaşamaktadırlar (11,17).

Kadınlarda vajina ve onun vasküler yapısı üzerine etkili olduğu düşünülen birçok düzenleyici nörotransmitter bulunmaktadır. Bunlar arasında vazoaktif intestinal polipeptid (VIP), NO, nöropeptid Y (NPY), kalsitonin gen-related peptid (CGRP), pitüiter adenilat siklaz aktive edici polipeptid (PACAP) sayılabilir (220). Bunların vajinal düz kasları üzerindeki rolü çok az bilinmektedir. Bununla birlikte genital vazokonjeksiyonun artmasından parasempatik sinirlerden salınan NO ve VIP gibi nörotransmitterlerin sorumlu olduğu düşünülmektedir (209,211). Bu mediatörler, vasküler ve non-vasküler düz kas kontraktilesini düzenleyerek ve kan akımını kolaylaştırarak etkili olmaktadır. Ancak hipertansiyon nedeniyle gelişen endotel fonksiyon bozukluğu sonucu bu mediatörlerin bioaktivitesi zarar görmekte ve bu nedenle de pelvik kan akımı azalmaktadır. Vazokonjeksiyonun azalması sonucunda da cinsel uyarılma zamanında gecikme, lubrikasyonda azalma ve orgazm güçlüğü gibi cinsel fonksiyonlara ilişkin şikâyetlerin gelişebileceği belirtilmektedir (211). Ayrıca esansiyel hipertansiyonda NO bioaktivitesinin bozulması nedeniyle sistolik kan basıncının uzun süreli yüksek seyretmesi de kadınların cinsel fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (17,209).

Hipertansif kadın hastalarda cinsel sağlığa ilişkin sınırlı çalışma olmakla birlikte mevcut veriler, hipertansiyonun kadın cinsel fonksiyonları üzerine olumsuz etkisinin olduğu görüşünü desteklemektedir. Okeahialam ve Obeka'nın (2006) Nijerya'da yaptıkları çalışmalarında hipertansif kadınlarda CD'un sağlıklı grup ve tedavi öncesi gruba göre daha fazla olduğunu belirlemişlerdir (221). Buna göre yeni tanı almış hipertansif kadınların %13.6'sında, tedavi altındaki hipertansif kadınların %17.2'sinde ve kontrol grubunu oluşturan sağlıklı kadınların %4.7'sinde CD tanımlanmıştır. Doumas ve ark.'nın (2006) yaptıkları çalışmada, sağlıklı kadınların %19.4'ünde, hipertansiyonu olan kadınların %42'sinde CD olduğu belirlenmiştir (17). Burchardt ve ark.'nın (2002) hipertansif kadınların cinsel aktivite, davranış, disfonksiyon ve memnuniyet düzeyini inceledikleri çalışmada, kadınların %42.6'sının cinsel sorun yaşadıkları belirlenmiştir (15). Ülkemizde Argun ve ark.'nın (2005) hipertansiyonu olan kadınlarla yaptıkları çalışmada, kadınların %41.8'inde tedavi edilmemiş CD belirlenmiş, %74.6'sında bu durumun 5 yıldan fazla süredir devam ettiği belirtilmiştir (18).

Hipertansiyonun vasküler, müsküler etkileri yanında hastalığın tedavisinde kullanılan bazı antihipertansif ilaçlar da pelvik bölgede, cinsel organların yapı ve fonksiyonunda önemli değişiklikler yaparak cinsel fonksiyonları olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Antihipertansif ilaçların kadın cinsel fonksiyonlarındaki etkisine ilişkin çok az bilgi bulunmaktadır. Bununla birlikte diüretik ve  $\beta$ - bloker kullanan erkeklerde CD geliştiği bildirilmektedir (17). Hanon ve ark.(2002) tarafından hipertansif bireylerle yapılan çalışmada, hastaların %38'inde, kadınların %18'inde cinsel rahatsızlık yaşandığı belirlenmiş, özellikle diüretik içeren antihipertansif ilaçların kullanıldığı hastalarda yakınmaların daha fazla yaşandığı saptanmıştır (20). Doumas ve ark. (2006) tarafından yapılan çalışmada, antihipertansif tedavi alan bireylerin % 42.7'sinde CD bulunmasına karşın  $\beta$  - bloker kullanan hastaların %69.2'sinde CD olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada, kalsiyum antagonistleri, ACE inhibitörleri, anjiyotensin reseptör blokerleri ve diüretik kullanımı ile CD arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (17).

Hipertansiyonun uzun süreli tedavi ve yaşam tarzı değişikliği gerektiren kronik bir hastalık olması sebebiyle hastalar tedavi sürecine ilişkin bıkkınlık, yorgunluk ve tükenmişlik yaşayabilmektedirler (222). Buna bağlı olarak tedavi sürecinin ileriki

aşamalarında antihipertansif ilaçların kullanımında düzensizlikler, hastalığa ilişkin uygulanması gereken diyet programlarının terk edilmesi, kan basıncı kontrollerinin yaptırılmaması gibi tedavi sürecine uyumda sorunlar yaşanabilmektedir (21). Bu uyumsuzluklar, kan basıncının düzensiz seyrinde ve cinsel fonksiyon bozukluklarında etkili olabileceği düşünülmektedir. Antihipertansif tedavi alan ve kan basıncı kontrol altında olan kadınların CD prevalansı %27.2 iken kan basıncı kontrolü sağlanamayan kadınlarda %51.8 olarak belirlenmiştir (17). Ayrıca kronik bir hastalıkla yaşamak durumunda olmak, bireyin beden imajının zedelenmesine (223), kendine güveninin ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olarak cinsel yaşamı etkileyebilmektedir (222).

Hipertansif bireylerde CD'un ortaya çıkmasında kişisel ve kişilerarası faktörler de etkili olabilmektedir. Bu faktörler içinde eş ile yaşanan iletişim problemleri, güven yokluğu (224), cinsel tercihteki sapmalar, cinsellikle ilgili yanlış bilgilendirmeler, cinselliği konuşmanın ve yaşamının yasaklandığı kültürlerin etkisinde gelişen cinsel kimlik ve toplumdaki yerleşik mitler (223) yer almakta ve bunların bireyin ileri dönemlerdeki cinsel yaşamında sorunlar yaşamasına neden olabileceği düşünülmektedir (224).

#### **2.2.10. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi**

Hipertansiyon tüm dünyada ve ülkemizde görülme sıklığı giderek artan, neden olduğu fizyolojik, psikolojik, ekonomik sorunlarla birlikte ömür boyu tedavi gerektirmesi ve kontrol altına alınmadığında bireylerin yaşam kalitesini düşürmesi sebebiyle önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. Hipertansiyona neden olan faktörlerle birlikte hipertansiyonun yol açtığı sorunlar uzun yıllar araştırma konusu olmasına karşın kadın cinsel fonksiyonlarında yarattığı sorunlar çok fazla araştırılmamıştır. Ancak son yıllarda, kadın CD'nu üzerine gösterilen ilginin artması bu konudaki çalışmaları beraberinde getirmiştir (13).

Hipertansiyon ve tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar (20) erkeklerde olduğu gibi kadınlarda da CD'a neden olabilmektedir (11). Cinsel fonksiyon bozukluğu kadınlarda beden imajının bozulması, kendine güveninin azalması ya da kaybolması, kadınlık algısının zayıflaması, yaşam kalitesinin azalması, eşleri ve sosyal çevreleri ile ilişkilerinin bozulması gibi pek çok soruna neden olabilmekte (222) ve yaşanan cinsel sorunları daha da şiddetlendirebilmektedir. Bu nedenle rutin izlem kapsamında

hipertansif kadınların cinsel fonksiyonlarının holistik, empatik, destekleyici, güven verici, bilgili ve eğitici bir yaklaşımla değerlendirilmesi, tıbbi bakım ve tedavisinin yanında psikososyal sorunlarının da çözümlenmesi gerekmektedir (225).

Genel sağlığın önemli bir parçası olan cinsellik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilenebilen ve bütüncül yaklaşımı gerektiren bir sorun olması nedeniyle hemşirelik bakımı içinde yer alması gereken önemli bir konu olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle 1980 yılında Amerikan Hemşireler Birliği NANDA tanı sınıflaması içine “cinsel yetersizlikler” başlığı altında hastaların cinsellikle ilgili sorunları dahil edilmiştir. 1986 yılında NANDA cinsellik alanındaki tanılara “cinsel örüntülerde değişim”i eklemiş ve bu tanı “bireyin cinsel sağlığına yönelik risk faktörlerine sahip olması ya da cinsel sağlığının bozulması” şeklinde açıklanmıştır (162).

Kadın cinsel sağlığı multidisipliner yaklaşım gerektiren bir konudur. Bu ekip içerisinde hemşireler kadın cinsel sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli roller üstlenmektedir (226). Ancak cinsellik bütüncül sağlık bakımı kavramının bir unsuru olarak kabul edilmesine karşın, çok az hemşire bu alanda değerlendirme yapabilmekte ve uygun girişimlerde bulunabilmektedir. Hemşirelerin cinsellikle ilgili danışmanlık için yeterli bilgiye sahip olmadığına inanmaları, utanmaları, önemsememeleri, iş yoğunluğu, cinselliğe ilişkin kişisel baskıcı tutumları ve cinsellikle ilgili konuları tartışırken anksiyete yaşamaları gibi nedenlerle cinsel eğitim ve danışmanlık vermedikleri (27,254) hastaların ise yine utanma, dini inançların etkisi, toplumsal tabu gibi nedenlerle bu konuda soru sormadan kaçındıkları (227) yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur.

Steinke ve Patterson – Midgley (1996) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin sadece %15'inin hastalarına cinsel konularda bilgi vermeyi teklif ettiği belirlenmiştir (27). Yıldız ve Pınar (2004) tarafından yapılan çalışmada taburculuk öncesi olguların %97.1'ine cinsel ilişki ile ilgili bilgi verilmediği, ancak olguların %57.8'inin kendilerine bu konuda bilgi verilmesini istedikleri belirlenmiştir (154). Güvel ve ark.'nın (2005) hemşirelerin kadın cinsel fonksiyonları konusunda bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve bu konudaki düşüncelerinin sorgulanması amacı ile yaptıkları çalışmada ise, hemşirelerin tümü hemşirelik eğitimi sırasında kadın cinsel sağlığı ile

ilgili verilen eğitimi yetersiz bulmuş ve bu konuda daha ileri bilgilere ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir (228).

Hemşireler hastalarla en fazla vakit geçiren ve onları en doğru gözlemleyebilen sağlık profesyonelleridir. Yapılan gözlem ve değerlendirmeler cinsel fonksiyonlara ilişkin sorunların saptanmasında büyük önem taşımaktadır. Hemşirelerin her hastalıkta olduğu gibi CD'da da bakım, eğitim ve danışmanlık rolleri bulunmaktadır. Bu rolleri yerine getirebilmeleri için hemşirelerin kadın cinsel sağlığı konusunda bilgi düzeylerinin yeterli olması gerekmektedir. Yeterli bilgi ve beceriye sahip hemşireler, bireylerin dinsel ve kültürel özelliklerini göz önünde bulundurarak, değişikliğe uğramış cinsel yaşamları ile ilgili problemleri tartışmaya izin verme, hastalık ve tedaviye bağlı olası cinsel sorunları tanılamaya yardımcı olma ve öneriler sunma aracılığı ile bireylerin tedavi ve bakım planına uyumunu sağlayabileceklerdir. Böylece, cinsel sorunların erken dönemde saptanıp tedavi edilmesi sağlanarak hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesine yardımcı olunabileceği düşünülmektedir.

Cinsel yaşamdaki değişikliklerin ya da sorunların belirlenmesine ve çözümüne yönelik hemşirelik girişimleri kadınların farkındalık düzeylerini arttırabilir, konuya ilişkin durum ya da kaygıların açıklığa kavuşturulmasına yardımcı olarak gerekli bilgiyi sağlayabilir. Cinsel sağlıkla ilgili kadınlara verilecek olan hemşirelik hizmetlerinin etkili ve destekleyici olup olmadığı değerlendirilmelidir. Ayrıca kadınlara danışmanlık sağlama sürecinde kısıtlamalara neden olan bireysel sorunların belirlenmesi gerekmektedir.

Cinsel konularla ilgili danışmanlıkta en çok tercih edilen cinsel danışmanlık modeli kolay uygulanabilmesi ve güncelliğini hala yitirmemiş olması nedeniyle PLISSIT modelidir. 1976 yılında bir davranışçı psikolog olan Jack Annon tarafından oluşturulan (180) bu model, yararlı bir cinsel danışma ve tedavi metodu olarak kabul edilmekte, ayrıca sağlık çalışanlarının, profesyonel biçimde cinsel konuları tartışmalarını destekleyeceği düşünülmektedir. Bu model dört terapötik girişim aşamasından oluşmaktadır (126,129). PLISSIT modelin aşamaları şunlardır;

**İzin vermek (Permission):** Hastaların cinsel sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemede ilk adımı oluşturmaktadır. Bu aşamada hemşire kendine ve hastaya cinsellikle ilgili problem ve endişeleri tartışması için izin vermektedir. Hemşirenin bu yaklaşımı hastaya duygularının değerli olduğunu hissettirerek anksiyetelerinin

azalmasına, cinsel yaşama ilişkin sorunlarını ve gereksinimlerini rahat ifade edebilmelerine yardımcı olacaktır (225,229).

**Sınırlı bilgi (Limited Information):** Hastaya tedavilerin ve hastalıkların cinsel fonksiyonlara etkileri hakkında bilgi verildiği bu evrede hemşirenin en önemli rolü yanlış inançların, bilgilerin, mitlerin düzeltilmesini sağlamak ve doğru bilgileri vermektir (229).

**Spesifik öneriler (Specific Suggestions):** hastada davranış değişikliği oluşturmak için özel çaba gerektiren bu aşamada, belli hedeflere ulaşmak için cinsel problemlerle ilgili verilen bilgi ve önerilerle hastanın cinsel konularda endişelerinin azalmasına ve problemlere ilişkin farkındalıklarının artmasına yardım edilebilmektedir. Örneğin, cinsel aktivitenin astım atağını tetikleyeceğini düşünen bir hastaya aktivite öncesi ilaçlarını alması önerilmektedir (229). Cinsel fonksiyon ve danışmanlık konusunda özel eğitim alan hemşireler, daha kapsamlı cinsel ilişki terapisi sağlayabilirler.

**Yoğun tedavi (Intensive Therapy):** Bu aşama, ilk üç girişim seviyelerine cevap vermeyen, yoğun bireysel ya da çift tedavisine gereksinim duyan hastalar için kullanılmaktadır. Cinsel fonksiyon bozukluğu olan kadınlarla çalışan hemşireler bu modelin ilk üç aşamasını kullanabilirler ve gereksinime göre kadını daha üst tedavilere yönlendirebilirler (229).

Hemşirelerin bütüncül yaklaşım çerçevesinde kadınların önemli, fakat göz ardı edilen gereksinimlerinden olan cinselliğe yönelik kapsamlı bakım verme, bilgilendirme, sorun çözümüne yardımcı olma gibi sorumluluklarına ek olarak eğitmenlik ve danışmanlık rolleri de bulunmaktadır (29). Cinsel eğitim ve danışmanlığın bireylerin cinsel konularla ilgili doğru bilgiler edinmelerine, cinsel mitlerin, sosyo-kültürel ve dini baskıların etkisi altında kalmadan cinselliği yaşamalarına, cinsel sorunlarına yönelik uygun girişimlerde bulunmalarına yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma, esansiyel hipertansiyonun kadın cinsel fonksiyonlarına etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Şekli**

Araştırma, esansiyel hipertansiyonun kadın cinsel fonksiyonlarına etkisinin belirlenebilmesi amacıyla yapılmış deneysel bir çalışmadır. Deney grubunu esansiyel hipertansiyonu olan 71 kadın hasta, kontrol grubunu evli, menopoza girmemiş ve herhangi bir kronik hastalığı olmayan 95 sağlıklı kadın oluşturmuştur.

#### **3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri**

Araştırma, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde bulunan kardiyoloji polikliniğinde yapılmıştır. Polikliniğe günde ortalama 80 – 90 hasta başvurmakta ve bu hastaların yaklaşık yarısını hipertansiyonu olan kadın hastalar oluşturmaktadır. Bu birimde 2 adet muayene odası ve her bir muayene odasında da 2 adet koltuk, 1 adet muayene yatağı bulunmakta ve 1 asistan doktor görev yapmaktadır.

#### **3.4. Araştırmanın Evreni**

Araştırmada deney grubunun evrenini, Mayıs-Ekim 2007 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde bulunan kardiyoloji polikliniğine başvuran evli ve menopoza girmemiş esansiyel hipertansiyonu olan kadınlar oluşturmuştur. Kontrol grubunun evrenini, söz konusu tarihler arasında Mersin il sınırları içinde yaşayan, evli, menopoza girmemiş ve herhangi bir kronik hastalığı olmayan sağlıklı kadınlar oluşturmuştur.

#### **3.5. Araştırmanın Örnekleme**

Araştırmanın örnekleme, deney ve kontrol gruplarından oluşmaktadır. Deney grubunu, söz konusu hastanede bulunan kardiyoloji polikliniğine Mayıs-Ekim 2007 tarihleri arasında esansiyel hipertansiyon tanısı ile başvuran 71 hipertansif kadın hasta, kontrol grubunu ise evli, menopoza girmemiş, herhangi bir kronik hastalığı olmayan 95

sağlıklı kadın oluşturmuştur. Örnekleme alınacak kadınların seçiminde basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Çalışma, menopoza girmemiş, evli, fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri araştırmada uygulanan formları cevaplamaya uygun, araştırmaya katılmaya gönüllü ve iletişim sorunu olmayan kadınlar ile yapılmıştır.

### **3.6.Verilerin Toplanması**

#### **3.6.1.Veri Toplama Formlarının Hazırlanması**

Araştırmanın verileri, esansiyel hipertansiyonu olan ve olmayan kadınları tanıtıcı bilgileri içeren “Kişisel Bilgi Formu” ve son dört haftadaki cinsel fonksiyonları değerlendirmek amacı ile uygulanan “Kadın Cinsel İşlev Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

##### **3.6.1.1.Kişisel Bilgi Formu**

Kişisel Bilgi Formu, esansiyel hipertansiyonu olan kadınlar ile sağlıklı kadınların cinsel fonksiyonlarını etkileyebileceği düşünülen kişisel, sosyo-demografik, doğum ve hastalığa ilişkin özellikleri belirlemek amacı ile konu ile ilgili literatür taraması sonucunda oluşturulmuştur (17,33,202). Bu formda “Sosyo – Demografik Özellikler”e ilişkin 19 ve “Hastalık ve Tedavi ile İlgili Özellikler”e ilişkin 6 soru bulunmaktadır. Deney grubuna “Kişisel Bilgi Formu”nun tamamı uygulanmış, kontrol grubuna ise sadece “Sosyo – Demografik Özellikler”e ilişkin bölüm uygulanmıştır.

##### **3.6.1.1. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği**

Esansiyel hipertansiyonu olan kadınlar ile sağlıklı kadınların son dört haftada süregelen cinsel fonksiyonlarını değerlendirmek amacı ile “Kadın Cinsel İşlev Ölçeği” kullanılmıştır. 2000 yılında ABD’de Rosen ve ark. tarafından geliştirilen ölçek altı alt bölümden ve 19 maddeden oluşmaktadır.

Ölçeğin yapısında; istek (cinsel istek sıklığı ve istek düzeyi), uyarılma (sıklığı, düzeyi, emin olma durumu ve doyum), lubrikasyon – kayganlaşma (sıklığı, zorluğu, cinsel ilişki sırasında kayganlaşmayı koruyabilme sıklığı ve zorluğu), orgazm (sıklığı, zorluğu ve doyum), tatmin / doyum ( eşi ile yakınlık oranı, cinsel ilişkide ve tüm cinsel yaşamında doyum seviyesi) ve ağrı (penisin vajinaya girişi sırasında, girişi



takiben ve girişten sonra hissedilen ağrı seviyesi) olmak üzere 6 alt boyut bulunmaktadır. Bu alanları kapsayan soruların numaraları, soruların puan aralıkları, faktör yükleri, alt boyut ortalamalarının faktör yükleriyle çarpımı sonrasında alınabilecek en yüksek ve en düşük puanları aşağıda verilmiştir. Buna göre;

**Çizelge 3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Boyutları, Soruların Numaraları, Puan Aralıkları, Faktör Yükleri ve Minimum – Maksimum Değerleri (231)**

<b>KCIÖ’i Alt Boyutları</b>	<b>Sorular</b>	<b>Puan Aralıkları</b>	<b>Faktör Yükleri</b>	<b>Minimum Değerler</b>	<b>Maksimum Değerler</b>
İstek	1, 2	1 – 5	0.6	1.2	6
Uyarılma	3, 4, 5, 6	0 – 5	0.3	0	6
Lubrikasyon	7, 8, 9, 10	0 – 5	0.3	0	6
Orgazm	11, 12, 13	0 – 5	0.4	0	6
Tatmin	14, 15, 16	0 veya 1 – 5	0.4	0.8	6
Ağrı	17, 18, 19	0 – 5	0.4	0	6
Toplam				2	36

Ölçekten alınabilecek en yüksek ham puan 95, en düşük puan ise 4’tür. Ölçek alt boyut puanlarının faktör yükleri ile çarpımından sonra ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36, en düşük puan ise 2’dir (17,230,231,232). Son zamanlarda rapor edilen ölçek kesme puanına göre, KCIÖ’i toplam puanı 25.5’den düşük olan kadınların CD’u olduğu belirtilmektedir (17,230). Bizim çalışmamızda da CD için ölçek kesme puanı 25.5 olarak kabul edilmiştir.

“Kadın Cinsel İşlev Ölçeğinin Türkçeye Uyarlaması”, geçerlik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde Aygin ve Aslan (2005) tarafından meme kanseri olan kadınlarda yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda ölçeğin Türk kadını için kullanılabilir bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir. Ölçek kadın cinsel fonksiyonlarının 6 alt boyutunu değerlendirme olanağı sağlaması ve ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmış olması nedeniyle tercih edilmiştir (17,231).

### **3.6.2. Ön Uygulama**

Veri toplama formlarının işlerliğini değerlendirmek amacıyla, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde bulunan kardiyoloji polikliniğine esansiyel hipertansiyon nedeniyle başvuran, evli, menopoza girmemiş 10 kadın hastaya ve toplumdan rasgele seçilmiş evli, kronik hastalığı olmayan, menopoza girmemiş 10 sağlıklı kadına 15 Haziran - 5 Temmuz 2007 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonunda veri toplama formunda gerekli düzenlemeler yapılmış, kadınların çoğu tarafından mahrem kabul edilen bir konu olması ve okur - yazarlık oranının düşük olması gibi nedenlerle de araştırmada kullanılan formların uygun bir odada bire-bir araştırmacı tarafından uygulanmasına karar verilmiştir.

### **3.6.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması**

Araştırmada kullanılacak veri toplama formlarının uygulanması amacı ile Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimliği, Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığından ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünden resmi izin alınmıştır.

Araştırmanın uygulaması Mayıs – Ekim 2007 tarihleri arasında yapılmıştır. Hipertansif ve sağlıklı kadınlara araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanarak araştırmaya katılmaları konusunda sözel onamları alınmıştır. Kadınların daha rahat yanıt verebilmeleri amacıyla formlar uygun bir odada (EKG odası) araştırmacı tarafından görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Kadınların formları yanıtlama süreleri Kişisel Bilgi Formu'nda 10 – 15 dakika, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nde 15 – 20 dakika arasında değişmiştir.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Veri kodlama ve değerlendirme işlemleri SPSS 11.5 programında yapılmıştır (59). Araştırmada kullanılacak istatistiksel test seçimini belirlemek için KCIÖ alt boyut ortalamalarının faktör yükleriyle çarpımından elde edilen puan dağılımları incelenmiştir. Bunun için Kolmogorov – Smirnov normallik testi kullanılmıştır. Bu değerlendirme sonucunda kadın cinsel işlev ölçeği alt boyut ortalamalarının faktör yükleriyle çarpımından elde edilen puanların deney grubunun çalışma durumu, çalışma

statüsü, doğum sayısı ve doğum şekli değişkenleri ile kontrol grubunun gelir durumu değişkeni için normal dağılım göstermediği saptanmış ve belirlenen değişkenlerle yapılan istatistiksel analizde nonparametrik testler kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren diğer puan türlerinin analizinde ise parametrik testler kullanılmıştır.

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının faktör yükleriyle çarpımından elde edilen puanlarının aile yapısı, evlilik sayısı, hastalığa ilişkin diyete uyum gibi iki kategorili özelliklerle yapılan istatistiksel değerlendirmede iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi); eğitim durumu, evlilik şekli, eş/partnere ilişkin özellikler, hastalık ve tedaviye ilişkin özellikler gibi ikiden fazla kategorisi olan özelliklerle yapılan değerlendirmede ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırmalara ilişkin önemlilik kontrolleri Tukey testi ile yapılmıştır. Deney grubunda normal dağılım göstermeyen çalışma statüsü değişkeni için istek, uyarılma, tatmin ve ağrı alt boyutları ile yapılan istatistiksel değerlendirmede Mann-Whitney U testi, lubrikasyon, orgazm ve ölçek toplamı için yapılan değerlendirmede iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi), çalışma durumu değişkeni için Mann-Whitney U testi, doğuma ilişkin özelliklerin değerlendirilmesinde istek alt boyutu için Kruskal Wallis testi, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı ve ölçek toplam puanı için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Kontrol grubunda gelir durumu değişkeninin değerlendirilmesi ise Kruskal Wallis testi ile yapılmıştır. Hipertansiyonu olan kadınlar ile sağlıklı kadınların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği alt boyut puanlarının faktör yükleriyle çarpımından elde edilen puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan tüm puan türleri için minimum ve maksimum değerler, ortalama ve standart sapma, incelenen tüm değişkenler için ise yüzde hesaplamaları yapılmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Hipertansiyonun yaşın ilerlemesi ile görülme sıklığı artan bir kronik hastalık olmasına karşın menopoza girmemiş kadınların çalışmaya alınması, yeterli örneklem sayısına ulaşmada sınırlılığa neden olmuştur. Buna ek olarak menopoza girmemiş, evli ve herhangi bir kronik hastalığı olmayan kadınların çalışmaya alınması nedeniyle deney ve kontrol grubunu oluşturan kadınlar arasında yaş özellikleri bakımından benzerlik sağlanamamıştır.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde; deney ve kontrol grubundaki kadınların sosyo – demografik özelliklerine, evliliğe, doğuma, eş / partnere, hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerine göre KCIÖ alt boyutları olan istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı ve ölçek toplam puanlarının faktör yükleriyle çarpımından elde edilen puan ortalamalarını içeren bulgular yer almaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hasta ve sağlıklı bireylerin sosyo – demografik özellikleri ve bu özelliklerin KCIÖ alt boyutları olan istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı ve ölçek toplam puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge.4’de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaşlarına göre yapılan değerlendirmede, hipertansif kadınların %2.8’i 18 – 30 yaş arasında, %29.6’sı 31 – 40 yaş arasında, %67.6’sı 41 yaş ve üzerindedir ve yaş ortalamaları 42.70’tir. Sağlıklı kadınların % 34.7’si 18 – 30 yaş arasında, %38.9’u 31 – 40 yaş arasında, %26.3’ü 41 yaş ve üzerindedir ve yaş ortalamaları 35.44’dür. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda deney ve kontrol grubunu oluşturan kadınlar arasında yaş özellikleri bakımından benzerlik olmadığı belirlenmiştir. Deney grubunun 18-30 yaş grubunu oluşturan kadın sayısının yetersiz olması (n:2) nedeniyle bu yaş grubundaki kadınlar istatistiksel değerlendirme kapsamına alınmamıştır. Çalışmada 31 – 40 yaş grubunu oluşturan hipertansif kadınların istek, uyarılma, lubrikasyon, tatmin ve toplam ölçek puan ortalamaları 41 yaş ve üzeri grubuna göre daha yüksektir. Bu iki grup arasındaki farklılık istek, uyarılma lubrikasyon, tatmin ( $p<0.05$ ) ve kadın cinsel işlev ölçeği toplam puanı ( $p<0.01$ ) bakımından anlamlı bulunmuştur. Sağlıklı kadınlarda ise 18 – 30 yaş grubunu oluşturan sağlıklı kadınların KCIÖ toplam puan ortalaması 31 – 40 ile 41 yaş ve üzeri gruplarına göre daha yüksektir fakat gruplar arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Deney ve kontrol grubu arasında yapılan değerlendirmede hipertansif kadınların kadın cinsel işlev ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile ölçeğin toplam puan ortalamasının sağlıklı kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu farklılık uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin alt boyut puan ortalamaları ve ölçek toplam puan ortalaması bakımından anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ). Her iki grupta yer alan kadınların ağrı alt boyut

puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Deney grubunun tüm yaş aralığındaki kadınlar (18-30 yaş; 11.35, 31-40 yaş; 22.09, 41 ve üzeri yaş; 18.32) ile kontrol grubunun 41 yaş ve üzeri grubunu oluşturan kadınların (24.86) KCIÖ kesme puanına (25.5) göre CD olduğu belirlenmiştir. Buna göre yaş arttıkça CD görülme sıklığında artış olduğu görülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan hipertansif kadınların %11.3'ü okur-yazar değil, %66.2'si okur-yazar ya da ilkokul mezunu, %14.1'i lise mezunu ve %8.5'i üniversite mezunudur. Sağlıklı kadınların ise % 43.2'si okur-yazar ya da ilkokul mezunu, %30.5'i lise mezunu ve %26.3'ü üniversite mezunudur. Gruplar arasındaki farklılığın belirlenmesi için yapılan önemlilik kontrollerinde, deney grubunu oluşturan hipertansif kadınların sadece KCIÖ istek puanı ortalaması okur – yazar / ilkokul mezunu ile üniversite mezunu olanlar arasında, ölçek toplam puan ortalaması ise lise mezunu ile okur-yazar olmayanlar arasında anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Sağlıklı kadınlarda ise okur-yazar / ilkokul mezunu olanlar ile lise ve üniversite mezunu olanlar arasında KCIÖ toplam puan ortalamaları ve ağrı dışındaki tüm alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ,  $p<0.01$ ,  $p<0.05$ ). Deney ve kontrol grubu arasında yapılan istatistiksel analizde hipertansif kadınların istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin alt boyut puan ortalamaları ve ölçek toplam puan ortalaması sağlıklı kadınlara göre daha düşük bulunmuştur. İki grup arasında KCIÖ toplam puan ortalamasına göre oluşan bu farklılık eğitim düzeyi okur-yazar / ilköğretim, lise ve üniversite olan hipertansif kadınlar ile eğitim düzeyi okur-yazar / ilköğretim, lise ve üniversite olan sağlıklı kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ,  $p<0.01$ ,  $p<0.05$ ). Her iki grupta da eğitim düzeyi ile ağrı alt boyut puan ortalaması arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Cinsel fonksiyon bozukluğu için kabul edilen ölçek kesme puanına göre (25.5) okur-yazar / ilköğretim (18.91), lise (22.55) ve üniversite mezunu (21.76) hipertansif kadınlar ile okur-yazar / ilköğretim mezunu (23.45) olan sağlıklı kadınların CD'u olduğu belirlenmiştir.

Örnekleme kapsamına alınan kadınların çalışma durumlarına göre yapılan değerlendirmede hipertansif kadınların % 4.2'sini çalışan, % 66'sını çalışmayan ve % 2.8'ini emekli kadınlar oluştururken sağlıklı kadınların % 43.2'sini çalışan, % 56.8'ini çalışmayan kadınlar oluşturmaktadır. “Emekli” grubunu oluşturan hipertansif kadınlar,

sayılarının yetersiz olması (n:2) nedeniyle istatistiksel değerlendirme dışı bırakılmıştır. Deney grubundaki çalışan kadınların istek ve uyarılma puan ortalamaları ile kontrol grubundaki çalışan kadınların uyarılma, lubrikasyon, orgazm alt boyut puan ortalamaları ve ölçek toplam puan ortalaması çalışmayan kadınlardan daha yüksektir. Ancak çoklu değişkenler için yapılan önemlilik kontrollerinde deney grubundaki farklılık anlamlı bulunmamış ( $p>0.05$ ), kontrol grubundaki farklılık ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ). Hipertansif ve sağlıklı kadınlar arasında KCIÖ toplam puan ortalamasına göre yapılan karşılaştırmada ise çalışan ve çalışmayan hipertansif kadınların puan ortalamalarının çalışan ve çalışmayan sağlıklı kadınların puan ortalamalarından daha düşük ve istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ,  $p<0.001$ ). Cinsel fonksiyon bozukluğu için kabul edilen ölçek kesme puanına (25.5) göre çalışan (19.16) ve çalışmayan (19.18) hipertansif kadınlar ile çalışmayan sağlıklı kadınlarda (25) CD olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hipertansif kadınların % 93'ünün ev hanımı, %4.2'sinin memur ve % 2.8'inin işçi olduğu, sağlıklı kadınların ise % 55.8'inin ev hanımı, %29.5'inin memur, %5.3'ünün işçi ve %9.5'inin serbest meslek sahibi olduğu belirlenmiştir. "İşçi" grubunu oluşturan hipertansif kadınlar, sayılarının yetersiz olması (n:2) nedeniyle istatistiksel değerlendirme kapsamına alınmamıştır. Deney grubundaki kadınların çoğunluğunun ev hanımı (%93) olması nedeniyle çalışma statüsü ile KCIÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0.05$ ). Kontrol grubunda ise memur statüsüne sahip sağlıklı kadınların KCIÖ toplam puan ortalaması ev hanımı ve işçi statüsüne sahip kadınların puan ortalamalarından daha yüksektir fakat çoklu değişkenlerin önemlilik kontrollerinde bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Hipertansif ve sağlıklı kadınların çalışma statüsü ile KCIÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, deney grubundaki ev hanımı statüsüne sahip kadınların istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları ile memur statüsüne sahip kadınların uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları kontrol grubundaki ev hanımı ve memur statüsüne sahip kadınların puan ortalamalarından daha düşük bulunmuştur ve bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ). Çalışmada CD için kabul edilen ölçek kesme puanına (25.5) göre

memur (14.66) ve ev hanımı (19.18) statüsüne sahip hipertansif kadınlar ile ev hanımı (24.99) ve işçi (23.72) statüsüne sahip sağlıklı kadınların CD'si olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada gelir durumuna göre yapılan değerlendirmede, hipertansif ve sağlıklı kadınların sırasıyla %7'sinin ve %9.5'inin gelirinin giderinden fazla olduğu, %25.4'ünün ve %42.1'inin gelirinin giderine denk olduğu, % 67.6'sının ve %46.3'ünün gelirinin giderinden az olduğu, sağlıklı kadınların %2.1'inin ise gelirinin olmadığı belirlenmiştir. Çalışmamızda “geliri yok” grubunu oluşturan sağlıklı kadınlar, sayılarının yetersiz olması (n:2) nedeniyle değerlendirme kapsamına alınmamıştır. Deney ve kontrol grubunda gelir durumunun düşmesi ile KCIÖ alt boyut puan ortalamalarının ve ölçek toplam puan ortalamasının düştüğü belirlenmiştir. Bu farklılıklar deney grubunda sadece istek alt boyutu için anlamlı bulunmuş ( $p<0.01$ ), buna karşın kontrol grubunda ağrı alt boyutu dışındaki tüm farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ). Sağlıklı kadınlarda gruplar arasındaki farklılığın belirlenmesi amacıyla yapılan önemlilik kontrollerinde geliri giderinden az olan grup ile geliri giderine denk ve geliri giderinden fazla olan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ). Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında ise sağlıklı kadınların KCIÖ alt boyut puan ortalamaları ile ölçek toplam puan ortalamasının hipertansif kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu farklılık geliri giderinden az, geliri giderine denk ve geliri giderinden fazla olan gruplar arasında anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ). KCIÖ kesme puanına (25.5) göre geliri giderinden az (18.21), geliri giderine denk (21.27) ve geliri giderinden fazla (21.82) olan hipertansif kadınlar ile geliri giderinden az (24.66) olan sağlıklı kadınların CD'si olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların evlilik öncesi aile yapısı incelendiğinde hipertansif ve sağlıklı kadınlarda çekirdek aile görülme sıklığının sırasıyla % 59.2 ve %72.6, geniş aile görülme sıklığının ise sırasıyla % 40.8 ve % 27.4 olduğu belirlenmiştir. Evlilik öncesi çekirdek aile yapısına sahip hipertansif ve sağlıklı kadınların KCIÖ toplam puan ortalaması geniş aile grubundan daha yüksektir ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Hipertansif ve sağlıklı kadınlar karşılaştırıldığında ise çekirdek ve geniş aile yapısına sahip hipertansif kadınların ölçek toplam puan ortalamaları sağlıklı kadınlardan daha düşüktür ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Ölçek kesme puanına



(25.5) göre evlilik öncesi çekirdek (19.93) ve geniş aile (18.24) yapısına sahip hipertansif kadınların CD'si olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada mevcut aile yapısına göre yapılan değerlendirmede hipertansif kadınların %85.9'unun çekirdek ve %14.1'inin geniş, sağlıklı kadınların %88.4'ünün çekirdek ve % 11.6'sının geniş aile yapısına sahip oldukları belirlenmiştir. Hem deney hem de kontrol grubunda çekirdek aile yapısına sahip kadınların KCIÖ toplam puan ortalaması geniş aile grubundan daha yüksektir ancak gruplar arasındaki farklılık sadece sağlıklı kadınlar için anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Sağlıklı ve hipertansif kadınlar karşılaştırıldığında ise çekirdek aileye sahip sağlıklı kadınların KCIÖ alt boyut puan ortalamalarının ve toplam puan ortalamasının hipertansiyonu olan çekirdek aileye sahip kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiş ve gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Kadın Cinsel İşlev Ölçeği kesme puanına (25.5) göre yapılan değerlendirmede çekirdek (19.62) ve geniş aileye (16.91) sahip hipertansif kadınlar ile geniş aile yapısına sahip sağlıklı kadınların (20.70) CD'si olduğu belirlenmiştir.

**Çizelge 4.** Deney ve Kontrol Grubunu Oluşturan Kadınların Sosyo-Demografik özelliklerine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Sosyo-Demografik Özellikler	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği															
	D	K	İstek		Uyarılma		Lubrikasyon		Orgazm		Tatmin		Ağrı		KCIÖ Toplam	
	% (n)	% (n)	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD
<b>Yaş</b>																
18-30	2.8 (2)	34.7 (33)	2.40±1.69	3.81±1.40	1.65±2.33	4.33±1.31	1.50±2.12	4.92±0.86	1.00±1.41	4.73±1.18	1.80±2.54	4.78±1.32	3.00±4.24	5.01±1.13	11.35±14.3	27.6±26.0
31-40	29.6 (21)	38.9 (37)	2.91±1.26 <sup>a</sup>	3.43±1.30	3.14±1.31 <sup>a</sup>	4.11±1.35	3.77±1.16 <sup>a</sup>	4.61±1.12	3.77±1.24	4.60±1.17	3.79±1.24 <sup>a</sup>	4.60±1.41	4.70±1.18	4.82±1.16	22.09±6.10 <sup>a</sup>	26.19±6.52
			P=0.144		P=0.010		P=0.008		P=0.013		P=0.032		P=0.708		P=0.022	
41 yaş ve üstü	67.6 (48)	26.3 (25)	2.21±1.01	3.38±1.27	2.46±0.94	4.10±1.15	3.18±1.00	4.33±1.26	3.20±1.12	4.22±1.27	3.21±1.02	4.44±1.29	4.04±1.33	4.36±1.46	18.32±5.10	24.86±5.90
			P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P=0.348		P<0.01	
<b>Eğitim durumu</b>																
Okur-yazar değil	11.3 (8)	-	1.72±0.98		2.60±1.13		2.70±0.90		2.70±0.90		2.70±0.41		3.25±1.16		15.13±3.62	
Okur-yazar /İlköğretim	66.2 (47)	43.2 (41)	2.29±1.04	3.07±1.32	2.56±0.99	3.62±1.36	3.26±0.97	4.17±1.21	3.23±1.09	4.04±1.22	3.24±1.04	4.07±1.54	4.30±1.28	4.45±1.17	18.91±5.11	23.45±6.41
			P=0.002		P<0.001		P<0.001		P=0.001		P=0.003		P=0.569		P<0.001	
Lise	14.1 (10)	30.5 (29)	3.06±0.91	4.13±1.29 <sup>b</sup>	3.30±1.01	4.65±1.0 <sup>b</sup>	3.87±1.26	4.93±0.7 <sup>b</sup>	3.76±1.25	4.91±1.0 <sup>b</sup>	3.88±1.19	5.10±0.97 <sup>b</sup>	4.68±1.38	5.08±1.34	22.55±5.34 <sup>c</sup>	28.83±5.03 <sup>b</sup>
			P=0.020		P=0.003		P=0.002		P=0.005		P=0.002		P=0.424		P=0.001	
Üniversite	8.5 (6)	26.3 (25)	3.30±1.59 <sup>b</sup>	3.67±1.09	2.90±1.95	4.56±1.0 <sup>b</sup>	3.50±2.02	5.10±0.9 <sup>b</sup>	4.00±2.26	4.96±1.13 <sup>b</sup>	4.13±2.09	4.97±1.05 <sup>b</sup>	3.93±2.32	4.91±1.19	21.76±11.64	28.18±5.29 <sup>b</sup>
			P=0.499		P=0.007		P=0.006		P=0.140		P=0.162		P=0.147		P=0.047	
<b>Çalışma durumu</b>																
Çalışıyor	4.2 (3)	43.2 (41)	3.60±2.40	3.76±1.21	3.10±3.00	4.49±1.07	2.60±2.42	5.07±0.88	2.66±3.05	4.92±1.06	3.20±3.01	4.90±1.07	4.00±3.46	4.93±1.23	19.16±16.92	28.09±5.27
			P=0.836		P=0.066		P=0.0002		P=0.0037		P=0.0262		P=0.279		P=0.023	
Çalışmıyor	93 (66)	56.8 (54)	2.35±1.05	3.40±1.40	2.60±1.04	3.95±1.38	3.31±1.08	4.32±1.13	3.32±1.12	4.26±1.24	3.32±1.08	4.41±1.49	4.26±1.30	4.64±1.25	19.18±5.44	25.0±6.58
			P=0.000		P=0.000		P=0.000		P=0.000		P=0.000		P=0.107		P<0.001	
Emekli	2.8 (2)	-	3.00±0.84		3.00±0.00		4.20±0.42		4.00±2.26		4.40±0.56		2.80±1.13		21.40±5.23	

**Çizelge 4 (Devamı).** Deney ve Kontrol Grubunu Oluşturan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Sosyo-Demografik Özellikler	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği															
	D	K	İstek		Uyarılma		Lubrikasyon		Orgazm		Tatmin		Ağrı		KCIÖ Toplam	
	% (n)	% (n)	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD
<b>Çalışma statüsü</b>																
Ev Hanımı	93 (66)	55.8 (53)	2.35±1.05	3.39±1.41	2.60±1.04	3.96±1.39	3.31±1.08	4.34±1.14	3.32±1.12	4.27±1.25	3.32±1.08	4.40±1.50	4.26±1.30	4.31±1.25	19.18±5.44	24.99±6.64
			P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P=0.832		P<0.001	
Memur	4.2 (3)	29.5 (28)	2.40±1.20	3.70±1.12	2.00±1.73	4.53±0.98	2.80±2.44	5.12±0.86 <sup>d</sup>	2.66±2.80	5.0±0.88 <sup>d</sup>	2.93±2.57	4.94±0.95	1.86±1.80 <sup>d</sup>	5.01±1.24	14.66±12.23	28.31±4.43
			P=0.067		P<0.001		P=0.001		P=0.001		P=0.006		P=0.004		P<0.001	
İşçi	2.8 (2)	5.3 (5)	4.80±1.69	3.36±1.92	4.65±1.90	3.96±1.16	3.90±1.27	4.56±1.18	4.00±2.82	3.68±1.68	4.80±1.69	4.16±1.75	6.0±0.0	4.00±1.26	28.15±9.40	23.72±8.45
Serbest meslek	-	9.5 (9)		4.13±1.01		4.56±1.32		5.03±0.89		5.28±0.79		5.24±0.83		5.33±1.01		29.6±4.81
<b>Gelir durumu</b>																
Gelir giderden fazla	7 (5)	9.5 (9)	3.60±1.84	4.46±0.95	3.24±2.29	5.26±0.79	3.54±2.25	5.43±0.46	3.76±2.40	5.60±0.44	4.08±2.35	5.68±0.43	3.60±2.51	5.42±0.69	21.82±13.28	31.87±3.2
			P=0.263		P=0.029		P=0.027		P=0.039		P=0.063		P=0.057		P=0.046	
Gelir gidere denk	25.4 (18)	42.1 (40)	2.76±1.14	3.90±1.33	2.93±1.10	4.38±1.27	3.60±1.30	4.83±0.90	3.64±1.43	4.70±1.18	3.68±1.24	4.77±1.21	4.64±1.34	4.87±1.31	21.27±6.30	27.45±5.97
			P=0.002		P<0.001		P<0.001		P=0.004		P=0.002		P=0.541		P<0.001	
Gelir giderden az	67.6 (48)	46.3 (44)	2.17±0.94 <sup>e</sup>	3.15±1.2 <sup>e,f</sup>	2.46±0.96	3.87±1.2 <sup>e,f</sup>	3.17±0.90	4.35±1.25 <sup>e,f</sup>	3.14±0.99	4.27±1.1 <sup>e,f</sup>	3.14±0.94	4.39±1.3 <sup>e,f</sup>	4.10±1.28	4.61±1.22	18.21±4.59	24.66±5.86 <sup>e,f</sup>
			P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P=0.054		P<0.001	
Geliri yok	-	2.1 (2)		1.50±0.42		2.25±0.63		4.05±0.21		3.0±1.41		2.20±1.41		3.20±1.13		16.2±5.23

**Çizelge 4 (Devamı).** Deney ve Kontrol Grubunu Oluşturan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Sosyo-Demografik özellikler	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği															
	D	K	İstek		Uyarılma		Lubrikasyon		Orgazm		Tatmin		Ağrı		KCIÖ Toplam	
	% (n)	% (n)	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD
<b>Evlilik öncesi aile Yapısı</b>																
Çekirdek aile	59.2 (42)	72.6 (69)	2.51±1.16	3.56±1.26	2.72±1.14	4.17±1.22	3.45±1.12	4.72±1.05	3.41±1.30	4.55±1.20	3.46±1.28	4.66±1.22	4.35±1.37	4.83±1.17	19.93±6.28	26.51±5.76
			P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P=0.052		P<0.001	
Geniş aile	40.8 (29)	27.4 (26)	2.29±1.10	3.53±1.52	2.51±1.13	4.21±1.45	3.10±1.14	4.45±1.20	3.15±1.15	4.55±1.26	3.17±0.99	4.53±1.64	4.00±1.46	4.60±1.44	18.24±5.55	25.88±7.39
			P=0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P=0.131		P<0.001	
<b>Mevcut aile yapısı</b>																
Çekirdek aile	85.9 (61)	88.4 (84)	2.50±1.14	3.65±1.25	2.70±1.12	4.30±1.19	3.39±1.12	4.76±1.00	3.39±1.26	4.66±1.14	3.45±1.17	4.80±1.19	4.17±1.41	4.89±1.18	19.62±6.07	27.07±5.64
			P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		0.001		P<0.001	
Geniş aile	14.1 (10)	11.6 (11)	1.92±0.97	2.78±1.70	2.28±1.20	3.32±1.62	2.79±1.17	3.79±1.40	2.84±1.07	3.67±1.37	2.68±0.99	3.27±1.69	4.40±1.47	3.85±1.45	16.91±5.34	20.70±7.70
			P=0.176		P=0.113		P=0.093		P=0.141		P=0.347		P=0.399		P=0.210	

**D:** Deney grubu

**K:** Kontrol grubu

**KCIÖ:** Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

**(a):** “41 yaş - üstü” yaş grubundan farkı istatistiksel olarak anlamlı

**(b):** “Okur-yazar /İlköğretim” grubundan farkı istatistiksel olarak anlamlı

**(c):** “Okur-yazar değil” grubundan farkı istatistiksel olarak anlamlı

**(d):** “Ev hanımı” grubundan farkı istatistiksel olarak anlamlı

**(e):** “Gelir giderden fazla” grubundan farkı anlamlı

**(f):** “Gelir gidere denk” grubundan farkı anlamlı

Örneklem kapsamına alınan hipertansif ve sağlıklı kadınların eş / partnere ilişkin özellikleri ile bu özelliklerin KCIÖ alt boyutları olan istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı ve ölçek toplam puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge.5’de verilmiştir.

Araştırmada eş / partnerin yaşına göre yapılan istatistiksel değerlendirmede hipertansif ve sağlıklı kadınların eşlerinin sırasıyla %19.7’sinin ve % 40’ının 31-40 yaş arasında, %40.8 ve %36.8’inin 41-50 yaş arasında, %39.4’ünün ve %13.7’sinin 51 yaş ve üstünde, sağlıklı kadınların % 9.5’inin de 20-30 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Deney grubunda yapılan istatistiksel analizde eşi 31 – 40 yaş arasında olan kadınların istek puan ortalaması ile eşi 41 – 50 yaş arasında bulunan kadınların uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları 51 yaş ve üstü gruptan daha yüksek bulunmuştur. Yapılan önemlilik kontrollerinde ise bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ). Deney grubunda olduğu gibi sağlıklı kadınlarda da eş / partnerin yaşı arttıkça kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamasının düştüğü belirlenmiş ancak çoklu değişkenlerin önemlilik kontrollerinde bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında ise deney grubundaki eş / partnerinin yaşı 31 – 40, 41 – 50 ve 51 – üstünde olan hipertansif kadınların KCIÖ toplam puan ortalaması sağlıklı kadınlardan daha düşük bulunmuş ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Çalışmada CD için kabul edilen kesme puanına göre eşlerinin yaşı 31 – 40 (20.23), 41 – 50 (21.09) ve 51-üstünde (16.82) olan hipertansif kadınlar ile eşleri 51 yaş ve üstünde (24.53) olan sağlıklı kadınların CD’u olduğu belirlenmiştir.

Eş / partnerlerin eğitim durumuna göre yapılan değerlendirmede, hipertansiyonu olan kadınların eşlerinin % 5.6’sının okur - yazar olmadığı, %53.5’inin okur-yazar / ilköğretim mezunu, %23.9’unun lise mezunu ve % 16.9’unun üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Sağlıklı kadınlarda ise eşlerin % 24.2’sinin okur-yazar / ilköğretim mezunu, %48.4’ünün lise mezunu ve % 27.4’ünün üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Deney ve kontrol grubunda yapılan istatistiksel analizde hipertansif kadınların eşlerinin eğitim düzeyi ile kadın cinsel işlev ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamış ( $p>0.05$ ), buna karşın sağlıklı kadınlarda eş / partnerin eğitim düzeyi arttıkça KCIÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının

arttığı belirlenmiştir. Sağlıklı kadınlarda gruplar arasındaki farklılığın belirlenmesi amacıyla yapılan önemlilik kontrollerinde eğitim düzeyi okur-yazar / ilköğretim olan grup ile lise ve üniversite olan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ). Deney ve kontrol grubu arasında yapılan karşılaştırmada deney grubundaki kadınların ağrı dışındaki KCIÖ alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları sağlıklı kadınlara göre daha düşük bulunmuş ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ). Ölçek kesme puanına (25.5) göre eş / partneri okur-yazar olmayan (17.07), okur-yazar / ilköğretim (18.03), lise (21.17) ve üniversite (21.03) mezunu olan hipertansif kadınlar ile eşi okur-yazar / ilköğretim mezunu (22.95) olan sağlıklı kadınların CD'ü olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada eş / partnerin çalışma statüsüne göre yapılan analizde, hipertansiyonu olan kadınların eş / partnerlerinin %22.5'inin memur, %62'sinin işçi ve %15.5'inin serbest meslek statüsüne sahip olduğu, sağlıklı kadınlardaki eş / partnerlerin %41.1'inin memur, %35.8'inin işçi ve %23.2'sinin serbest meslek sahibi olduğu belirlenmiştir. Yapılan değerlendirmede eşi memur statüsüne sahip sağlıklı kadınlar (27.80) ile eşi serbest meslek statüsüne sahip hipertansif kadınların (20.05) KCIÖ toplam puan ortalaması en yüksek olan gruplar olduğu belirlenmiştir. Bu farklılık her iki grup için de istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Deney ve kontrol grubu arasında yapılan karşılaştırmada eş / partneri memur, işçi ve serbest meslek sahibi olan sağlıklı kadınların KCIÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları eş / partneri memur, işçi ve serbest meslek sahibi olan hipertansif kadınlardan daha yüksektir ve bu farklılık ağrı alt boyut puan ortalaması dışında istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ). Çalışmada kabul edilen ölçek kesme puanına (25.5) göre deney grubunda eşi memur (18.18), işçi (19.42) ve serbest meslek sahibi (20.05) olan hipertansif kadınlar ile eşi işçi statüsüne sahip sağlıklı kadınların (24.52) CD'ü olduğu belirlenmiştir.

**Cizelge 5. Deney ve Kontrol Grubunu Oluşturan Kadınların Eş / Partnere İlişkin Özelliklerine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları**

Eş/partnere ilişkin özellikler	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği															
	D	K	İstek		Uyarılma		Lubrikasyon		Orgazm		Tatmin		Ağrı		KCiÖ Toplam	
	% (n)	% (n)	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD
<b>Eş/partnerin yaşı</b>																
20-30	-	9.5 (9)		4.0±1.12		4.60±0.84		5.03±0.83		4.97±0.72		4.66±1.20		4.97±1.38		28.25±4.02
31-40	19.7 (14)	40 (38)	2.91±1.34 <sup>a</sup>	3.82±1.36	2.93±1.47	4.41±1.28	3.47±1.51	4.83±0.99	3.22±1.66	4.76±1.19	3.42±1.60	4.81±1.23	4.25±1.75	4.76±1.24	20.23±8.19	27.42±6.27
			P=0.036		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P=0.001		P=0.246		P=0.001	
41-50	40.8 (29)	36.8 (35)	2.60±1.10	3.20±1.25	2.91±1.11 <sup>a</sup>	3.90±1.33	3.69±1.04 <sup>a</sup>	4.58±1.16	3.80±1.12 <sup>a</sup>	4.32±1.25	3.75±1.04 <sup>a</sup>	4.45±1.50	4.31±1.37	4.88±1.17	21.09±5.61 <sup>a</sup>	25.34±6.48
			P=0.048		P=0.002		P=0.002		P=0.087		P=0.037		P=0.077		P=0.007	
51 ve üstü	39.4 (28)	13.7 (13)	1.99±0.92	3.41±1.45	2.20±0.83	4.01±1.30	2.82±0.84	3.99±1.17	2.84±0.93	4.24±1.30	2.88±0.90	4.52±1.39	4.07±1.29	4.33±1.42	16.82±4.31	24.53±6.20
			P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P=0.564		P<0.001	
<b>Eş/partnerin eğitim durumu</b>																
Okur-yazar değil	5.6 (4)	-	2.25±1.23		2.55±1.51		2.77±0.99		2.80±1.17		2.80±0.56		3.90±0.38		17.07±4.96	
Okur-yazar/ilköğretim	53.5 (38)	24.2 (23)	2.11±0.96	2.86±1.04 <sup>b</sup>	2.44±0.91	3.52±1.42 <sup>b</sup>	3.21±0.91	4.26±1.29	3.08±1.01	3.82±1.20 <sup>b</sup>	3.13±1.02	3.98±1.67 <sup>b</sup>	4.04±1.41	4.48±1.25	18.03±4.60	22.95±6.23 <sup>b</sup>
			P=0.005		P<0.001		P<0.001		P=0.012		P=0.016		P=0.223		P<0.001	
Lise	23.9 (17)	48.4 (46)	2.82±1.15	3.71±1.38	2.80±1.18	4.31±1.14	3.47±1.36	4.59±1.01	3.76±1.31	4.77±1.09	3.69±1.17	4.78±1.18	4.61±1.31	4.71±1.25	21.17±6.46	26.89±5.82
			P=0.021		P<0.001		P<0.001		P=0.003		P=0.001		P=0.781		P=0.001	
Üniversite	16.9 (12)	27.4 (26)	2.90±1.37	3.87±1.26	3.05±1.55	4.55±1.21	3.55±1.48	5.07±0.92 <sup>c</sup>	3.56±1.68	4.80±1.19	3.70±1.61	4.92±1.14	4.26±1.74	5.12±1.21	21.03±8.68	28.35±5.89
			P=0.038		P=0.002		P<0.001		P=0.012		P=0.010		P=0.085		P=0.004	

**Çizelge 5 (Devam) . Deney ve Kontrol Grubunu Oluşturan Kadınların Eş/Partnere İlişkin Özelliklerine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları**

Eş/partnere ilişkin özellikler	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği															
	D	K	İstek		Uyarılma		Lubrikasyon		Orgazm		Tatmin		Ağrı		KCIÖ Toplam	
	% (n)	% (n)	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD
Eş/partnerin çalışma statüsü																
Memur	22.5 (16)	41.1 (39)	2.43±1.08	3.69±1.30	2.49±1.22	4.47±1.13	3.13±1.41	4.98±0.89	3.12±1.42	4.82±1.13	3.22±1.38	4.87±1.06	3.77±1.57	4.95±1.22	18.18±7.21	27.80±5.54
			P=0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P=0.004		P<0.001	
İşçi	62 (44)	35.8 (34)	2.38±1.22	3.30±1.33	2.63±1.18	3.86±1.29	3.33±1.07	4.37±1.25 <sup>d</sup>	3.29±1.27	4.08±1.22 <sup>d</sup>	3.30±1.18	4.22±1.46	4.47±1.23	4.68±1.16	19.42±5.83	24.52±6.36
			P=0.002		P<0.001		P<0.001		P=0.007		P=0.002		P=0.445		P<0.001	
Serbest Meslek	15.5 (11)	23.2 (22)	2.56±0.89	3.70±1.35	2.86±0.83	4.17±1.44	3.46±0.98	4.47±1.04	3.67±0.81	4.80±1.14	3.70±0.80	4.81±1.50	3.78±1.70	4.58±1.43	20.05±5.13	26.55±6.66
			P=0.016		P=0.006		P=0.011		P=0.006		P=0.029		P=0.164		P=0.008	

(a): “51 yaş ve üstü” yaş grubundan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(b): Eğitimi “Lise” ve “Üniversite ” olan gruplardan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(c): “Okur-yazar /İlköğretim” grubundan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(d): “Memur” grubundan farkı istatistiksel olarak anlamlı



Örnekleme kapsamına alınan hasta ve sağlıklı bireylerin evliliğe ilişkin özellikleri ile bu özelliklerin KCIÖ alt boyutları olan istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı ve ölçek toplam puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge.6'da verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların evlilik yaşlarına göre yapılan değerlendirmede hipertansif ve sağlıklı kadınlarda 14 – 19 yaş arası evlenme sıklığı %43.7 ve %40, 20 – 25 yaş arasında evlenme sıklığı %49.3 ve % 49.5, 26 yaş ve üzerinde evlenme sıklığı % 7 ve %10.5 olarak bulunmuştur. Evlilik yaşının cinsel fonksiyonlara etkisine ilişkin yapılan değerlendirmede 14 – 19 yaş arasında evlenen hipertansif ve sağlıklı kadınların istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı alt boyutları ve KCIÖ toplam puan ortalamaları 20 – 25 yaş arası evlenen kadınlardan daha düşük bulunmuştur. Gruplar arasındaki farklılığın belirlenmesi amacıyla yapılan önemlilik kontrollerinde deney grubundaki kadınların istek, orgazm, tatmin ve toplam ölçek puan ortalamalarının 14 – 19 yaşları arasında evlenen kadınlar ile 20 – 25 yaş arası evlenen kadınlar arasında anlamlı farklılık gösterdiği ( $p<0.05$ ), kontrol grubunda ise anlamlılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Deney grubu ile kontrol grubu arasında yapılan karşılaştırmada ise deney grubunun KCIÖ alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması kontrol grubuna göre daha düşüktür ve gruplar arasındaki bu farklılık ağrı alt boyutu dışında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ). Çalışmada CD için kabul edilen KCIÖ kesme puanına (25.5) göre evlenme yaşı 14-19 (17.16), 20-25 (20.88) ve 26 yaş – üzerinde (20.68) olan hipertansif kadınlar ile 14 – 19 yaş arasında evlenen sağlıklı kadınların (24.80) CD'ü olduğu belirlenmiştir.

Örnekleme kapsamına alınan kadınların evlilik sürelerine göre yapılan değerlendirmede hipertansif kadınların %4.2'sinin 5 yıl ve altı, % 4.2'sinin 6 – 10 yıl, %31'inin 11 – 20 yıldır ve % 60.6'sının 21 yıl ve üzeri süredir evli oldukları, sağlıklı kadınların ise %18.9'unun 5 yıl ve altı, %23.2'sinin 6 – 10 yıl, %33.7'sinin 11 – 20 yıldır ve %24.2'sinin 21 yıl ve üstü süredir evli oldukları belirlenmiştir. Deney grubunda evlilik süresi 21 yıl ve üstü olan kadınların KCIÖ toplam puan ortalaması evlilik süresi 6-10 yıl ve 11 – 20 yıl olan kadınlardan daha düşüktür ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kontrol grubunda ise KCIÖ toplam puan ortalamasının evlilik süresi 5 yıl ve altı olan grupta en yüksek, 21 yıl ve üstü olan grupta

en düşük olduğu saptanmıştır. Gruplar arası farklılığın önemlilik kontrollerinde evlilik süresi 21 yıl ve üstü olan grup ile 5 yıl - altı ( $p<0.01$ ) ve 6 – 10 ( $p<0.01$ ) yıl olan gruplar arasında anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubu arasında yapılan karşılaştırmada deney grubunda 5 yıl - altı, 11 – 20 yıl ve 21 yıl - üstü süredir evli olan hipertansif kadınların KCIÖ toplam puan ortalaması sağlıklı kadınlara göre daha düşük bulunmuş, evlilik süresi 21 yıl ve üstü, 5 yıl – altı ve 11 – 20 yıl olan gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ). Çalışmada kabul edilen ölçek kesme puanına (25.5) göre evlilik süresi 5 yıl ve altı (14.66), 11 – 20 yıl (21.70), 21 yıl ve üstü olan (17.67) hipertansif kadınlar ile evlilik süresi 21 yıl ve üstü olan sağlıklı kadınların (22.55) CD’u olduğu belirlenmiştir.

Örnekleme kapsamına alınan hipertansif kadınların %97.2’sinin ilk, %2.8’inin ikinci evliliği olduğu, sağlıklı kadınların %96.8’inin ilk, %3.2’sinin ikinci evliliği olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hasta – sağlıklı kadınların çoğunluğunun (%96.9) ilk evliliği olması nedeni ile evlilik sayısı ile KCIÖ puan ortalaması arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Araştırmada eş / partnerlerin evlilik sayısına göre yapılan değerlendirmede deney grubundaki eşlerin %94.4’ünün ilk ve % 5.6’sının ikinci evliliği olduğu, kontrol grubundaki eşlerin %91.6’sının ilk, % 8.4’ünün ikinci evliliği olduğu belirlenmiştir. Deney grubunda eş / partnerlerinin ilk eşleri olan kadınların KCIÖ toplam puan ortalaması kontrol grubuna göre daha düşüktür ve istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.001$ ).

Araştırmada evlilik şekillerine göre yapılan değerlendirmede, hipertansif ve sağlıklı kadınlarda sırasıyla aile baskısı nedeniyle evlenme sıklığının % 8.5 ve %6.3, görücü usulü evlenme sıklığının %60.6 ve %49.5, önceden tanışarak ve severek evlenme sıklığının %31 ve % 44.2 olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubunda ağrı dışındaki KCIÖ alt boyut puan ortalamaları ve ölçek toplam puan ortalaması aile baskısı nedeniyle evlenen kadınlarda en düşük bulunmasına karşın önceden tanışarak ve isteyerek evlenen kadınlarda en yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ). Yapılan önemlilik kontrollerinde bu farklılık her iki grup için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ). Ayrıca kontrol grubunda görücü usulü ile evlenen kadınların cinsel istek, tatmin puan ortalamaları önceden tanışarak - isteyerek evlenen kadınlardan daha düşüktür ve farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Deney ve

kontrol grubu arasında yapılan karşılaştırmada aile baskısı nedeniyle, görücü usulü ve önceden tanışarak – severek evlenen hipertansif kadınların KCIÖ toplam puan ortalamaları sağlıklı kadınlara göre daha düşüktür ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ,  $p<0.001$ ). KCIÖ kesme puanına (25.5) göre yapılan değerlendirmede, evlilik şekli aile baskısı (10), görücü usulü (19.20) ve önceden tanışarak – severek (21.84) olan hipertansif kadınlar ile aile baskısı nedeniyle evlenen sağlıklı kadınların (18.50) CD’u olduğu belirlenmiştir.

Örneklem kapsamına alınan kadınların eşleri ile ilişkilerinin düzeyleri değerlendirildiğinde hipertansif kadınların % 16.9’unun “çok iyi”, %45.1’inin “iyi”, %29.6’sının “orta”, %8.5’inin “kötü / çok kötü” düzeyde, sağlıklı kadınların % 27.4’ünün “çok iyi”, %50.5’inin “iyi”, % 17.9’unun “orta”, %4.2’sinin “kötü / çok kötü” düzeyde ilişkilerinin olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubunda bulunan kadınların eşleri ile ilişki düzeyleri kötüleştikçe istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı ve toplam puan ortalamalarının azaldığı görülmektedir. Her iki grup için yapılan çoklu değişkenlerin önemlilik kontrollerinde gruplar arası farklılıkların ağrı alt boyutu dışındaki tüm puan ortalamaları için eşleri ile ilişkileri “çok iyi” düzeyde olan grup ile “orta” ve “kötü / çok kötü” düzeyde olan gruplar arasında anlamlı olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubu arasında yapılan karşılaştırmada ise eşleri ile ilişkileri “çok iyi”, “iyi”, “orta” düzeyde olan hipertansif kadınların KCIÖ toplam puan ortalamaları sağlıklı kadınlara göre daha düşüktür ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ). Çalışmada kabul edilen KCIÖ kesme puanına (25.5) göre eş ile ilişki düzeyleri orta (21.60) ve kötü / çok kötü olan (13.75) sağlıklı kadınlar ile eş ile ilişki düzeyleri çok iyi (24.41), iyi (19.93), orta (16.87) ve kötü / çok kötü (13.48) olan hipertansif kadınların CD’u olduğu belirlenmiştir.

**Çizelge 6. Deney ve Kontrol Grubunu Oluşturan Kadınların Evliliğe İlişkin Özelliklerine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları**

Evliliğe ilişkin özellikler	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği															
	D	K	İstek		Uyarılma		Lubrikasyon		Orgazm		Tatmin		Ağrı		KCIÖ Toplam	
	% (n)	% (n)	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD
<b>Evlilik yaşı</b>																
14-19	43.7 (31)	40 (38)	2.07±1.11 <sup>a</sup>	3.22±1.47	2.32±1.13	3.80±1.39	3.00±1.04	4.42±1.14	2.91±1.21 <sup>a</sup>	4.23±1.21	2.91±1.07 <sup>a</sup>	4.26±1.60	3.93±1.43	4.85±1.04	<b>17.16±5.25<sup>a</sup></b>	24.80±6.95
			P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P=0.0029		P<0.001	
20-25	49.3 (35)	49.5 (47)	2.76±1.09	3.81±1.24	2.93±1.13	4.44±1.21	3.49±1.18	4.72±1.04	3.64±1.17	4.70±1.25	3.65±1.20	4.84±1.12	4.38±1.41	4.72±1.40	20.88±6.36	27.26±5.86
			P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P=0.281		P<0.001	
26 yaş ve üstü	7 (5)	10.5 (10)	2.28±1.08	3.60±0.89	2.58±0.75	4.41±0.83	3.90±1.01	5.10±1.08	3.44±1.45	5.04±0.63	3.84±0.77	5.00±0.92	4.64±1.25	4.68±1.27	20.68±4.71	27.83±3.52
			P=0.024		P=0.001		P=0.059		P=0.009		P=0.031		P=0.952		P=0.005	
<b>Evlilik süresi</b>																
5 yıl ve altı	4.2 (3)	18.9 (18)	2.40±1.20	4.20±1.08	2.20±1.90	4.63±1.06	2.60±2.42	4.93±1.02	1.86±1.80	5.08±0.66	2.40±2.07	5.08±0.94	3.20±3.01	4.86±1.24	<b>14.66±11.66</b>	28.81±4.64
			P=0.016		P=0.003		P=0.007		P<0.001		P=0.001		P=0.097		P<0.001	
6-10	4.2 (3)	23.2 (22)	4.40±1.50	3.76±1.36	4.50±1.50 <sup>b</sup>	4.58±1.18	4.40±1.53	5.0±0.98	4.93±1.22 <sup>b</sup>	4.85±1.28	4.66±1.66	4.96±1.16	5.33±1.15	5.05±1.25	28.23±8.15 <sup>b</sup>	28.22±5.97
			P=0.456		P=0.915		P=0.358		P=0.919		P=0.691		P=0.717		P=0.114	
11-20	31 (22)	33.7 (32)	2.80±1.0	3.65±1.24	2.98±1.01	4.13±1.19	3.75±1.01	4.72±0.87	3.61±1.16	4.57±1.11	3.80±1.08	4.66±1.27	4.74±1.21	4.62±1.34	21.70±4.92	26.37±5.56
			P=0.010		P<0.001		P<0.001		P=0.003		P=0.012		P=0.738		P=0.002	
21 yıl ve üstü	60.6 (43)	24.2 (23)	2.09±1.00 <sup>c,d</sup>	2.71±1.25 <sup>b,c,d</sup>	2.36±0.98 <sup>c</sup>	3.53±1.43 <sup>b,c</sup>	3.05±0.98	3.97±1.28 <sup>b,c,d</sup>	3.14±1.12	3.80±1.29 <sup>b,c</sup>	3.08±1.00	3.89±1.61 <sup>b,c</sup>	3.92±1.30	4.62±1.14	17.67±5.05 <sup>c,d</sup>	22.55±6.88 <sup>b,c</sup>
			P=0.031		P<0.001		P=0.001		P=0.034		P=0.014		P=0.033		P=0.001	

(a): 20-25 yaş grubundan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(b): “5 yıl ve altı” gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(c): “6-10 yıl” grubundan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(d): “11-20 yıl” grubundan farkı istatistiksel olarak anlamlı

**Çizelge 6 ( devam) . Deney ve Kontrol Grubunu Oluşturan Kadınların Evliliğe İlişkin Özelliklerine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları**

Evliliğe ilişkin özellikler	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği															
	D	K	İstek		Uyarılma		Lubrikasyon		Orgazm		Tatmin		Ağrı		KCIÖ Toplam	
	% (n)	% (n)	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD
<b>Evlilik sayısı</b>																
İlk evlilik	97.2 (69)	96.8 (92)	2.44±1.14	3.55±1.34	2.64±1.14	4.19±1.27	3.28±1.14	4.65±1.10	3.31±1.26	4.57±1.19	3.34±1.19	4.65±1.32	4.19±1.41	4.75±1.25	19.22±6.09	26.39±6.20
			P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P=0.008		P<0.001	
İkinci evlilik	2.8 (2)	3.2 (3)	1.80±0.84	3.60±1.20	2.40±1.27	3.90±1.82	4.20±0.84	4.40±1.13	3.20±0.56	3.73±1.80	3.40±0.28	3.86±2.01	4.80±1.69	5.33±1.15	19.80±2.12	24.83±8.03
<b>Eş/partnerin evlilik sayısı</b>																
İlk evlilik	94.4 (67)	91.6 (87)	2.45±1.14	3.55±1.26	2.66±1.14	4.22±1.19	3.32±1.12	4.68±1.07	3.34±1.25	4.61±1.12	3.38±1.18	4.72±1.19	4.22±1.41	4.76±1.24	19.38±6.04	26.58±5.73
			P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P=0.012		P<0.001	
İkinci evlilik	5.6 (4)	8.4 (8)	1.95±0.90	3.52±2.03	2.25±1.05	3.75±2.10	3.07±1.51	4.20±1.35	2.80±1.13	3.85±1.85	2.70±1.05	3.55±2.32	4.0±1.49	4.85±1.35	16.77±5.72	23.72±10.34
			P=0.177		P=0.214		P=0.216		P=0.327		P=0.508		P=0.342		P=0.245	

**Çizelge 6 ( devam) . Deney ve Kontrol Grubunu Oluşturan Kadınların Evliliğe İlişkin Özelliklerine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları**

Evliliğe ilişkin özellikler	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği															
	D	K	İstek		Uyarılma		Lubrikasyon		Orgazm		Tatmin		Ağrı		KCIÖ Toplam	
	% (n)	% (n)	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD
<b>Evlilik şekli</b>																
Aile baskısı ile	8.5 (6)	6.3 (6)	1.20±0.0 <sup>e,f</sup>	2.00±1.05 <sup>e,f</sup>	1.10±0.55 <sup>e,f</sup>	2.85±1.68 <sup>f</sup>	1.70±1.38 <sup>e,f</sup>	3.25±1.53 <sup>e,f</sup>	1.13±0.64 <sup>e,f</sup>	3.26±1.32 <sup>f</sup>	1.40±0.90 <sup>e,f</sup>	2.73±1.68 <sup>e,f</sup>	3.46±2.06	4.40±1.36	10.0±4.87 <sup>e,f</sup>	18.50±7.88 <sup>e,f</sup>
			P=0.091		P=0.035		P=0.095		P=0.005		P=0.118		P=0.372		P=0.048	
Görücü usulü	60.6 (43)	49.5 (47)	2.31±1.03 <sup>f</sup>	3.34±1.23 <sup>f</sup>	2.61±1.04	3.98±1.27	3.41±0.96	4.58±0.97	3.44±1.01	4.40±1.08	3.26±0.95 <sup>f</sup>	4.57±1.32	4.14±1.34	4.68±1.15	19.20±5.08	25.59±5.61
			p<0.001		p<0.001		p<0.001		p<0.001		p<0.001		P=0.042		p<0.001	
Önceden tanışarak ve isteyerek	31 (22)	44.2 (42)	2.97±1.17	4.01±1.26	3.10±1.06	4.60±1.06	3.54±1.09	4.91±1.01	3.65±1.23	4.89±1.19	4.03±1.00	4.95±1.10	4.52±1.32	4.92±1.34	21.84±5.63	28.30±5.67
			P=0.002		p<0.001		p<0.001		p<0.01		P=0.0017		P=0.258		P<0.001	
<b>Eş ile ilişki düzeyleri</b>																
Çok iyi	16.9 (12)	27.4 (26)	3.45±1.14 <sup>g</sup>	4.59±1.19 <sup>g</sup>	3.60±1.15 <sup>h,i</sup>	5.05±1.11 <sup>g</sup>	4.0±0.84 <sup>i</sup>	5.11±0.92 <sup>h,i</sup>	4.40±1.14 <sup>g</sup>	5.10±1.16 <sup>h,i</sup>	4.40±0.94 <sup>h,i</sup>	5.38±1.02 <sup>h,i</sup>	4.56±1.32	5.06±1.15	24.41±5.48 <sup>h,i</sup>	30.31±5.40 <sup>g</sup>
			P=0.008		P<0.001		P=0.001		P=0.090		P=0.007		P=0.242		P=0.003	
İyi	45.1 (32)	50.5 (48)	2.55±1.03	3.53±0.99 <sup>h,i</sup>	2.80±1.13	4.30±0.98 <sup>h,i</sup>	3.45±1.25 <sup>i</sup>	4.73±0.97 <sup>i</sup>	3.31±1.22	4.78±0.96 <sup>h,i</sup>	3.55±1.13 <sup>h,i</sup>	4.75±1.06 <sup>h,i</sup>	4.26±1.56	4.80±1.36	19.93±6.08 <sup>i</sup>	26.91±4.70 <sup>h,i</sup>
			P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P=0.105		P<0.001	
Orta	29.6 (21)	17.9 (17)	1.88±0.93	2.57±1.03	2.10±0.75	3.15±0.90 <sup>i</sup>	3.0±0.81	4.07±1.22	2.93±0.99	3.55±0.93	2.80±0.83	3.78±1.27 <sup>i</sup>	4.15±1.34	4.44±0.98	16.87±4.04	21.60±5.03 <sup>i</sup>
			P=0.036		P<0.001		P=0.002		P=0.056		P=0.006		P=0.461		P=0.002	
Kötü/Çok kötü	8.5 (6)	4.2 (4)	1.60±0.61	1.20±0.00	1.75±0.64	1.57±0.28	2.20±1.03	3.07±0.82	2.46±1.14	2.40±0.46	2.06±0.68	1.70±1.00	3.40±0.70	3.80±0.95	13.48±3.83	13.75±2.20
			P=0.235		P=0.615		P=0.196		P=0.924		P=0.513		P=0.462		P=0.902	

(e): “Görücü usulü evlenen” gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(f): “Önceden tanışarak ve isteyerek evlenen” gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(g): “çok iyi, iyi, kötü/çok kötü” gruplarından farkı istatistiksel olarak anlamlı

(h): “Orta” grubundan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(i): “Kötü/çok kötü” grubundan farkı istatistiksel olarak anlamlı

Araştırma kapsamına alınan hasta - sağlıklı bireylerin doğuma ilişkin özellikleri ve bu özelliklerin KCIÖ alt boyutları olan istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı ve ölçek toplam puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge.7’de verilmiştir.

Örnekleme kapsamına alınan hipertansif kadınların %2.8’inin hiç doğum yapmadığı, %49.3’ünün 1 – 2, % 28.2’sinin 3 – 4 ve %19.7’sinin 5 ve üstü doğum yaptığı, sağlıklı kadınların % 10.5’inin hiç doğum yapmadığı, % 65.3’ünün 1 – 2, % 17.9’unun 3 – 4 ve %6.3’ünün 5 ve üstü doğum yaptığı belirlenmiştir. Deney grubunda “doğum yapmamış” hipertansif kadınlar, sayılarının yetersiz olmaları nedeniyle grup içi istatistiksel değerlendirme kapsamına alınmamıştır. Deney grubunda doğum yapmamış grup dışındaki tüm hipertansif kadınlar ile sağlıklı kadınlarda doğum sayısı arttıkça istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı ve KCIÖ toplam puan ortalamalarının azaldığı belirlenmiştir. Her iki grupta yapılan istatistiksel değerlendirmede ağrı alt boyutu dışındaki farklılıkların tümü istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ). Çoklu değişkenlerin önemlilik kontrollerinde gruplar arası farklılığın KCIÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamaları hipertansif kadınlar için doğum sayısı 1 – 2 olan grup ile 5 ve üstü olan grup arasında, sağlıklı kadınlar için doğum yapmamış ve doğum sayısı 1 – 2 olan grup ile doğum sayısı 5 ve üstü olan grup arasında anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.001$ ,  $p<0.01$ ,  $p<0.05$ ). Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında ise hipertansif kadınların oluşturduğu tüm grupların KCIÖ alt boyutları puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması sağlıklı kadınlara göre daha düşüktür ancak bu farklılık ağrı alt boyutu dışında doğum sayısı 1 – 2 ve 3 – 4 olan hipertansif kadınlar ile sağlıklı kadınlar arasında anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ). Çalışmada CD için kabul edilen ölçek kesme puanına (25.5) göre yapılan değerlendirmede doğum yapmamış (18.02) ve doğum sayısı 1 – 2 (21.81), 3 – 4 (18.13), 5 - üstü (14.57) olan hipertansif kadınlar ile doğum sayısı 3 – 4 (25.24) ve 5 – üstü olan (18.60) sağlıklı kadınların CD’u olduğu belirlenmiştir.

Kadınların doğum şekillerine göre yapılan değerlendirmede hipertansif kadınların % 2.8’inin doğum yapmadığı, % 71.8’inin normal doğum, %14.1’inin sezaryen doğum ve %11.3’ünün normal + sezaryen doğum yaptığı, sağlıklı kadınların ise %10.5’inin doğum yapmadığı, % 46.3’ünün normal doğum, % 34.7’sinin sezaryen doğum ve % 8.4’ünün normal + sezaryen doğum yaptığı belirlenmiştir. Deney grubunda

“doğum yapmamış” grubunu oluşturan hipertansif kadınlar, sayılarının yetersiz olmaları nedeniyle grup içi istatistiksel değerlendirme kapsamına alınmamıştır. Deney ve kontrol grubunda normal doğum yapan kadınların istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı alt boyut puan ortalamaları ile KCIÖ toplam puan ortalaması sezaryen doğum yapan kadınlardan daha düşüktür ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Kontrol grubunda yapılan çoklu değişkenlerin önemlilik kontrollerinde doğum yapmamış sağlıklı kadınların KCIÖ puan ortalaması (30.32) normal doğum yapan sağlıklı kadınlardan (24.42) daha yüksek bulunmuş ve bu farklılığın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Deney grubu için yapılan önemlilik kontrollerinde tatmin alt boyutu için normal doğum yapan kadınlar ile sezaryen olan kadınlar arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur. Deney ve kontrol grubu arasında yapılan karşılaştırmada deney grubunda normal, sezaryen, sezaryen + normal doğum yapmış hipertansif kadınların KCIÖ toplam puan ortalaması sağlıklı kadınlardan daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Çalışmada kabul edilen ölçek kesme puanına (25.5) göre doğum yapmamış (18.02), normal (18.46), sezaryen (21.98), sezaryen + normal doğum yapmış (21.08) hipertansif kadınlar ile normal doğum yapmış (24.42) sağlıklı kadınların (24.42) CD’u olduğu belirlenmiştir.



**Çizelge 7. Deney ve Kontrol Grubunu Oluşturan Kadınların Doğuma İlişkin Özelliklerine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları**

Doğuma ilişkin özellikler	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği															
	D	K	İstek		Uyarılma		Lubrikasyon		Orgazm		Tatmin		Ağrı		KCiÖ Toplam	
	% (n)	% (n)	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD
<b>Doğum sayısı</b>																
Doğum yapmamış	2.8 (2)	10.5 (10)	3.60±3.39	4.26±1.30 <sup>a</sup>	3.0±4.24	5.16±0.77 <sup>a</sup>	2.40±3.39	5.22±1.18 <sup>a</sup>	3.0±4.24	5.48±0.62 <sup>a</sup>	3.0±4.24	5.36±0.90 <sup>a</sup>	3.0±4.24	4.84±1.47	18.02±3.75	30.32±4.95 <sup>a</sup>
1-2	49.3 (35)	65.3 (62)	2.88±0.94 <sup>a,b</sup>	3.62±1.28	3.06±1.01 <sup>a,b</sup>	4.18±1.24	3.69±1.14 <sup>a</sup>	4.76±0.99 <sup>a</sup>	3.77±1.14 <sup>a</sup>	4.56±1.23 <sup>a</sup>	3.74±1.13 <sup>a</sup>	4.69±1.33 <sup>a</sup>	4.65±1.13 <sup>a</sup>	4.91±1.19	21.81±5.33 <sup>a,b</sup>	26.75±6.03 <sup>a</sup>
			P=0.003		P<0.001		P<0.001		P=0.002		P<0.001		P=0.295		P<0.001	
3-4	28.2 (20)	17.9 (17)	2.13±1.00	3.28±1.27	2.41±0.70	4.07±1.25	3.21±0.70	4.37±0.85	3.06±0.99	4.47±0.94 <sup>a</sup>	3.20±0.84	4.56±1.02 <sup>a</sup>	4.12±1.19	4.47±1.29	18.13±3.94	25.24±4.95
			P=0.004		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P=0.396		P<0.001	
5 ve üstü	19.7 (14)	6.3 (6)	1.54±0.73	2.40±1.36	1.84±0.94	2.95±1.47	2.61±0.94	3.25±1.46	2.57±0.91	3.06±1.09	2.60±0.76	2.93±1.69	3.40±1.55	4.0±1.18	14.57±3.28	18.60±7.02
			P=0.079		P=0.055		P=0.252		P=0.311		P=0.547		P=0.41		P=0.095	
<b>Doğum şekli</b>																
Doğum yapmamış	2.8 (2)	10.5 (10)	3.60±3.39	4.26±1.30	3.0±4.24	5.16±0.77 <sup>c</sup>	2.40±3.39	5.22±1.18	3.0±4.24	5.48±0.62 <sup>c</sup>	3.0±4.24	5.36±0.90	3.0±4.24	4.84±1.47	18.02±3.75	30.32±4.95 <sup>c</sup>
Normal doğum	71.8 (51)	46.3 (44)	2.24±1.07	3.23±1.37	2.50±1.07	3.81±1.42	3.17±1.10	4.38±1.24	3.19±1.18	4.10±1.22	3.14±1.04	4.23±1.48	4.20±1.31	4.66±1.21	18.46±5.46	24.42±6.71
			P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P=0.080		P<0.001	
Sezeryan	14.1 (10)	34.7 (33)	2.76±0.90	3.63±1.19	3.0±1.94	4.27±1.12	3.90±1.00	4.80±0.83	3.84±1.22	4.71±1.14	4.0±1.19 <sup>c</sup>	4.78±1.18	4.48±1.21	4.86±1.28	21.98±5.19	27.07±5.22
			P=0.039		P=0.002		P=0.006		P=0.043		P=0.074		P=0.410		P=0.009	
Sezeryan + normal doğum	11.3 (8)	8.4 (8)	2.85±1.00	4.12±1.26	2.96±0.72	4.68±0.81	3.67±0.59	4.76±0.75	3.50±0.66	5.20±0.95	3.90±0.59	5.20±1.02	4.20±1.62	4.90±1.20	21.08±3.72	28.87±5.55
			P=0.042		P<0.001		P=0.006		P=0.001		P=0.007		P=0.342		P=0.005	

(a): “5 ve üstü” gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(c): “Normal doğum” grubundan farkı anlamlı

(b): “3 – 4” olan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

Örnekleme kapsamına alınan hasta ve sağlıklı kadınların beden kitle indekslerine göre KCIÖ alt boyutları olan istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı ve ölçek toplam puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 8'de verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların beden kitle indekslerine göre yapılan istatistiksel analizde hipertansif ve sağlıklı kadınların sırasıyla % 16.9'unun ve %48.4'ünün normal kilolu, %49.3'ünün ve % 40'inin aşırı kilolu, % 33.8'inin ve %11.6'sının obez olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki kadınların beden kitle indeksleri arttıkça KCIÖ alt boyut puan ortalamalarının ve ölçek toplam puan ortalamasının düştüğü belirlenmiştir. Bu farklılık deney grubu için istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış, buna karşın kontrol grubundaki kadınlar arasında yapılan önemlilik kontrollerinde ise istek, lubrikasyon, orgazm, tatmin ve KCIÖ toplam puan ortalamalarının beden kitle indeksi normal olan grup ile aşırı kilolu ve obez olan gruplar arasında anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ). Deney ve kontrol grubundaki kadınların KCIÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise sağlıklı kadınların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmış ve bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ,  $p<0.001$ ). Çalışmada kabul edilen ölçek kesme puanına (25.5) göre hipertansif kadınların oluşturduğu tüm gruplar (21.79, 19.09, 18.18) ile aşırı kilolu (24.42) ve obez (23.13) grubundaki sağlıklı kadınların CD'u olduğu belirlenmiştir.

**Çizelge 8.** Deney ve Kontrol Grubunu Oluşturan Kadınların Beden Kitle İndeksine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Beden kitle indeksi	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği															
	D	K	İstek		Uyarılma		Lubrikasyon		Orgazm		Tatmin		Ağrı		KCiÖ Toplam	
	% (n)	% (n)	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD
Normal	16.9 (12)	48.4 (46)	3.05±1.34	3.99±1.24 <sup>a</sup>	3.07±1.24	4.53±1.11	3.80±1.16	5.02±0.96 <sup>a</sup>	3.73±1.30	5.01±0.89 <sup>b</sup>	3.83±1.31	5.08±1.02 <sup>a</sup>	4.30±1.61	5.04±1.19	21.79±6.48	28.69±5.06 <sup>a</sup>
			P=0.025		p<0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P=0.080		p<0.001	
Aşırı kilolu	49.3 (35)	40 (38)	2.33±1.09	3.22±1.17	2.68±1.08	3.95±1.38	3.23±1.18	4.35±1.16	3.25±1.23	4.10±0.36	3.33±1.06	4.25±1.54	4.25±1.17	4.53±1.25	19.09±5.75	24.42±6.57
			P=0.001		P<0.001		P<0.001		P<0.001		P=0.004		P=0.327		p<0.001	
Obez	33.8 (24)	11.6 (11)	2.25±1.02	2.89±1.65	2.36±1.13	3.54±1.27	3.17±1.03	4.11±0.91	3.18±1.23	4.14±1.14	3.11±1.23	4.00±1.27	4.10±1.66	4.43±1.34	18.18±6.03	23.13±6.10
			P=0.167		P=0.009		P=0.014		P=0.035		P=0.057		P=0.567		P=0.031	

(a): “Aşırı kilolu” ve “Obez” gruplarından farkı istatistiksel olarak anlamlı

(b): “Aşırı kilolu” grubundan farkı istatistiksel olarak anlamlı

Araştırma kapsamına alınan hasta ve sağlıklı kadınların sigara kullanma durumlarına göre KCIÖ alt boyutları olan istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı ve ölçek toplam puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 9’da verilmiştir.

Hipertansiyonu olan kadınlar ile sağlıklı kadınların sigara kullanma sıklığının %16.9 ve %27.4, sigara kullanmama sıklığının % 73.2 ve % 69.5, sigara bırakma sıklığının ise % 9.9 ve %3.2 olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki kadınların sigara kullanma durumlarına göre aldıkları KCIÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırılmış ve gruplar arasındaki farklılığın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında ise sigara kullanan, kullanmayan ve bırakan hipertansif kadınların KCIÖ toplam puan ortalaması sağlıklı kadınlara göre düşük bulunmuş ve aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ). Sigara kullanan (20.27), kullanmayan (18.94), sigara içmeyi bırakan (19.70) hipertansif kadınların hepsinde ölçek kesme puanına (25.5) göre CD olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hipertansif kadınların % 23.9’unun günde 1 – 20 adet, %2.8’inin günde 20 adet ve üstü miktarda sigara içtiği, sağlıklı kadınların ise % 30.5’inin günde 1 – 20 adet, %2.1’inin günde 20 adet ve daha fazla sigara içtiği belirlenmiştir. Çalışmada içilen sigara miktarı ile KCIÖ puan ortalamaları karşılaştırılmış ve gruplar arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Çizelge 9.** Deney ve Kontrol Grubunu Oluşturan Kadınların Sigara Kullanma Durumlarına Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Alışkanlıklar	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği															
	D	K	İstek		Uyarılma		Lubrikasyon		Orgazm		Tatmin		Ağrı		KCIÖ Toplam	
	% (n)	% (n)	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD	Deney Ort±SD	Kontrol Ort±SD
<b>Sigara kullanma</b>																
Kullanan	16.9 (12)	27.4 (26)	2.60±1.06	3.55±1.26	2.60±0.88	4.09±1.22	3.37±1.26	4.80±1.13	3.66±1.26	4.53±1.12	3.56±1.16	4.43±1.19	4.46±1.48	4.78±1.21	20.27±5.27	26.20±5.87
			P=0.029		p<0.001		P=0.001		P=0.039		P=0.041		P=0.484		P=0.005	
Kullanmayan	73.2 (52)	69.5 (66)	2.36±1.17	3.56±1.37	2.60±1.21	4.20±1.33	3.27±1.17	4.58±1.09	3.27±1.27	4.52±1.26	3.30±1.21	4.67±1.42	4.11±1.40	4.78±1.26	18.94±6.35	26.34±6.47
			p<0.001		p<0.001		p<0.001		p<0.001		p<0.001		P=0.007		p<0.001	
Bırakan	9.9 (7)	3.2 (3)	2.57±1.02	3.40±1.24	2.95±1.03	4.50±1.22	3.42±0.62	4.70±0.96	2.97±0.97	5.33±0.61	3.31±1.05	5.33±0.61	4.45±1.46	5.33±0.61	19.70±4.95	27.53±4.38
			P=0.297		P=0.071		P=0.032		P=0.005		P=0.015		P=0.355		P=0.046	
<b>İçilen sigara miktarı</b>																
1-20 adet/gün	23.9 (17)	30.5 (29)	2.61±0.99	3.37±1.23	2.75±0.94	3.98±1.19	3.45±1.09	4.68±1.09	3.55±1.17	4.44±1.15	3.50±1.15	4.40±1.32	4.47±1.41	4.59±1.28	20.35±5.06	25.47±5.97
			P=0.035		p<0.001		p<0.001		P=0.015		P=0.024		P=0.768		P=0.004	
> 20 adet ve üstü /gün	2.8 (2)	2.1 (2)	2.40±1.69	5.40±0.00	2.55±1.06	5.55±0.21	2.85±0.21	5.55±0.63	2.20±0.28	5.80±0.28	3.20±0.56	5.00±0.28	4.40±2.26	5.20±1.13	17.60±5.51	32.50±1.27

Örnekleme kapsamına alınan hipertansif kadınların hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri ve bu özelliklerine göre KCIÖ alt boyutları olan istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı ve ölçek toplam puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 10'da verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hipertansif kadınların hipertansiyon tanısı aldıkları süre değerlendirildiğinde % 9.9'unun 1 yıldan az, % 53.5'inin 1 – 5 yıl, %23.9'unun 6 – 10 yıl ve % 12.7'sinin 11 yıl ve daha uzun süredir hipertansiyon hastası oldukları belirlenmiştir. Hastalık süresi ile KCIÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında hastalık süresi arttıkça istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı ve ölçek toplam puan ortalamalarının azaldığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde bu farklılığın istek, uyarılma, tatmin ve ölçek toplam puan ortalaması açısından anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ). Gruplar arasındaki farklılığın belirlenmesi için yapılan önemlilik kontrollerinde istek, uyarılma, tatmin ve ölçek toplam puan ortalamalarına göre hastalık süresi 1 yıldan az olan grup ile 1 – 5 yıl ve 6 – 10 yıl olan gruplar arasındaki farklılığın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ). Çalışmada hastalık sürelerine göre oluşturulan gruplardaki tüm kadınların (24.02, 19.55, 16.41, 19.24) KCIÖ kesme puanına (25.5) göre CD'u olduğu belirlenmiştir.

Hipertansiyonu olan kadınların uygulanan tedavi ile kan basıncı kontrolünün sağlanma durumları incelendiğinde kadınların %76.1'inde kan basıncı kontrolünün sağlandığı ve % 23.9'unda sağlanamadığı belirlenmiştir. Çalışmada kan basıncı kontrolü sağlanan kadınların KCIÖ alt boyut puan ortalamaları ile ölçek toplam puan ortalamasının kan basıncı kontrolü sağlanamayan kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiş ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Kadınların diyetle uyum durumları değerlendirildiğinde % 59.4'ünün diyetine uyduğu, % 45.1'inin diyetine uymadığı belirlenmiştir. Çalışmada diyetle uyuma durumu ile KCIÖ alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Ölçek kesme puanına göre diyetine uyan (18.37) ve uymayan (20.29) tüm hipertansif kadınların CD'u olduğu belirlenmiştir.

**Çizelge 10.** Esansiyel Hipertansiyonu Olan Kadınların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerine Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Hastalık ve tedaviye ilişkin özellikler	Deney Grubu								
	Kadın Cinsel İşlev İndeksi								
	n	%	İstek Ort±SD	Uyarılma Ort±SD	Lubrikasyon Ort±SD	Orgazm Ort±SD	Tatmin/Doyum Ort±SD	Ağrı Ort±SD	KCIÖ Toplam Ort±SD
<b>Hastalık süresi</b>									
1 yıldan az	7	9.9	3.51±1.40	3.98±1.42	4.07±1.05	4.00±1.56	4.40±1.24	4.05±1.96	24.02±7.62
1 – 5 yıl	38	53.5	2.30±1.12 <sup>a</sup>	2.56±1.07 <sup>a</sup>	3.44±1.09	3.38±1.21	3.42±1.12	4.43±1.20	19.55±5.54
6 – 10 yıl	17	23.9	2.15±0.99 <sup>a</sup>	2.24±0.97 <sup>a</sup>	2.77±1.18	2.96±1.31	2.63±1.08 <sup>a</sup>	3.64±1.62	16.41±6.05 <sup>a</sup>
11 – 20 +	9	12.7	2.60±0.84	2.66±0.75	3.16±0.98	3.11±0.88	3.55±0.81	4.44±1.25	19.24±6.01
<b>P</b>			0.041	0.005	0.052	0.284	0.005	0.269	0.036
<b>Uygulanan tedavi ile KB kontrolü</b>									
Sağlanan	54	76.1	2.46±1.16	2.74±1.18	3.47±1.14	3.40±1.32	3.42±1.25	4.14±1.49	19.66±6.48
Sağlanamayan	17	23.9	2.29±1.04	2.31±0.93	2.78±0.94	3.03±0.94	3.08±0.88	4.40±1.13	17.91±4.09
<b>P</b>			0.589	0.173	0.030	0.296	0.292	0.526	0.299
<b>Diyete uyum</b>									
Uyan	39	54.9	2.27±0.98	2.44±0.89	3.16±1.05	3.14±1.03	3.25±0.99	4.09±1.15	18.37±4.75
Uymayan	32	45.1	2.60±1.28	2.87±1.35	3.48±1.22	3.51±1.45	3.46±1.37	4.35±1.68	20.29±7.20
<b>P</b>			0.128	0.233	0.224	0.456	0.465	0.276	0.078

(a): “1 yıldan az” grubundan farkı istatistiksel olarak anlamlı

Örnekleme kapsamına alınan hipertansif kadınların kullandıkları ilaç gruplarına göre KCIÖ alt boyutları olan istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı ve ölçek toplam puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 11’de verilmiştir.

Kullanılan ilaç gruplarına göre yapılan istatistiksel analizde, hipertansiyonu olan kadınların % 20.7’sinin diüretik, %35.2’sinin beta bloker, %20.7’sinin ACE inhibitörleri, %12.6’sının  $Ca^{++}$  kanal blokerleri, %12.6’sının Anjiotensin II antagonistleri grubunu kullandıkları belirlenmiştir. Çalışmada KCIÖ’i toplam puan ortalaması en yüksek grubu “beta bloker” kullanan hastalar oluştururken, en düşük grubu ise “ $Ca^{++}$  kanal blokerleri” kullanan hastalar oluşturmaktadır. Ancak yapılan değerlendirmede gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Çalışmada CD için kabul edilen ölçek kesme puanına (25.5) göre hipertansiyon için ilaç tedavisi alan tüm kadınlarda CD olduğu belirlenmiştir.



**Çizelge 11.** Esansiyel Hipertansiyonu Olan Kadınların Kullandıkları İlaç Gruplarına Göre Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Kullanılan İlaçlar	Deney grubu								
	Kadın cinsel işlev ölçeği								
	n	%	İstek Ort±SD	Uyarılma Ort±SD	Lubrikasyon Ort±SD	Orgazm Ort±SD	Tatmin/Doyum Ort±SD	Ağrı Ort±SD	KCIÖ Toplam Ort±SD
Diüretikler	14	20.7	2.18±1.01	2.35±0.93	3.0±1.00	3.05±0.94	3.28±0.86	3.97±1.18	17.85±4.18
Betablokerler	25	35.2	2.76±1.22	3.03±1.28	3.56±1.26	3.45±1.37	3.40±1.31	4.67±1.28	20.89±6.40
ACE inhibitörleri	14	20.7	2.35±1.09	2.00±0.92	3.42±0.90	3.57±0.99	3.34±0.97	3.77±1.59	19.00±5.05
Ca kanal blokerleri	9	12.6	1.73±0.76	2.00±0.92	2.70±1.10	2.75±1.30	2.97±1.29	3.77±1.68	15.94±6.15
Anjiyotensin II antagonistleri	9	12.6	2.66±1.24	2.80±1.36	3.50±1.23	3.46±1.58	3.64±1.48	4.40±1.38	20.47±7.73
P			0.157	0.130	0.264	0.495	0.824	0.248	0.220

Örneklem kapsamına alınan hasta - sağlıklı kadınların CD için kabul edilen ölçek kesme puanının (25.5) KCIÖ alt boyutları olan istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı ve ölçek toplam puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 12’de verilmiştir

Çalışmada cinsel fonksiyon bozukluğu için kabul edilen ölçek kesme puanına göre yapılan değerlendirmede, deney grubunu oluşturan hipertansif kadınların % 90.1’inin ve kontrol grubundaki sağlıklı kadınların %41.1’inin CD’u olduğu, hipertansif kadınların %9.9’unda ve sağlıklı kadınların % 58.9’unda CD olmadığı belirlenmiştir. Cinsel fonksiyon bozukluğu olan hipertansif kadınların istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin alt boyut puan ortalamaları ve ölçek toplam puan ortalaması CD’u olan sağlıklı kadınların puan ortalamalarından daha düşük bulunmuştur. KCIÖ kesme puanına (25.5) göre yapılan değerlendirmede deney grubunda CD’u olan kadınların toplam puan ortalaması 17.97, CD’u olmayan kadınların toplam puan ortalaması ise 30.82’dir ve aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.001$ ). Kontrol grubunda ise CD’u olan kadınların KCIÖ toplam puan ortalaması 20.36, CD’u olmayan kadınların puan ortalaması ise 30.50 olarak bulunmuştur ve aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.001$ ).

**Çizelge 12.** Deney ve Kontrol Grubunu Oluşturan Kadınların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Puan Toplamına ve Alt Gruplarına Ait Puan Ortalamaları

Gruplar	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği								
	n	%	İstek	Uyarılma	Lubrikasyon	Orgazm	Tatmin	Ağrı	KCIÖ Toplam
			Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
<b>Deney grubu</b>									
CD olan	64	90.1	2.21±0.94	2.40±0.90	3.10±0.98	3.07±1.05	3.14±1.02	4.03±1.36	17.97±4.74
CD olmayan	7	9.9	4.37±0.89	4.75±0.87	5.18±0.68	5.48±0.50	5.20±0.89	5.82±0.45	30.82±3.48
P			<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
<b>Kontrol grubu</b>									
CD olan	39	41.1	2.50±1.01	3.05±0.90	3.75±0.96	3.54±1.10	3.54±1.30	3.94±1.06	20.36±4.27
CD olmayan	56	58.9	4.28±1.0	4.97±0.83	5.27±0.67	5.25±0.66	5.37±0.72	5.34±1.04	30.50±3.22
P			<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

Araştırma kapsamına alınan sağlıklı kadınlara uygulanan KCIÖ alt boyutları olan istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı ve ölçek toplam puan ortalamalarının birbirleriyle korelasyonları Çizelge 13’de verilmiştir.

Kadın cinsel işlev ölçeği alt boyut puanları değerlendirildiğinde, istek puan ortalaması 3.55, uyarılma puan ortalaması 4.18, lubrikasyon puan ortalaması 4.64, orgazm puan ortalaması 4.55, tatmin puan ortalaması 4.62, ağrı puan ortalaması 4.77, ölçek toplam puan ortalaması 26.34 bulunmuştur. KCIÖ’nde sağlıklı kadınların ağrı alt boyut puan ortalamasının diğer alt boyut puanlarına göre daha yüksek, istek alt boyut puanının diğer alt boyut puanlarına göre ise daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Yapılan istatistiksel değerlendirmede KCIÖ’nin istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin alt boyutlarının birbirleri ile pozitif yönde anlamlı ilişkilerinin olduğu belirlenmiştir ( $p<0.001$ ). Ağrı alt boyutunun ise diğer ölçek alt boyutları ile pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişkisinin olduğu saptanmıştır.

**Çizelge 13.** Kontrol Grubunu Oluşturan Kadınların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Ölçek Puanlarının Birbirleri ile Korelasyonu

	Ort±SD	Kontrol Grubu					
		Kadın Cinsel İşlev Ölçeği					
		KCiÖ Toplam	Ağrı	Tatmin	Orgazm	Lubrikasyon	Uyarılma
		r	r	r	r	r	r
İstek	3.55±1.33	.842***	.399***	.741***	.685***	.565***	.809***
Uyarılma	4.18±1.28	.881***	.368***	.809***	.792***	.651***	
Lubrikasyon	4.64±1.09	.819***	.556***	.713***	.713***		
Orgazm	4.55±1.21	.893***	.427***	.814***			
Tatmin	4.62±1.34	.875***	.463***				
Ağrı	4.77±1.25	.644***					
KCiÖ Toplam	26.34±6.21						

\*\*\* p<0.001

Araştırma kapsamına alınan hipertansif kadınlara uygulanan KCIÖ alt boyutları olan istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin, ağrı ve ölçek toplam puan ortalamalarının birbirleriyle korelasyonları Çizelge 14’de verilmiştir.

Kadın cinsel işlev ölçeği alt boyut puanları değerlendirildiğinde, istek puan ortalaması 2.42, uyarılma puan ortalaması 2.64, lubrikasyon puan ortalaması 3.30, orgazm puan ortalaması 3.31, tatmin puan ortalaması 3.34, ağrı puan ortalaması 4.20 ve KCIÖ toplam puan ortalaması 19.24 bulunmuştur. KCIÖ’nde hipertansif kadınların ağrı alt boyut puanının diğer alt boyut puanlarına göre yüksek, istek alt boyut puanının diğer alt boyut puanlarına göre ise düşük olduğu saptanmıştır.

Yapılan istatistiksel değerlendirmede KCIÖ’nin istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin alt boyutlarının birbirleri ile pozitif yönde anlamlı ilişkilerinin olduğu belirlenmiştir ( $p<0.001$ ). Ağrı alt boyutunun diğer ölçek alt boyutları ile pozitif yönde zayıf, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisinin olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ).

**Çizelge 14.** Deney Grubunu Oluşturan Kadınların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Gruplarına Ait Ölçek Puanlarının Birbirleri ile Korelasyonu

	Ort±SD	Deney Grubu					
		Kadın Cinsel İşlev Ölçeği					
		KCiÖ Toplam	Ağrı	Tatmin	Orgazm	Lubrikasyon	Uyarılma
		r	r	r	r	r	r
İstek	2.42±1.13	.862***	.366**	.682***	.751***	.630***	.886***
Uyarılma	2.64±1.13	.923***	.413**	.728***	.803***	.764***	
Lubrikasyon	3.30±1.13	.834***	.382**	.631***	.734***		
Orgazm	3.31±1.24	.888***	.378**	.812***			
Tatmin	3.34±1.17	.895***	.439***				
Ağrı	4.20±1.41	.619***					
KCiÖ Toplam	19.24±6.01						

\*\* p<0.01 \*\*\* p< 0.001

## 5. TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaşlarına göre yapılan değerlendirmede, hipertansif kadınların yaş ortalamaları 42.70, sağlıklı kadınların yaş ortalamaları ise 35.44 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda hipertansif ve sağlıklı kadınların yaşlarının artması ile KCIÖ alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde düştüğü ve hipertansif kadınların puan ortalamalarının sağlıklı kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0.01$ ) (Çizelge 4).

Kadınlarda CD'un belirlenmesi amacı ile yapılan pek çok çalışmada yaş artışı ile CD görülme sıklığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (17,180). Doumas ve ark.(2006) hipertansiyonu olan ( $n= 201$ ) ve olmayan ( $n=216$ ) kadınlarda yaptıkları çalışmada yaşın ilerlemesi ile her iki grupta da CD yaşama sıklığının arttığını belirlemişlerdir (17). Öksüz ve Malhan (2006) tarafından 18 – 55 yaş arası kadınlarla yapılan çalışmada yaş artışının kadın CD'unun en önemli nedenlerinden biri olduğu belirlenmiştir (182). Zoulia ve ark. (2008) esansiyel hipertansiyonu olan kadınlarda yaptıkları çalışmada yaş artışının CD yaşama sıklığını arttırdığını belirlemişlerdir (133). Bu sonuçlar bizim çalışmamızdan elde edilen sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hipertansif kadınların yaş ortalamaları, sağlıklı kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum hipertansiyon görülme sıklığının yaş ilerledikçe artması ile açıklanabilmektedir (7).

Kadınlarda yaş artışı ile doku ve organların işlevsel kapasitesinin azalması (234), genital organların ve pelvik taban kaslarının fonksiyonlarının bozulması, gebelik ve doğum süreci, hormonal değişikliklerin olması, eş rolüne annelik rolünün eklenmesi ile sorumlulukların artması, toplumsal – kültürel değer yargılarının etkisi ile kadının yaş ilerledikçe çekiciliğinin, güzelliğinin azaldığını hissetmesi gibi pek çok fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin kadın cinsel işlevlerini etkilediği belirtilmektedir (199,235). Bu duruma ek olarak yaş artışı ile birlikte hipertansiyonun neden olduğu vasküler, müsküler komplikasyonların ve kullanılan antihipertansif ilaçların da kadın CD'unda etkili olduğu belirtilmektedir (17).

Yaptığımız çalışmada deney grubunun eğitim düzeyi kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuş ve her iki gruptaki kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe KCIÖ alt



boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı belirlenmiştir ( $p<0,01$ ) (Çizelge 4).

Konu ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda eğitim düzeyi yüksek kadınlarda CD'nun daha az yaşandığı saptanırken (164,236,237), bazı çalışmalarda ise eğitim düzeyi arttıkça CD'nun arttığı belirlenmiştir (199,238). Bununla birlikte eğitimin CD üzerinde etkili olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (182,239). Demirezen ve ark. (2006) yaş ortalamaları 29 olan kadınlar ile yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi düşük olan kadınların daha sık CD deneyimlediklerini belirlemişlerdir (29). Laumann ve ark. (2005) düşük eğitim seviyesinin CD yaşamada önemli bir etken olduğunu belirlemişlerdir (240). Abdo ve ark. (2004) tarafından yaş ortalamaları 35.6 olan 18 yaş ve üzeri kadınlar ile yapılan çalışmada, eğitim düzeyinin düşmesi ile yaşanan CD'un arttığı belirlenmiştir (237). Jokinen ve ark. (2003) eğitim düzeyinin artması ile CD'na neden olan semptomların (ağrı, kuruluk, istek azlığı) azaldığını belirlemişlerdir (164). Çalışmalar değerlendirildiğinde düşük eğitim düzeyinin CD için önemli risk faktörü olduğu görülmektedir.

Eğitim kadınların bireysel kontrol duygusunu, ilişki kurma becerilerini, sağlıkla ilgili sorunlara ilişkin farkındalıklarının derecesini arttıran ve dolayısıyla karşılaştığı problemleri daha kolay çözebilmesini sağlayan önemli değişkenlerden biri olarak değerlendirilmektedir (13). Ayrıca eğitimin cinsel konularda toplumsal ve ailesel değer yargılarının, cinsel mitlerin etkisi altında kalmadan doğru bilgiye ulaşmayı kolaylaştırdığı, cinsel sorunlara ilişkin farkındalığı arttırdığı ve eş ile cinsel yaşamın daha rahat konuşulmasını sağladığı düşünülmektedir. Buna ek olarak eğitim düzeyi hipertansiyona ilişkin farkındalığın artırılması, hastalığın kontrol altına alınması ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesinde etkili olabilmektedir. Bu nedenlerden dolayı eğitim CD'nun önlenmesinde önemli bir değişken olarak görülmektedir.

Araştırmamızda esansiyel hipertansiyonu olan kadınların % 66'sı, sağlıklı kadınların ise % 53'ü ev hanımıdır. Çalışan kadınların KCIÖ'nin orgazm, uyarılma ve lubrikasyon alt boyut puan ortalamaları çalışmayan kadınlara oranla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Çalışmamızda gelir düzeyi düşük olan kadınların daha sık CD yaşadıkları belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Çizelge 4).

Gelir düzeyinin bireylerin yaşadığı cinsel sorunlar üzerinde etkili olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır. Elnashar ve ark.'nın (2007) 16 – 49 yaş arası

kadınlarla yaptıkları çalışmada, kadınların %70'inin ev hanımı olduğu ve düşük gelir düzeyinin yaşanılan cinsel sorunları arttırdığı belirlenmiştir (179). Safarinejad'ın (2006) İran'lı kadınlarla yaptığı çalışmada ise çalışmayan ve / veya ev hanımı olan kadınlarda CD görülme sıklığının çalışan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (180). Laumann ve ark. (1999) sosyo – ekonomik düzeyi düşük olan kadınlarda CD'un daha sık yaşandığını belirlemişlerdir (31). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda da ekonomik durumun kadın CD'u üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Çayan ve ark. (2004) tarafından 18 – 49 yaş arası kadınlar ile yapılan çalışmada, kadınların % 73'ünün çalışmadığı ya da ev hanımı olduğu belirlenmiştir (28). Bu çalışmada çalışan kadınların KCIÖ'nden aldıkları puan ortalamaları, çalışmayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Demirezen ve ark.'nın (2006) 40 yaş ve altı kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların % 91'inin ev hanımı olduğu ve bu kadınların çalışan kadınlardan daha fazla CD yaşadıkları belirlenmiştir (28). Aygün ve Aslan (2005) tarafından meme kanseri olan kadınlarda yapılan çalışmada ise çalışmayan kadınlarda CD görülme sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (33). Bu sonuçlar bizim çalışmamızdan elde edilen bulgularla benzerlik göstermektedir.

Gelir durumu bireyin fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlık durumunu ve yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktördür (241). Çalışma hayatı ile birlikte kadının ekonomik özgürlüğünü kazanması ve toplumda statü sahibi olması özgüveninin ve benlik saygısının gelişmesinde etkili olabilmektedir. Araştırmamızda kadınların gelir ve eğitim durumlarının birbirine paralel olarak arttığı görülmektedir. Bu durumun kadınların cinsel sorunlarına ilişkin farkındalıklarının gelişmesinde ve sorunlarına çözüm yolları aramalarında etkili olacağı düşünülmektedir. Ayrıca iyi ekonomik şartlar fiziksel ve emosyonel stresi azaltarak cinsel yaşamı olumlu yönde etkileyebilmektedir.

Çalışmamızda kadınların evlilik öncesi aile yapısının CD yaşamada etkili olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Buna karşın evlendikten sonra geniş ailede yaşayan sağlıklı kadınların KCIÖ'ünün tüm alt boyut puan ortalamaları, çekirdek ailede yaşayan kadınlara göre önemli ölçüde düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Çizelge 4).

Günümüzde değişen sosyo – ekonomik ve kültürel yapı ile toplumumuzda geniş aile yapısının yerini çekirdek ailelerin aldığı görülmektedir. Buna karşın kırsal yörelerimizde gelir düzeyi düşük ve kalabalık geniş aile yapısının daha yaygın olduğu belirtilmektedir (242). Kalabalık ve geniş aile yapısının eşlerin birbirleri ile duygusal ve

fiziksel iletişimde sınırlılığa neden olduğu ve cinsel beraberlik için uygun ortam bulmayı azalttığı belirlenmiştir (179,243). Geniş ailelerde, genellikle ev ortamının kalabalık ve fiziki koşulların yetersiz olması ile evli bireylerin özel alanlarının daralması eşlerin mahremiyet duygularını tehdit edebilmektedir (179,239,243).

Araştırmamıza katılan hipetansif ve sağlıklı kadınların eşlerinin yaşları arttıkça KCIÖ toplam puan ortalamasının düştüğü belirlenmiş ve bu farklılık kontrol grubu için anlamsız, deney grubu için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Çizelge 5).

Erkeklerde yaşlanma ile birlikte gelişen fizyolojik – psiko – sosyal değişikliklerin cinsel fonksiyonlarda bozulmaya neden olduğu ve bu durumun eşlerin cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği pek çok çalışmada belirtilmektedir (219,244). Rosen ve Althof (2008) erkeklerde yaş ile birlikte CD görülme sıklığının arttığını ve bu durumun eşlerin cinsel yaşamını olumsuz etkilediğini belirlemişlerdir (244). Sidi ve ark. (2007) tarafından 18 – 70 yaş arası evli kadınlarla yapılan çalışmada eşlerin yaşlarının artmasının kadın CD’u için önemli bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir (245). Bu bulgular çalışmamızda elde ettiğimiz bulgularla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda deney ve kontrol grubunu oluşturan kadınların eşlerinin eğitim düzeyi azaldıkça KCIÖ’nin tüm alt boyut puan ortalamalarının da azaldığı belirlenmiştir. Bu bulgular kontrol grubu için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ).

Aygin ve Aslan’ın (2005) meme kanseri olan kadınlarla yaptıkları çalışmada, eşlerin eğitim düzeyinin düşmesi ile CD yaşama sıklığının arttığı belirlenmiştir (33). Fahami ve ark. (2007) ise, eşin eğitim düzeyi ile kadın CD’nu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir (236). Bu bulgular çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgularla benzerlik göstermektedir.

Eğitim bireylerin iletişim kurma becerilerini arttıran önemli değişkenlerden biri olarak değerlendirilmektedir. Eğitim düzeyi yüksek bireylerin cinsel konularda bilgi ve farkındalıklarının daha yüksek oluşu, eşler arasındaki ilişkileri olumlu yönde etkilemekte ve cinsel yaşama ilişkin sorunların çözümünü kolaylaştırdığı belirtilmektedir (245). Ayrıca bireylerin eğitim düzeyinin artması, sosyal ve ekonomik koşullarda iyileşmeyi ve yaşam kalitesinde artışı beraberinde getirmektedir (247). Tüm

bu nedenlerden dolayı eşlerin eğitim durumlarının kadın CD'unun da etkili olabileceği düşünülmektedir.

Yaptığımız çalışmada eşi memur olan kadınların KCIÖ puan ortalamaları eşi işçi olan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılıklar kontrol grubu için lubrikasyon ve orgazm alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Çizelge 5). Konu ile ilgili yapılan çeşitli çalışmalarda eşlerin çalışma statüsünün kadınların CD'nu üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir (236,240). Bununla birlikte ülkemizde Aygin ve Aslan tarafından yapılan çalışmada, eşi memur olan kadınların KCIÖ'den aldıkları puan ortalamaları, eşi emekli ve serbest meslek sahibi olan kadınlara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (33). Bu çalışmalardan elde edilen bulgular bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Toplumumuzda “memur” olarak çalışma; düzenli gelire sahip olma ve gelecek için sosyal güvence garantisi olarak algılanmaktadır. Bu durumun kadınların kendilerini ve ailelerini güvende hissetmelerine neden olarak cinsel yaşamlarını olumlu yönde etkileyebildiği düşünülmektedir.

Yaptığımız çalışmada deney grubundaki kadınların % 43.7'si, kontrol grubundaki kadınların ise % 40'ı 14-19 yaş arası evlenmişlerdir. Küçük yaşta evlenen hipertansif ve sağlıklı kadınların KCIÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları diğer gruplara göre daha düşüktür ve bu farklılık deney grubu için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Çizelge 6).

Yurtiçi ve yurt dışında konu ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda küçük yaşta evlenmenin CD'a neden olduğu saptanırken (180) bazı çalışmalarda ise etkili olmadığı belirlenmiştir (28). Safarinejad'ın yaptığı çalışmada küçük yaşta evlenmenin (<18 yaş) istek, orgazm, uyarılma ve tatmin bozukluklarına neden olduğunu belirlemiştir (80). Aksakal tarafından yapılan çalışmada evlenme yaşının cinselliği önemli ölçüde etkilediği (%54.3) belirtilmiştir (248). Bu sonuçlar bizim çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.

Toplumumuzda küçük yaşta evliliklerin genellikle sosyo – ekonomik düzeyi düşük bireylerde daha yaygın olduğu belirtilmektedir (249). Erken yaşta evlilik yapan kadınların genellikle ekonomik özgürlüklerinin olmadığı, eğitim ve gelir düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir (250). Buna ek olarak adolesan çağda evlenme kadının fiziki, toplumsal ve cinsel kimlik gelişimini tamamlayamamasına, cinselliğin

yaşanmasını sınırlayan toplumsal ve ailesel değer yargıları ile büyümesi sonucu cinselliği ayıp ve günah olarak algılamasına neden olabilmektedir. Küçük yaşta yapılan evliliklerde görülen tüm bu sorunların kadınların cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir (249,250). Ayrıca küçük yaşta evlenen kadınlarda sahip olunan çocuk sayısının daha fazla, görücü usulü evlenmelerin daha yaygın olması gibi nedenlerin de yaşanan CD’da etkili olabileceği belirtilmektedir (251).

Araştırmamızda hipertansif ve sağlıklı kadınların evlilik süresi arttıkça KCIÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının azaldığı görülmüş ve saptanan bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ) (Çizelge 6).

Kadın CD’u ile ilgili yapılan çeşitli çalışmalarda evlilik süresinin CD’da etkili olduğu belirlenmiştir (228,239,245). Sidi ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada evlilik süresinin CD için risk faktörü olduğunu (245), Öviz ve ark. (2007) ise 19-51 yaş arası kadınlarla yaptıkları çalışmada evlilik süresi arttıkça yaşanan cinsel sorunların da arttığını belirlemişlerdir (239). Yücel tarafından (2006) yapılan çalışmada evlilik süresinin artması ile CD yaşama sıklığının arttığı belirlenmiştir (252). Bu sonuçlar bizim bulgularımızla paralellik göstermektedir.

Evlilik süresinin artışı eşlerin yaşlarının, doğum ve çocuk sayılarının artışı beraberinde getirmektedir. Artan yaş ile birlikte kadın ve erkekte meydana gelen fiziksel değişiklikler, kadınlarda hamilelik - doğum sürecinin ve hipertansiyonun genital organların yapı ve fonksiyonlarına olumsuz etkileri eşler arasında yaşanan cinsel sorunları arttırabilmektedir (239). Ayrıca çocuk sahibi olmanın aileye getirdiği ekonomik – sosyal sorumluluklar, ailesel stresörler, evliliğin monoton bir hal alması ile eşlerin birbirlerine ayırdıkları zaman ve ilginin azalması, aile içinde “eş” rollerinin yerini “annelik – babalık” rollerinin almasının da cinsel yaşamı etkileyebileceği düşünülmektedir.

Yaptığımız çalışmada önceden tanışarak ve severek evlenen kadınların KCIÖ alt boyut puan ortalamaları “aile baskısı ile” / “görücü usulü ile” evlenen kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur ( $p\leq 0.001$ ). Araştırmamıza katılan sağlıklı kadınların % 78’i, hipertansif kadınların % 62’si eşleri ile ilişkilerinin “çok iyi” / “iyi” olduğunu ifade etmişlerdir. “Severek / tanışarak” evlenen kadınların eşleri ile ilişkilerinin daha iyi düzeyde olduğu ve ilişki düzeyleri yükseldikçe KCIÖ’nin tüm alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak arttığı belirlenmiştir ( $p\leq 0.001$ ) (Çizelge 6).

Kadınlarda CD'ya yönelik olarak yapılan pek çok çalışmada eşler arasındaki ilişkinin CD yaşanmasında etkili olduğu belirlenmiştir (253). Ojumu ve ark. (2007) 15 – 49 yaş arası evli çiftlerle yaptıkları çalışmada eşler arasındaki ilişkinin yetersiz olmasının CD için bir risk faktörü olduğunu belirlemişlerdir (253). Yapılan diğer çalışmalarda da eşler arasındaki ilişkinin kalitesinin cinsel ilişki memnuniyeti ile yakın ilişkili olduğu saptanmıştır (254). Bu bulgular çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgularla benzerlik göstermektedir.

Eşler arasındaki uyum ve ilişkinin kalitesi cinsel yaşama ilişkin memnuniyet düzeylerinde etkili olabilmektedir (251,254). Özellikle aile baskısı / görücü usulü ile evlenen kadınların eşleri ile evlilik öncesi duygusal, sosyal ve kültürel paylaşımlarının oldukça az olması ve bu nedenle birbirlerini tam olarak tanıyamamaları, eşler arasında sevgi ve şefkatin ifade edilememesi, yaşanan cinsel sorunların konuşulamaması, evlilik kararının aile üyeleri tarafından verilmesi ve kadının bu karara uymak durumunda bırakılması gibi nedenlerin eşler arasındaki ilişkinin düzeyini kötüleştirdiği, cinsel yaşama ilişkin memnuniyeti azalttığı ve CD'ü arttırdığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hipertansif kadınların %65.3'ünün, sağlıklı kadınların % 49.3'ünün "1 – 2 doğum" yaptığı belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki kadınların doğum sayısı arttıkça KCIÖ tüm alt boyut puan ortalamalarının anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ) (Çizelge 7).

Yurt içi ve yurt dışında konu ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda doğum sayısındaki artış ile CD yaşama sıklığının arttığı belirlenmiş (28,179,245), bazı çalışmalarda ise doğum sayısının CD üzerinde etkili olmadığı belirtilmiştir (228,239). Çayan ve ark.'nın yaptığı çalışmada doğum sayısındaki artış ile yaşanan CD'un da arttığı belirlenmiştir. Yücel'in (2006) yaptığı çalışmada, cinsel sorun yaşayan kadınların büyük çoğunluğunun (%86.3) üç ve daha fazla sayıda gebe kaldığı belirlenmiştir (252). Sidi ve ark. (2007) evli kadınlar ile yaptıkları çalışmada, çok çocuk sahibi olmanın CD için risk faktörü olduğunu belirlemişlerdir (245). Bu bulgular çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgularla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda kadınların doğum şekillerine göre cinsel işlevleri değerlendirildiğinde, deney ve kontrol grubunda KCIÖ puan ortalamaları normal doğum yapan kadınlarda en düşük bulunmuş ve bu farklılığın kontrol grubu için istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Çizelge 7).

Demir ve ark.'nın (2007) yaptığı çalışmada, vajinal doğum yapan kadınların KCIÖ toplam puan ortalamalarının (25.5) sezaryen doğum yapan kadınların puan ortalamalarından daha düşük (28.2) olduğu belirlenmiş ve normal doğum yapan kadınların CD açısından daha fazla riske sahip olduğu görülmüştür (219). Aslan ve ark. gebelik ve gebelik sonrası dönemde cinsel işlevlerin olumsuz yönde etkilendiğini belirtmişlerdir (255). Baksu ve ark. (2007) yaptığı çalışmada normal vajinal doğumlarda sezaryene oranla cinsel işlevlerde bozulmanın daha sık olduğunu belirlemişlerdir (256). Güngör ve ark.'nın (2007) yaptığı çalışmada, cinsel tatminsizliğin sezaryen olan kadınlarda %4.4 olmasına karşın vajinal doğum yapan kadınlarda %14.4 olduğu belirlenmiştir (257). Buna neden olarak vajinal doğumun zorlu olması veya doğum sırasında açılan epizyotomiler bildirilmektedir (256). Bu çalışmalar bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Buna karşın yapılan bazı çalışmalarda ise doğum şeklinin kadınların yaşadığı cinsel sorunlarda etkili olmadığını belirlenmiştir (258).

Gebelik ve doğum kadınlar için doğal fizyolojik bir süreç olarak kabul edilse de kadınlarda genital organların yapı ve fonksiyonlarında birtakım olumsuz değişikliklere ve ruhsal sorunlara neden olabilmektedir. Özellikle normal vajinal doğum ile oluşan yırtılmalar, yanlış açılan epizyotomiler, pelvik taban kaslarında zayıflama, gebelik ve doğum nedeniyle oluşan anatomik değişikliklerin (179,256) ve hipertansiyonun neden olduğu yapısal ve fonksiyonel komplikasyonların (17) disparoni, sürekli perineal ağrı ve CD'na neden olduğu belirtilmektedir. Doğum şeklinin yarattığı değişikliklerle birlikte doğum sayısındaki artış, kadının fiziksel olarak yıpranmasında ve beden imajının bozulmasında etkili olabilmektedir. Ayrıca bu değişikliklere ek olarak çocuk sahibi olunması ile birlikte aile içindeki stresörlerin artması, kadının kendine ve eşine ayırdığı zamanın azalması ve bu ilginin çocuklara kayması gibi nedenlerin cinsel yaşama ilişkin sorunları arttırdığı düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan hipertansif kadınların % 83.1'inin, sağlıklı kadınların %51.6'sının "aşırı kilolu" / "obez" olduğu belirlenmiştir. Her iki grupta da BKİ'yi arttıkça CD görülme sıklığının arttığı saptanmış ve bu farklılıklar kontrol grubu için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ) (Çizelge 8).

Kolotkin ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada, yüksek BKİ'ne sahip kadınların cinsel yaşam kalitesinin önemli ölçüde bozulduğunu, cinsel aktivite ve isteğin azaldığını

belirlemiştir (259). Assimakopoulos ve ark. (2006) 60 obez, 50 sağlıklı kadın ile yaptıkları çalışmada obez kadınlarda istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve tatmin alt boyutlarının sağlıklı kadınlara göre daha çok zarar gördüğünü belirlemiştir (260). Aynı çalışmada obezitede görülen cinsel sorunların biyolojik, psikolojik, sosyal nedenlerden kaynaklanabilen karmaşık bir durum olduğu belirtilmiştir. Esposito ve ark. CD'ü olan kadınların BKI'sini, CD'ü olmayanlara oranla daha yüksek bulmuşlardır. Ayrıca, obez kadınların özellikle uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve tatmin sorunları yaşadıklarını belirlemiştir (261). Bununla birlikte yapılan bazı çalışmalarda BKI'sinin CD'da etkili olmadığı belirlenmiştir (16,228,262). Bu sonuçlar bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Obezitenin kadınlarda beden imajını bozduğu, benlik saygısını düşürdüğü ve depresyon sıklığını arttırdığı belirtilmektedir (259). Beden imajının düşük olması bireylerin kendilerini cinsel yönden çekici bulmalarını etkileyebilmektedir. Bununla birlikte BKI'sindeki artışın fiziksel aktivite toleransını azalttığı, bireylerde sosyal damgalanmaya neden olarak sosyal aktivitelerde azalmaya ve kişiler arası güvensizliğe neden olduğu belirlenmiştir (16). Bu nedenlerin kadınlarda cinsel ilişkiden kaçınmaya, cinsel istek ve tatminde azalmaya neden olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca obezitenin hipertansiyon gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğu (75) ve obez kadınlarda yaşanan cinsel sorunların nedenleri arasında hipertansiyonun yol açtığı değişikliklerin de etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına aldığımız hipertansif ve sağlıklı kadınlarda sigara kullanımının CD'da etkili olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Çizelge 9).

Kadınlarda yapılan bazı çalışmalarda sigara kullanımının CD için risk faktörü olduğu belirlenmiştir (182,263). Buna karşın bazı çalışmalarda (28,180,239 ) ise bizim çalışmamıza paralel olarak sigara kullanımı ile CD arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum sigara içmenin CD için sekonder bir neden olması (87) ve araştırmamıza katılan kadınlarda sigara kullanım miktarının az olması ile açıklanabilmektedir.

Araştırmamıza katılan esansiyel hipertansiyonu olan kadınların hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri ile KCIÖ alt boyut puan ortalamalarını değerlendirildiğinde, hastalık sürelerinin uzaması ile CD yaşama sıklığının arttığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede hastalık süresinin artması ile CD yaşama sıklığının arttığı



ve özellikle istek, uyarılma, tatmin alt boyutlarının etkilendiği belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Uygulanan tedavi ile kan basıncı kontrol altında olan kadınların KCIÖ'den aldıkları ortalama puan, kan basıncı kontrol altında olmayanlara göre daha yüksek bulunmuş fakat bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Ayrıca bireylerin hipertansiyon için uygun bir diyet uygulayıp uygulamama durumlarının ve kullanılan ilaçların CD'da etkili olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ) (Çizelge 10).

Doumas ve ark. (2006) hipertansiyonu olan kadınlarla yaptıkları çalışmada hastalık süresindeki artışın yaşanan CD'ü da arttırdığını belirlemişlerdir. Bu çalışmada üç yıldan daha az süredir hipertansiyonu olan kadınların % 16'sının, 3 – 6 yıldır hipertansiyonu olanların % 33'nün ve 6 yıldan daha uzun süredir hipertansiyonu olan kadınların ise % 79'unun CD yaşadığı belirlenmiştir (17). Zoulia ve ark. (2008) ise hipertansiyonu olan kadınlarda yaptıkları çalışmada kan basıncı kontrolünün sağlanması ile CD yaşam sıklığının azaldığını belirlemişler fakat bu iki faktör arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı bulmamışlardır (233). Bu çalışma sonuçları bizim bulgularımızla benzer bulunmuştur.

Hastalık süresinin uzamasına paralel olarak yüksek kan basıncı ve tedavide kullanılan ilaçlar vücutta yapısal ve fonksiyonel değişikliklere neden olabilmektedir (52). Özellikle damarların yapısında ve bazı mediyatörelere biyoaktivitesinde oluşturduğu değişikliklerin cinsel organların yapı ve fonksiyonlarını da etkilediği belirtilmektedir (17). Kronik bir hastalık olan hipertansiyonda yıllar ilerledikçe yaşanan sorunlar süreklilik kazanmakta, takip ve tedavi sürecine uyumsuzluk artmaktadır (21). Uzun hastalık ve tedavi süreci ile kadınların yaşadığı fiziksel ve psikolojik kayıpların benlik saygısını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek yaşanan cinsel sorunları arttırabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamıza alınan esansiyel hipertansiyonu olan kadınların kullandıkları ilaç grupları ile KCIÖ alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde, beta bloker kullanan kadınların en yüksek, Ca<sup>++</sup> kanal blokerleri kullananların ise en düşük puanı aldığı belirlenmiştir. Fakat yapılan istatistiksel değerlendirmede kullanılan antihipertansif ilaçların yaşanan CD üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ) (Çizelge 11).

Yapılan bazı çalışmalarda. hipertansiyonu olan kadınlarda beta bloker kullanımının yaşanan CD'nu arttırdığı belirlenmiştir (17,264). Bu çalışmalara karşın Addis ve ark. kalp hastalığı olan kadınlarla yaptığı çalışmada kullanılan antihipertansif

ilaçların CD üzerinde etkili olmadığını belirlemişlerdir (199). Meston ve ark. ise antihipertansif ilaç kullanımı ile CD arasında ilişki saptamamışlardır (265). Bu çalışmalar bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hipertansif ve sağlıklı kadınların KCIÖ puan ortalamalarına göre yapılan değerlendirmede, esansiyel hipertansiyonu olan kadınların aldıkları ortalama puan (19.24) sağlıklı kadınlara (26.34) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Çizelge 12). Hipertansiyonu olan kadınların istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin ve ağrı alt boyut puan ortalamalarının sağlıklı kadınlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmada ölçek kesme puanı 25.5 olarak alınmıştır (17). Buna göre hipertansif kadınların %90.1'inin, sağlıklı kadınların %41.1'inin CD'u olduğu belirlenmiş ve iki grup arasındaki bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Çizelge 12).

Doumas ve ark. (2006) tarafından yapılan çalışmada, CD yaşama sıklığının hipertansif kadınlarda %42.1 ve sağlıklı kadınlarda ise %19.4 olduğu belirlenmiştir (17). Duncan ve ark.'nın yaptıkları çalışmada hipertansif kadınların vajinal lubrikasyon ve orgazm sıklığının azaldığı, ağrı sıklığının arttığı belirlenmiştir (16). Okehiyam ve Obeka (2006), hipertansif kadınların, hipertansiyonu olmayan ve yeni hipertansiyon tanısı almış kadınlara göre daha fazla CD yaşadıklarını belirlemişlerdir. Buna göre tedavi uygulanan hipertansif kadınların %17.2'sinde, yeni hipertansiyon tanısı almış kadınların %13.6'sında ve sağlıklı kadınların %4.7'sinde CD tanımlanmıştır (221). Burchardt ve ark.'nın (2002) esansiyel hipertansiyonu olan kadınlar ile yaptıkları çalışmada, kadınların %42.6'sının cinsel sorunlar yaşadığı ve bu konuda tedavi almadıkları belirlenmiştir (15). Argun ve ark. (2005) tarafından yapılan çalışmada esansiyel hipertansiyonu olan kadınların %41.8'inde CD olduğu saptanmıştır (18). Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre bizim çalışmamız kapsamına alınan kadınların CD yaşama sıklığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kadınlarda cinsel fonksiyon vasküler, müsküler, hormonal, nörolojik ve yapısal bileşenlerin eksiksiz bütünlüğü ve eşgüdümlü çalışması ile gerçekleşmekte ve genel sağlığı ilgilendiren tüm faktörlerden etkilenebilmektedir. Hipertansiyon birçok organ ve dokularda yapısal ve fonksiyonel değişikliklere neden olabilen kronik bir hastalıktır. Özellikle arteriollerin yapısında oluşturduğu hasarlarla periferik dokulara kan akımını azaltmakta ve düz kasların gevşemesini engellemektedir (266). Ayrıca vajinal duvar ve

klitoral düz kasların fibrozuna yol açarak cinsel uyarılmayı olumsuz yönde etkilemektedir (267). Hipertansiyona bağlı olarak gelişen tüm bu fizyopatolojik değişikliklerin CD'da etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda kadınlarda CD görülme sıklığının diğer çalışmalara oranla daha yüksek olmasında, geleneksel toplum ve aile yapımızda cinselliğin ayıp ve günah kabul edilmesi, kadın cinselliğine önem verilmemesi ve kadınların cinsel sağlık konularında yeterli bilgiye sahip olmamalarının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hipertansif ve sağlıklı kadınların KCIÖ'ünün tüm alt boyut puan ortalamalarının birbirleri ile korelasyonları değerlendirildiğinde (Çizelge 13, Çizelge 14), deney ve kontrol grupları için tüm alt boyutlar ile ölçeğin tümünün ölçtüğü özelliğin birbirleri ile uyumlu ve tutarlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ). İstek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin alt boyutlarının birbirleri ile ve ölçek toplam puanı ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Ancak ağrı alt boyutunun diğer boyutlar ve ölçek toplam puanı ile korelasyonun daha zayıf olduğu belirlenmiştir ( $p<0.01$ ) (Çizelge 13 – 14). Ağrı alt boyut korelasyonunun, diğer alt boyutlara göre düşük bulunması, ağrının kadınlar için cinsel ilişkide olağan kabul edilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda verilmiştir:

- Araştırma kapsamına alınan hipertansif kadınların yaş ortalamaları 42.70, sağlıklı kadınların yaş ortalamaları ise 35.44'tür. Kadınlarda CD'nun yaş artışına paralel olarak arttığı belirlenmiştir.
- Deney ve kontrol grubunu oluşturan kadınların eğitim düzeyinin cinsel fonksiyonları önemli derecede etkilediği ve eğitim düzeyi arttıkça kadın CD'unun azaldığı saptanmıştır.
- Çalışmamızda hipertansif ve sağlıklı kadınların çoğunluğunun ev hanımı olduğu ve çalışmayan kadınların daha fazla CD yaşadıkları belirlenmiştir.
- Kadınlarda gelir düzeyinin cinsel yaşamı etkileyen önemli bir değişken olduğu ve gelir düzeyi arttıkça CD yaşama sıklığının azaldığı saptanmıştır.
- Kadınların yaşadıkları CD'unun eşlerin yaşı arttıkça arttığı, eğitim düzeyi arttıkça azaldığı belirlenmiştir.
- Küçük yaşta evliliğin CD için önemli bir risk faktörü olduğu ve 14 – 19 yaş arasında evlenen hipertansif ve sağlıklı kadınların daha fazla CD deneyimledikleri belirlenmiştir.
- Hipertansif ve sağlıklı kadınların evlilik süresi artışı ile birlikte CD yaşama sıklığının da arttığı belirlenmiştir.
- Hipertansif kadınların %97.2'sinin, sağlıklı kadınların %96.8'inin ilk evliliği olduğu saptanmıştır. Kadınların ve eşlerinin evlilik sayısı ile CD arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
- Evlilik şeklinin cinsel yaşamı önemli derecede etkilediği belirlenmiş ve “severek / isteyerek” evlenen kadınların “görücü usulü” ve “aile baskısı” nedeniyle evlenen kadınlara göre daha az CD yaşadıkları saptanmıştır.
- Araştırmamıza katılan sağlıklı kadınların % 78'i, hipertansif kadınların % 62'si eşleri ile ilişkilerinin “çok iyi” / “iyi” olduğunu ifade etmişlerdir. Eşi ile ilişki düzeyleri “çok iyi” / “iyi” olan kadınlarda CD görülme sıklığının daha düşük olduğu saptanmıştır.

- Kadınların doğum şeklinin ve doğum sayısının cinsel fonksiyonları önemli derecede etkilediği, özellikle normal doğum yapan ve doğum sayısı 4 ve üstü olan kadınların daha fazla CD deneyimledikleri belirlenmiştir.
- Hipertansif kadınların % 83.1'inin ve sağlıklı kadınların %51.6'sının "aşırı kilolu" / "obez" olduğu belirlenmiştir. Her iki grupta da BKİ'i arttıkça CD görülme sıklığının arttığı saptanmıştır.
- Çalışmamızda sigara içmenin ve içilen sigara miktarının CD'da etkili olmadığı belirlenmiştir.
- Esansiyel hipertansiyonu olan kadınların hastalık sürelerinin uzaması ile CD görülme sıklığının arttığı, özellikle de istek, uyarılma ve tatmin alt boyutlarının etkilendiği belirlenmiştir.
- Çalışmamızda kullanılan antihipertansif ilaçlarla yaşanan CD arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
- Esansiyel hipertansiyonu olan kadınların istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, tatmin ve ağrı alt boyut puan ortalamaları ile KCIÖ'den aldıkları ortalama puan (19.24) sağlıklı kadınlara (26.34) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.
- Hipertansif kadınların %90.1'inin, sağlıklı kadınların %41.1'inin CD'ü olduğu belirlenmiştir.

## 6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Kadınlar tarafından gizlenip ifade edilemeyen, önemsenmeyen, mahrem kabul edilen ve genellikle atlanan CD'unun erken dönemde belirlenebilmesi ve bu sorunla başedebilmeleri için kadınların cinsel sorunlarını rahatlıkla dile getirebilmelerini sağlayacak uygun ortamların oluşturulması,
- Hipertansiyonun kadın cinsel fonksiyonlarını önemli derecede etkilediği belirlenmiştir. Bu nedenle rutin izlem kapsamında hipertansif kadınlarda cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi ve kadınların uygun birimlere yönlendirilmesi,
- Cinsel yaşamı etkilenen hastaların bulunduğu kliniklerde hizmet veren sağlık çalışanlarının cinsel fonksiyonları değerlendirebilmeleri yönünde desteklenmeleri,
- Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında hipertansif ve sağlıklı kadınların cinsel sağlığının korunmasına yönelik eğitimlere yer verilmesi,
- Kadınlarda cinsel fonksiyonların değerlendirilmesinde sosyo-kültürel özelliklerinin de dikkate alınarak değerlendirme yapılması,
- Sağlık hizmeti veren kurumlar içinde cinsel yaşama ilişkin bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerini üstlenebilecek birimlerin açılması ve bu birimlerde uzman / eğitim almış sağlık çalışanlarının özellikle de hemşirelerin aktif rol almasının sağlanması uygun olabilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. “Demografik Göstergeler” Erişim: <http://www.tuik.gov.tr>. Erişim Tarihi:29.03.2008.
2. **Siegrist J.** Place, social exchange and health: proposed sociological framework. *Social Science & Medicine*, **2000**;51(9):1283-1293.
3. **Burt VL, Whelton P, Roccella EJ.** Prevalence of hypertension in the US adult population: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension*, **1995**;25:305-313.
4. **Akdemir N, Birol L.** İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Genişletilmiş 2. Baskı, Ankara:Sistem Ofset Basım Yayın San. Tic. Ltd. Şti, **2005**:471-476.
5. **Kronik hastalıklar raporu, 2006:** Erişim: <http://www.saglik.gov.tr/>. Erişim tarihi: 13/02/2007.
6. **Önal AE:** Kronik hastalıklar epidemiyolojisi. 2006. Erişim: [www.pitt.edu](http://www.pitt.edu). Erişim tarihi:09.02.2008
7. **Arıcı M, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, Turgan Ç, Sindel Ş, Erbay B, Karatan O, Hasanoğlu E, Çağlar Ş Ve Türk Hipertansiyon Ve Böbrek Hastalıkları Derneği.** Türk Hİpetansiyon Prevelans çalışması. 6. Ulusal Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Kongresi, **2004**:1-27.
8. **Özdemir L, Koçoğlu G, Sümer H, Nur N, Polat H, Aker A, Bakıcı Z.** Sivas il merkezinde yaşlı nüfusta bazı kronik hastalıkların prevalansı ve risk faktörleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2005**;27(3):89 – 94.
9. **Carretero OA, Oparil S.** Essential hypertension. Part I: definition and etiology. *Circulation*, **2000**;101:329-35.
10. **Ressel GW.** NHLBI releases new high blood pressure guidelines. *American Family Physician*, **2005**;68(2):376-379.
11. **Demirezen E.** Hipertansif kadınlarda cinsel yaşam. *Androloji Bülteni*, **2006**;26:261-263.
12. **Onat A, Türkmen S, Karabulut A, Yazıcı M, Can G, Sansoy V.** Türk yetişkinlerinde hiperkolesterolemi ve hipertansiyon birlikteliği: sıklığına v kardiyovasküler riski öngördürmesine ilişkin TEKHARF çalışması. *Türk Kardiyoloji Derneği Arştırması*, **2004**;32(8):533-541.
13. **Demirezen E.** Birinci basamakta kadın cinselliğinin değerlendirilmesi. *Androloji Bülteni*, **2006**;24:76-78.

14. **Ferrario CM, Levy P.** Sexual dysfunction in patients with hypertension: implications for therapy. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich, Conn.)*, **2002**;4(6):424-432.
15. **Burchardt M, Burchardt T, Anastasiadis AG, Kiss AJ, Baer L, Pawar RV, Taille AL, Shabsigh A, Ghafar MA, Shabsigh R.** Sexual dysfunction is common and overlooked in female patients with Hypertension. *Journal of Sex & Marital Therapy*, **2002**;28:17-26.
16. **Duncan LE, Lewis C, Jenkins P, Pearson TA.** Does hypertension and its pharmacotherapy affect the quality of sexual function in women?. *The American Journal of Hypertension*, **2000**;13(6):640-647.
17. **Doumas M, Tsiodras S, Tsakiris A, Douma S, Chounta A, Papadopoulos A, Kanellakopoulou K, Giamarellou H.** Female sexual dysfunction in essential hypertension: a common problem being uncovered. *Journal of Hypertension*, **2006**;24(12):2387-2392.
18. **Argun B, Aran S, Altıntaş R, Tunçkale A, Özkara H, Alıcı B, Öner A.** Hipertansiyonlu kadın hastalarda seksüel disfonksiyon. 6. *Ulusal Androloji Kongresi*, İzmir, **2005**:114.
19. **Fogari R, Preti P, Zoppi A, Corradi L, Pasotti C, Rinaldi A, Mugellini A.** Effect of valsartan and atenolol on sexual behavior in hypertensive postmenopausal women. *Journal of the American Society of Hypertension*, **2004**; 17:77-81.
20. **Hanon O, Mounier-Vehier C, Fauvel JP, Marquand A, Jaboureck O, Justin EP, Kearney-Schwartz A, Girend X.** Sexual dysfunction in treated hypertensive patients. Results of a national survey. *Archives Des Maladies Du Coeur et Des Vaisseaux*, **2002**;95(7-8):673-677.
21. **Çöl M, Özdemir O, Ocaktan ME.** Park Sağlık Ocağı bölgesindeki 35 yaş üstü hipertansiflerde tedavi-kontrol durumları ve davranışsal faktörler. *Journal of Ankara University Faculty of Medicine*, **2006**; 59(4):144-150.
22. **Ünalın PC, Çifçili S, Uzuner A, Akman M.** Hastaların hipertansiyon ve antihipertansifler konusundaki algı ve inanışları. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, **2005**; 9(4): 153-158.
23. **Gölbaşı Z.** Sağlıklı gençlik ve toplum için bir adım: cinsel sağlık eğitimi. *T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Eğitim - Kültür ve Araştırma Dergisi*, **2003**;5(2): 33-41.
24. **Lewis S.** Nurses' knowledge of and attitudes towards sexuality and the relationship of these with nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, **1994**;20(2):251-259.
25. **Oskay ÜY.** Kadınlarda orgazmın kültürel ve psikososyal boyutu. *Androloji Bülteni*, **2005**;22: 261-263.
26. **Güvel S, Çulha F, Yaşar F, Volkan Ş, Boyam F, Peşkirioğlu L.** Hemşirelerde kadın cinsel fonksiyonları konusunda bilgi düzeyinin sorgulanması. *Androloji Bülteni*, **2005**;20:82-83.



27. **Steinke E., Patterson-Midgley P.** Sexual counseling following acute myocardial infarction. *Clinical Nursing Research*, **1996**;5(4): 462-472.
28. **Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canbolat B, Acar D, Ulusoy E.** The prevalence of female dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis*, **2004**;72(1): 52-57.
29. **Demirezen E, Erdoğan S, Önem K.** Birinci basamak sağlık merkezine başvuran kırk yaşın altındaki kadınlarda cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi. *Androloji Bülteni*, **2006**;25:177-180.
30. **İncesu C.** Cinsel işlevin fizyolojisi. *Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi*, **1998**;1(1):3-11.
31. **Laumann EO, Paik A, Rosen RC.** Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Journal American Medical Association*, **1999**;281(6):537-544.
32. **Henson HK.** Meme kanseri ve cinsellik. Sexuality and disability, 2002;20(4):261-275, Çeviri:Aygin D, *Androloji Bülteni*, 2004;19:366-367.
33. **Aygin D, Aslan FE.** Meme kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2008**;4(2): 105-114.
34. **Yıldız H.** Anamnez alma ve cinsel fonksiyon değerlendirme formları. 8. *Ulusal İç Hastalıkları Kongresi*, **2006**:290-292.
35. **Yıldız, H.** Miyokard infarktüsünde cinsel fonksiyon bozukluğunun irdelenmesi. *Hemşirelik Forumu*, **2003**;6(4):1-8.
36. **Yaşan A, Gürgen F.** Cinsel partneri olan bir hemşire grubu ile hiç cinsel partneri olmamış bir hemşire grubunun cinsel bilgi edinme yolları ve cinsel mitlerin yaygınlığının karşılaştırılması. *Yeni Symposium*, **2004**;42(2): 72-76.
37. **Aygin D, Aslan FE.** Cinsel işlev bozukluklarında ne yapıyoruz? Ne yapmalıyız?. *Androloji bülteni*, **2005**;22:264-267.
38. **Enç N, Yiğit Z, Oğuz S, Özer S, Altıok MG.** Kalp yetersizliği , akut koroner sendromlar, hipertansiyon hemşirelik bakımı kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği*, Akgün matbaacılık , **2007**:59-68.
39. **Yalçın M, Şahin M.** Birinci basamakta esansiyel hipertansiyona yaklaşım. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2002**;19(3-4):162-170.
40. **Sağlam K, Yılmaz MI, Sönmez A, Baykal Y, Koçar İH.** Primer hipertansiyon. *GATA İç Hastalıkları Yayınları*, **2003**.

41. **Beevers G, Lip GYH, O'Brien E.** ABC of hypertension. The pathophysiology of hypertension. *BMJ*, **2001**;322:912-916.
42. **Guidelines Sub-Committee.** 1993 Guidelines for the management of mild hypertension: memorandum from a World Health Organization/International Society of Hypertension meeting. *Journal of Hypertension*, **1993**;11: 905–918.
43. **Keleş İ, Ağaç MT.** İkincil hipertansiyon. *Klinik Gelişim*, **2005**;18 (2):42-48.
44. The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Archives of Internal Medicine*, **1997**;157(21):2413-2446.
45. **Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT, Roccella EJ and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee.** The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. *The Journal of the American Medical Association*, **2003**;289:2560–2572.
46. **Erdine S, Ari O, Zanchetti A, Cifkova R, Fagard R, Kjeldsen S, Mancia G, Poulter N, Rahn KH, Rodicio JL, Ruilope LM, Staessen J, van Zwieten P, Waeber B, Williams B.** ESH-ESC guidelines for the management of hypertension. *Herz*, **2006**;31(4):331-338.
47. **Chobanian AV.** Prehypertension revisited. *Hypertension*, **2006**;48(5):812-814.
48. **Guidelines Committee.** European Society of Hypertension- European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*, **2003**;21:1011–1053.
49. **Kılıçkiran B, Öngen Z.** Sistemik arter hipertansiyonu. *Sık Görülen Kardiyolojik Sorunlarda Güncelleme Sempozyum Dizisi*, **2004**;40:43-56.
50. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000. <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03.html>.
51. **August P, Oparil S.** Hypertension in women. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, **1999**;84(6):1862-1866.
52. **Arıcı M, Çağlar Ş.** Hipertansiyon ve oluşturduğu sorunlar. *Hacettepe Tıp Dergisi*, **2002**; 33(1): 4 – 9.
53. **Arslan P, Mercanlıgil S, Özel HG, Akbulut GÇ, Dönmez D, Çiftçi H, Keleş İ, Onat A.** TEKHARF 2003-2004 taraması katılımcılarının genel beslenme örüntüsü ve beslenme alışkanlıkları. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması*, **2006**; 34:331-339.

54. **Hajjar I, Kotchen TA.** Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988–2000. *The Journal of the American Medical Association*, **2003**; 290:199–206.
55. **Psaltopoulou T, Orfanos P, Naska A, Lenas D, Trichopoulos D, Trichopoulou A.** Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in a general population sample of 26 913 adults in the Greek EPIC study. *International Journal of Epidemiology*, **2004**;33:1345–1352.
56. **Chamontin B, Poggi L, Lang T, Ménard J, Chevalier H, Gallois H, Crémier O.** Prevalence, treatment, and control of hypertension in the French population: data from a survey on high blood pressure in general practice, 1994. *American Journal of Hypertension: Journal of the American Society of Hypertension*, **1998**;11(6 Pt 1):759-762.
57. **Lang T, Gaudemaris RD, Chatellier G, Hamici L, Diène E.** Prevalence and therapeutic control of hypertension in 30 000 subjects in the workplace. *Hypertension*, **2001**;38:449-454.
58. **Puras A, Sanchis C, Artigao LM, Divison JA.** Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in a Spanish population. *Journal European Journal of Epidemiology*, **1998**;14(1):31-36.
59. SPSS Statistical Software (2002). Version 11.5 for windows. SPSS Inc., Chicago.
60. Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi Görev Grubu. *Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi 2007 Kılavuzu*.
61. **Ranade K, Hinds D, Hsiung CA, Chuang LM, Chang MS, Chen YT, Pesich R, Hebert J, Chen YD, Dzau V, Olshen R, Curb D, Botstein D, Cox DR, Risch N.** A genome scan for hypertension susceptibility loci in populations of Chinese and Japanese origins. *American Journal of Hypertension: Journal of the American Society of Hypertension*, **2003**;16(2):158-162.
62. **Işık E.** Esansiyel hipertansiyonun etiyopatogenezi. *Türkiye Klinikleri Journal of International Medical Sciences*, **2005**;1(33):6-11.
63. **Karet FE, Lifton RP.** Mutations contributing to human blood pressure variation. *Recent Progress in Hormone Research*, **1997**;52:263-276.
64. **Oparil S, Zaman MA, Calhoun DA.** Pathogenesis of hypertension. *Annals of Internal Medicine*, **2003**;139(9):761-776.
65. **Vinck WJ, Fagard RH, Loos R, Vlietinck R.** The impact of genetic and environmental influences on blood pressure variance across age-groups. *Journal of Hypertension*, **2001**;19(6):1007-10013.

66. **Yetkin A, Tan Y.** Hipertansiyona yol açan risk faktörleri. *Atatürk üniversitesi MYO dergisi*, **1998**;1(1):2-7.
67. **Onat A, Doğan Y, Uyarel H, Ceyhan K, Uzunlar B, Yazıcı M, Özmay M, Toprak S, Sansoy V.** Erişkinlerimizde Kan Basıncı ve Kontrol Altında Tutulması Yönünde Gelişme. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması*, **2002**; 30(12):748-757.
68. **Barış N, Özerkan F, Önder Mr, Akdeniz B, Güneri S.** Esansiyel hipertansiyonda hedef organ hasarı sayısı ile anjiyotensin dönüştürücü enzim gen polimorfizmi arasındaki ilişki. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması*, **2004**; 32(2):107-114.
69. **Altıparmak S, Karadeniz G, Altıparmak O, Ataseven M, Şahin R.** Yaşlılarda hipertansiyon prevalansı manisa örneği. *Turkish Journal of Geriatrics*, **2006**; 9 (4): 197-201.
70. **Koruk İ, Şahin TK, Demir LS.** Konya Fazilet Uluşık Sağlık Ocağı bölgesindeki 15 – 49 yaş grubu ev kadımlarında hipertansiyon prevalansı, farkında olma, tedavi ve kontrol altına alma durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2007**; 6(1): 51–58.
71. **Inamo J, Lang T, Atallah A, Inamo A, Larabi L, Chatellier G, de Gaudemaris R, INHAPAG Study Group.** Prevalence and therapeutic control of hypertension in French Caribbean regions. *Journal of Hypertension*, **2005**;23(7):1341-1346.
72. **James SA, De Almeida-Filho N, Kaufman JS.** Hypertension in Brazil: a review of the epidemiological evidence. *Ethnicity & Disease*, **1991**;1(1):91-8.
73. **Primatesta P, Bost L, Poulter NR.** Blood pressure levels and hypertension status among ethnic groups in England. *Journal of Human Hypertension*, **2000**;14(2):143-148.
74. **Brown MJ.** Hypertension and ethnic group. *BMJ*, **2006**;332;833-836.
75. **Kaya A.** Obezite ve hipertansiyon. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, **2003**;2:13-21.
76. **Onat A, Şenocak M.** Obesity in Turkish adults: prevalence, validity as a coronary risk factor and interrelation with other risk factors. *International Journal of Angiology*, **1995**; 4(2): 94-98.
77. **He J, Whelton PK, Apel LJ, Charleston J, Klag MJ.** Long-term effects of weight loss and dietary sodium reduction on incidence of hypertension. *Hypertension*, **2000**;35;544-549.
78. **Emsal T.** Kalecik merkez sağlık ocağı bölgesinde 40 yaş üstü nüfusta hipertansiyon prevalansı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2000**.
79. **Siani A, Strazzullo P, Giacco A, Pacioni D, Celentano E, Mancini M.** Increasing the dietary potassium intake reduces the need for antihypertensive medication. *Annals of Internal Medicine*, **1991**;115(10):753-759.

80. **Coruzzi P, Brambilla L, Brambilla V, Gualerzi M, Rossi M, Parati G, Di Rienzo M, Tadonio J, Novarini A.** Potassium depletion and salt sensitivity in essential hypertension. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, **2001**;86(6):2857-2862.
81. **Hatton DC, Yue Q, McCarron DA.** Mechanisms of calcium's effects on blood pressure. *Seminars in Nephrology*, **1995**;15(6):593-602.
82. **İlerigelen B.** Sistemik arter hipertansiyonunda tedavi ilkeleri ve ilaçsız tedavi. *Sistemik Arter Hipertansiyonu Simpozyumu*, **1997**;19-26.
83. **McCarron DA.** Calcium metabolism in hypertension. *The Keio Journal of Medicine*, **1995**;44(4):105-114.
84. **Resnick LM.** The role of dietary calcium in hypertension: a hierarchical overview. *American Journal of Hypertension*, **1999**;12(1):99-112.
85. **Chen L, Davey Smith G, Harbord RM, Lewis SJ.** Alcohol intake and blood pressure: a systematic review implementing a mendelian randomization approach. *PLoS Meicine*, **2008**;5(3):52.
86. **Marmot MG, Elliott P, Shipley MJ, Dyer AR, Ueshima H, Beevers DG, Stamler R, Kesteloot H, Rose G, Stamler J.** Alcohol and blood pressure: the INTERSALT study. *BMJ*, **1994**;308(6939):1263-1267.
87. **Onat A, Dönmez K, Keleş İ, Ökçün B, Kahraman G, Dursunoğlu D, Sansoy V.** Sigara içiminde koroner ölüm riski boyutu ve Türk erkeklerinde basiret, kadınlarında olumsuz gidiş: TEKHARF Çalışması kohortunun 5 yıl izlenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arştırması*, **1996**;24: 243 – 250.
88. **Bowman TS, Gaziano JM, Buring JE, Sesso HD.** A prospective study of cigarette smoking and risk of incident hypertension in women. *Journal of The American College of Cardiology*, **2007**;50(21):2085-2092.
89. **Jee SH, He J, Whelton PK, Suh I, Klag MJ.** The effect of chronic coffee drinking on blood pressure: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Hypertension*, **1999**;33(2):647-52.
90. **Kirchhoff M, Torp-Pedersen C, Hougaard K, Jacobsen TJ, Sjøel A, Munch M, Tingleff J, Jørgensen T, Schroll M, Olsen ME.** Casual blood pressure in a general Danish population. Relation to age, sex, weight, height, diabetes, serum lipids and consumption of coffee, tobacco and alcohol. *Journal of Clinical Epidemiology*, **1994**;47(5):469-74.
91. **Nurminen ML, Niittynen L, Korpela R, Vapaatalo H.** Coffee, caffeine and blood pressure: a critical review. *European Journal of Clinical Nutrition.*, **1999**;53(11):831-9.

92. **Noordzij M, Uiterwaal CS, Arends LR, Kok FJ, Grobbee DE, Geleijnse JM.** Blood pressure response to chronic intake of coffee and caffeine: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Hypertension*, **2005**;23(5):921-928.
93. **Öksüz E.** Hipertansiyonda klinik değerlendirme ve ilaç dışı tedavi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **2004**;13(3):99-104.
94. **Ergün UGÖ, Yıldırım MY, Alparslan N.** Esansiyel hipertansiyon hastalarında sosyo-ekonomik düzey farklılığı ve ilaç uyuncu. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, **2002**;6(4):165-171.
95. **Pavlik VN, Hyman DJ, Vallbona C, Toronjo C, Louis K.** Hypertension awareness and control in an inner-city African-American sample. *Journal of Human Hypertension*, **1997**;11(5):277-83.
96. **Ford ES, Cooper RS.** Risk factors for hypertension in a national cohort study. *Hypertension*, **1991**;18(5):598-606.
97. **Levenstein S, Smith MW, Kaplan GA.** Psychosocial predictors of hypertension in men and women. *Archives of Internal Medicine*, **2001**;161(10):1341-1346.
98. **Dressler WW.** Education, lifestyle and arterial blood pressure. *Journal of Psychosomatic Research*, **1990**;34(5):515-523
99. **Winkleby MA, Jatulis DE, Frank E, Fortmann SP.** Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*, **1992**;82(6):816-820.
100. **Carroll D, Ring C, Hunt K, Ford G, Macintyre S.** Blood pressure reactions to stress and the prediction of future blood pressure: effects of sex, age, and socioeconomic position. *Psychosomatic Medicine*, **2003**;65(6):1058-1064.
101. **Bell AC, Adair LS, Popkin BM.** Ethnic differences in the association between body mass index and hypertension. *American Journal of Epidemiology*, **2002**;155(4):346-353.
102. **Krauss RM, Eckel RH, Howard B, Appel LJ, Daniels SR, Deckelbaum RJ, Erdman JW Jr, Kris-Etherton P, Goldberg IJ, Kotchen TA, Lichtenstein AH, Mitch WE, Mullis R, Robinson K, Wylie-Rosett J, St Jeor S, Suttie J, Tribble DL, Bazzarre TL.** AHA Dietary Guidelines: revision 2000: A statement for healthcare professionals from the Nutrition Committee of the American Heart Association. *Stroke; A Journal of Cerebral Circulation*, **2000**;31(11):2751-2766.
103. **Kabakçı G, Koylan N, İlerigelen B, Kozan Ö, Büyüköztürk K.** Hipertansif hastalarda dislipideminin kardiyovasküler risk sınıflandırması üzerine etkisi ve lipid profilinin diğer kardiyovasküler risk faktörleriyle ilişkisi: ICEBERG çalışmasından sonuçlar. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması*, **2007**;35(8):458-466.

104. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report. National Cholesterol Education Program National Heart, Lung, and Blood Institute. National Institutes of Health, NIH Publication, **2002**.
105. **Chakravarthy MV, Joyner MJ, Booth FW**. An obligation for primary care physicians to prescribe physical activity to sedentary patients to reduce the risk of chronic health conditions. *Mayo Clinic Proceedings*, **2002**;77(2):165-173.
106. **Kelley GA, Kelley KS**. Progressive resistance exercise and resting blood pressure a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*, **2000**;35:838-843.
107. **Babalık E**. Hipertansiyon patofizyolojisi. *Klinik Gelişim*, **2005**;18 (2):25-32.
108. **Mark AL**. The sympathetic nervous system in hypertension: a potential long-term regulator of arterial pressure. *Journal of Hypertension. Supplement: Official Journal of the International Society of Hypertension*, **1996**;14(5):159-165.
109. **Atlas SA**. The renin-angiotensin aldosterone system: pathophysiological role and pharmacologic inhibition. *Journal of Managed Care Pharmacy*, **2007**;13(8):9-20.
110. **Endemann DH, Schiffrin EL**. Endothelial dysfunction. *Journal of the American Society of Nephrology*, **2004**;15:1983–1992.
111. **Zoghi M, Nalbantgil İ**. Hipertansiyon ve endotel fonksiyon bozukluğu. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, **2002**;2:142-147.
112. **Torun E, Bayram F**. Endokrin bir organ olarak endotel ve endotelinin hipertansiyondaki rolü. *Erciyes Tıp Dergisi*, **2004**;26(3):126-131.
113. **Ergül S, Parish DC, Puett D, Ergül A**. Racial differences in plasma endothelin-1 concentrations in individuals with essential hypertension. *Hypertension*, **1996**;28(4):652-655.
114. **Sainani GS, Maru VG**. Role of endothelial cell dysfunction in essential hypertension. *The Journal of the Association of Physicians of India*, **2004**;52:966-969.
115. **Hua Cai, David G. Harrison**. Endothelial dysfunction in cardiovascular diseases: *The Role of Oxidant Stres*, (Circulation Research), **2000**;87:840.
116. **Kitanovska BG, Zafirovska K, Bogdanovska S, Lozance L, Andreevska GS**. Decreased nitric oxide in women with essential hypertension in prehypertensive phase. *Croatian Medical Journal*, **2005**;46(6):889-893.
117. **Node K, Kitakaze M, Yoshikawa H, Kosaka H, Hori M**. Reduced plasma concentrations of nitrogen oxide in individuals with essential hypertension. *Hypertension*, **1997**;30:405.

118. **Ateş K.** Kan basıncı nasıl yükselir?. 8. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, **2006**:19-21.
119. **Ferrannini E, Natali A, Capaldo B, Lehtovirta M, Jacob S, Yki-Järvinen H.** Insulin resistance, hyperinsulinemia, and blood pressure role of age and obesity. *Hypertension*, **1997**;30:1144-1149.
120. **Lissner L, Bengtsson C, Lapidus L, Kristjansson K, Wedel H.** Fasting insulin in relation to subsequent blood pressure changes and hypertension in women. *Hypertension*, **1992**;20:797–801.
121. **Franco MC, Christofalo DM, Sawaya AL, Ajzen SA, Sesso R.** Effects of low birth weight in 8- to 13-year-old children implications in endothelial function and uric acid levels. *Hypertension*, **2006**;48:45-50.
122. **Zoccali C, Maio R, Mallamaci F, Sesti G, Perticone F.** Uric acid and endothelial dysfunction in essential hypertension. *Journal of the American Society of Nephrology: JASN*, **2006**;17(5):1466-1471.
123. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları. Erişim: <http://www.androloji.org.tr>., Erişim tarihi: **07.08.2006**.
124. **Dorrance AM, Pollock DM, Romanko OP, Stepp DW.** A high-potassium diet reduces infarct size and improves vascular structure in hypertensive rats. *American journal of physiology. Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, **2007**;292:415–422.
125. **Silverberg C.** Sexuality and Body Image.  
Erişim: <http://sexuality.about.com/od/sexinformation/a/bodyimagesex.htm>.  
Erişim Tarihi:25.07.2007.
126. **Al-Duwaisan HS, Al-Mehza A, Al-Yaha AA, Al-Qattan MM.** Assessment of target organ damage in hypertension through a clinical audit in kuwait family practice. *Kuwait Medical Journal*, **2003**;35(3): 202-207.
127. **Pehlivanoglu S, Şahin T.** Hipertansiyon ve hedef organ hasarı. *Türkiye Klinikleri Journal of International Medical Sciences*, **2005**;1(33):16-25.
128. **Ramakrishnan S, Kothari SS; Bahl VK.** Hypertensive heart failure. *Indian Heart Journal*, **2003**;55:21–26.
129. **Post WS, Larson MG, Levy D.** Impact of left ventricular structure on the incidence of hypertension. The Framingham Heart Study. Framingham Heart Study. *Circulation*, **1994**;90(1):179-85.



130. **Gradman AH, Alfayoumi F.** From left ventricular hypertrophy to congestive heart failure: management of hypertensive heart disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, **2006**;48(5):326-341.
131. **Cuspidi C, Lonati L, Sampieri L, Macca G, Michev I, Salerno M, Fusi V, Leonetti G, Zanchetti A.** Impact of blood pressure control on prevalence of left ventricular hypertrophy in treated hypertensive patients. *Cardiology*, **2000**;93(3):149-154.
132. **Haider AW, Larson MG, Franklin SS, Levy D; Framingham Heart Study.** Systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and pulse pressure as predictors of risk for congestive heart failure in the Framingham Heart Study. *Annals of Internal Medicine*, **2003**;138(1):10-6.
133. **Williams B, Poulter NR, Brown MJ, Davis M, McInnes GT, Potter JF, Sever PS, McG Thom S.** Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society-BHS IV. *Journal of Human Hypertension*, **2004**;18(3):139-185.
134. **Rigaud AS, Seux ML, Staessen JA, Birkenhäger WH, Forette F.** Cerebral complications of hypertension. *J Hum Hypertension*, **2000**;14(10-11):605-616.
135. **Li C, Engström G, Hedblad B, Berglund G, Janzon L.** Blood pressure control and risk of stroke: a population-based prospective cohort study. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation*, **2005**;36;725-730.
136. **Öngen Z.** Esansiyel hipertansiyonun kliniği. *Sistemik Arter Hipertansiyonu Simpozyumu*, **1997**;2:9-17.
137. **Zungur M, Yıldız A.** Hipertansif hastaya yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **2004**;13(8):297-303.
138. **Dasgupta I, Porter C, Innes A, Burden R.** ‘Benign’ hypertensive nephrosclerosis. *An International Journal of Medicine*, **2007**;100:113–119.
139. **McGregor E, Isles CG, Jay JL, Lever AF, Murray GD.** Retinal changes in malignant hypertension. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, **1986**;292(6515): 233–234.
140. **MacMahon S, Peto R, Cutler J, Collins R, Sorlie P, Neaton J, Abbott R, Godwin J, Dyer A, Stamler J.** Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet*, **1990**;335(8692):765-774.
141. **Whelton PK, He J, Cutler JA, Brancati FL, Appel LJ, Follmann D, Klag MJ.** Effects of oral potassium on blood pressure. Meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, **1997**;277(20):1624-1632.
142. **Altemose G.** Control of risk factors in peripheral vascular disease management of hypertension. *Surgical Clinics of North America*, **1998**;78(3):369-384.

143. **He FJ, MacGregor GA.** Effect of modest salt reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized trials. Implications for public health. *Journal of Human Hypertension*, **2003**;17(1):1–3.
144. **Masuo K, Mikami H, Ogiwara T, Tuck ML.** Weight reduction and pharmacologic treatment in obese hypertensives. *American Journal of Hypertension*, **2001**;14(6): 530-538.
145. The effects of nonpharmacologic interventions on blood pressure of persons with high normal levels: results of the Trials of Hypertension Prevention Phase 1. Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. *The Journal of the American Medical Association*, **1992**;267(9):1213–1220.
146. **Kaufman JS, Asuzu MC, Mufunda J, Forrester T, Wilks R, Luke A, Long AE, Cooper RS.** Relationship between blood pressure and body mass index in lean populations. *Journal of Human Hypertension*, **1999**;30(6):1511-1516.
147. **Appel LJ, Champagne CM, Harsha DW, Cooper LS, Obarzanek E, Elmer PJ, Stevens VJ, Vollmer WM, Lin PH, Svetkey LP, Stedman SW, Young DR; Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group.** Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. *The Journal of The American Medical Association*, **2003**;289(16):2083-2093.
148. **Okubo Y, Miyamoto T, Suwazono Y, Kobayashi E, Nogawa K.** An association between smoking habits and blood pressure in normotensive Japanese men. *Journal of Human Hypertension*, **2002**;16(2): 91-96.
149. **Ishikawa K, Ohta T, Zhang J, Hashimoto S, Tanaka H.** Influence of age and gender on exercise training-induced blood pressure reduction in systemic hypertension. *The American Journal of Cardiology*, **1999**;84(2):192-196.
150. **Xin X, He J, Frontini MG, Ogden LG, Motsamai OI, Whelton PK.** Effects of alcohol reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*, **2001**;38(5):1112-1117.
151. **Moore TJ, Conlin PR, Ard J, Svetkey LP.** DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diet is effective treatment for stage 1 isolated systolic hypertension. *Hypertension*, **2001**;38;155–158.
152. **Elliott P, Stamler J, Dyer AR, Appel L, Dennis B, Kesteloot H, Ueshima H, Okayama A, Chan Q, Garside DB, Zhou B.** Association between protein intake and blood pressure: the INTERMAP Study. *Archives of Internal Medicine*, **2006**;166(1):79-87.
153. **Herrmann JM.** Essential hypertension and stress. When do yoga, psychotherapy and autogenic training help? *MMW Fortschritte der Medizin*, **2002**;144(19):38-41.

154. **Yıldız H & Pınar R.** Miyokard infarktüsülü hastalarda cinsel disfonksiyon. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, **2004**;4(4):309-317.
155. **Carretero OA, Oparil S.** Essential hypertension: Part II: Treatment. *Circulation*, **2000**;101;446-453.
156. **Anderson GH.** Effect of age on hypertension: analysis of over 4,800 referred hypertensive patients. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, **1999**;10(3): 286-297.
157. **Seyrek N.** Hipertansiyon tanımı, sıklığı ve ölçümü. *III. Milenyumda Hipertansiyon Tedavisi*, **1999**;88-93.
158. Ülkemizde kalp-damar hastalıklarının epidemiyolojisi ile ilgili gerçekler. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası Ana İlkeleri. *Türk Kardiyoloji Derneği*, **2002**:23-62.
159. **Lee Y.** Awareness of blood pressure among older adults: A cross-sectional descriptive study . *International Journal of Nursing Studies*, **2007**;44(5);796 – 804.
160. **Aydın H.** Cinsel İşlev ve Bozuklukları. Erişim:www.gata.edu.tr.  
Erişim tarihi: 13/07/2007.
161. **Erden M, Akman Y.** Gelişim ve Öğrenme. 9. Baskı. Ankara. Özkan matbaacılık, **2001**:86-87.
162. **Birol L.** *Hemşirelik Süreci*. 7. Baskı, İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti, **2005**:14-15.
163. **Babacan SS.** İnsan seksüalitesinin kültürel ve psikososyal yönleri. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, **2003**;11(1):131-136.
164. **Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canbolat B, Acar D, Ulusoy E.** The prevalance of female dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis*, **2004**;72(1): 52-57.
165. **Güleç G, Kılıç Y, Bilgiç S.** ESOGÜ Tıp Fakültesi birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde cinsel mitlerin karşılaştırılması. *Osmangazi Tıp Dergisi*, **2007**;29(3):136–145.
166. **Özmen HE.** Cinsel mitler ve cinsel işlev bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, **1999**; 2: 49-53.
167. **Sungur MZ.** Seks terapi uygulamaları sırasında karşılaşılan güçlükler. *Psikiyatri Dergisi*, **2004**;5(1):59-67
168. **Sungur MZ.** Cinsel eğitim. *Klinik Psikiyatri*, **1998**;2:103-108.

169. **Association of Reproductive Health Professionals.** What You Need to Know: Female Sexual Response. *American Society For Reproductive Medicine*, **2008**.
170. **Johnson VE, Masters WH.** İnsanda Cinsel Davranış. Çev Ed: Sayın Ü. Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı ve Ciltevi, İstanbul, **1994**.
171. **Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, Graziottin A, Heiman JR, Laan E, Meston C, Schover L, van Lankveld J, Schultz WW.** Revised definitions of women's sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, **2004**;1(1):40–48.
172. **Berman JR, Bassuk J.** Physiology and pathophysiology of female sexual function and dysfunction. *World Journal of Urology*, **2002**;20:111–118.
173. **İncesu C.** Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, **2004**;3:3-13.
174. **Pasqualotto EB, Pasqualotto FF, Sobreiro BP, Lucon A.M.** Female Sexual Dysfunction: The Important Points To Remember. *Clinics*, **2005**;60(1):51-60.
175. **Soylu A.** Kadın cinsel fonksiyon bozukluğunda tanı. *Androloji Bülteni*, 2003;13:21-23.
176. **Drory Y.** Sexual activity and cardiovascular risk. *European Heart Journal Supplements*, **2002**;4(Suppl H):13–18.
177. **Salonia A, Munarriz RM, Naspro R, Nappi RE, Briganti A, Chionna R, Federghini F, Mirone V, Rigatti P, Goldstein I, Montorsi F.** Women's sexual dysfunction: a pathophysiological review. *BJU International*, **2004**;93(8):1156-1164.
178. **Berman JR.** Physiology of female sexual function and dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, **2005**;17:44-751.
179. **Elnashar AM, El-Dien Ibrahim M, El-Desoky MM, Ali OM, El-Sayd Mohamed Hassan M.** Female sexual dysfunction in Lower Egypt. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.*, **2007**;114(2):201-216.
180. **Safarinejad MR.** Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *International Journal of Impotence Research*, **2006**;18:382–395.
181. **Basson R.** Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal*, **2005**;172(10):1327-1333.
182. **Öksüz E, Malhan S.** Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *The Journal of Urology*, **2006**;176(2):840-841.
183. **Anastasiadis AG, Davis AR, Ghafar MA, Burchardt M, Shabsigh R.** The epidemiology and definition of female sexual disorders. *World Journal of Urology*, **2002**;20(2):74-78.

184. **Berman JR, Adhikari SP, Goldstein I.** Anatomy and physiology of female sexual function and dysfunction: classification, evaluation and treatment options. *European Urology*, **2000**;38:20–29.
185. **Brown TER, Luisi AF.** Male and female sexual dysfunction. *American College Of Clinic Pharmacy*, **2006**:282-288.
186. **Basson R, Althof S, Davis S, Fugl-Meyer K, Goldstein I, Leiblum S, Meston C, Rosen R, Wagner G.** Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *Journal of Sexual Medicine*, **2004**;1(1):24-34.
187. **Boyacıoğlu GS.** Kadın cinsel işlev bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, **1999**;2:54-59.
188. **Dunn KM, Croft PR, Hackett GI.** Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Family Practice*, **1998**;15(6):519-524.
189. **Yeni E.** Kadında orgazmik fonksiyon ve bozuklukları. *Androloji Bülteni*, **2005**;21:165–167.
190. **Jamieson DJ, Steege JF.** The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstetrics and Gynecology*, **1996**;87(1):55–58.
191. **Berman JR, Berman L, Goldstein I.** Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation and treatment options. *Urology*, **1999**;54(3):385-391.
192. **Ghezzi A.** Sexuality and multiple sclerosis. *Scandinavian Journal of Sexology*, **1999**;2:125-140.
193. **Kömürcü N, Yıldız NK.** Menopozda cinsel yaşam. *Androloji Bülteni*, **2006**;26:173-176.
194. **Chen J, Ho SC.** Contraceptive status and sexual function of climacteric Chinese women. *Contraception*. **1999**;59:85-90.
195. **Gölge ZB.** Cinsel travma sonrası oluşan ruhsal sorunlar. *Nöropsikiyatri Arşivi*, **2005**;42(1-2-3-4-5):19-28.
196. **Briere J, Elliott DM.** Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, **2003**;27:1205–1222.
197. **Qureshi S, Ara Z, Qureshi VF, Al-Rejaie SS, Aleisa AM, Bakheet SA, Al-Shabanah OA, Qureshi MR, Fatima R, Qureshi MF, Al-Bekairi AM.** Sexual dysfunction in women: an

overview of psychological/psycho-social, pathophysiological, etiological aspects and treatment strategies. *Pharmacognosy Reviews*, **2007**;1(1):41-48.

198. **Kennedy SH, Dickens SE, Einfeld BS, Bagby RM.** Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *Journal of Affective Disorders*, **1999**;56(2-3):201-208.
199. **Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel-Fyr CL, Vittinghoff E, Brown JS, Thom DH, Reproductive Risk Factors for Incontinence Study at Kaiser Study Group.** Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstetrics and Gynecology.*, **2006**;107(4):755-764.
200. **Phillips NA.** Female sexual dysfunction: Evaluation and treatment. *American Family Physician*, **2000**;62:127-136,141-142.
201. **Takahashi M, Ohno S, Inoue H, Kataoka A, Yamaguchi H, Uchida Y, Oshima A, Abiru K, Ono K, Noguchi R, Kai I.** Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients. *Psycho-Oncology*, **2007**.
202. **Tariq SH & Morley JE.** Maintaining sexual function in older women. *Women's Health In Primary Care*, **2003**; 6(3):157-162.
203. **Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F.** Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *The Journal of Clinical Psychiatry*, **2001**;62(3):10-21.
204. **İncesu C.** Cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmede gözönünde bulundurulması gereken noktalar. *Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi*, **1999**;(2):3-9.
205. **İncesu C.** Cinsel işlev bozukluklarında ilk basamak değerlendirme ve ayırıcı tanı. *Psikiyatri Dünyası*, **1999**;2:39-48.
206. **Yıldız H.** Kalp hastalıkları ve cinsel disfonksiyon. 8. *Ulusal İç Hastalıkları Kongresi*, **2006**: 283-285.
207. **Lightner DJ.** Female sexual dysfunction. *Mayo Clinic Proceedings. Mayo Clinic*, **2002**;77:698-702.
208. **Şahin D.** Cinsel disfonksiyonun değerlendirilmesi. 8. *Ulusal İç Hastalıkları Kongresi*, **2006**:294-296.
209. **Armağan A, Kim NN, Traish AM.** Kadın genital cinsel uyarılmasında biyokimyasal mediyatörler ve disfonksiyonun potansiyel Mekanizmaları. *Androloji Bülteni*, **2005**;20:73-78.

210. **Kadioğlu A., Başar M.** Cinsel disfonksiyonda tedavi yöntemleri ve oral farmakoterapi. 8. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, **2006**:297-302.
211. **Marthol H, Hilz MJ.** Female sexual dysfunction: a systematic overview of classification, pathophysiology, diagnosis and treatment. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, **2004**;72(3):121-135.
212. **Shifren JL, Braunstein GD, Simon JA, Casson PR, Buster JE, Redmond GP, Burki RE, Ginsburg ES, Rosen RC, Leiblum SR, Caramelli KE, Mazer NA.** Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy. *The New England Journal of Medicine*, **2000**;343(10):682-688.
213. **nem K, Ateş K.** Kadın orgazmik işlev bozukluğunda hormon replasman tedavisi. *Androloji Bülteni*, **2005**;23:348-351.
214. **Munarriz R, Talakoub L, Flaherty E, Gioia M, Hoag L, Kim NN, Triash A, Goldstein I.** Androgen replacement therapy with dehydroepiandrosteron for androgen insufficiency and female sexual dysfunction: Androgen and questionnaire results. *JS Marit Ther*, **2003**;28:165-173.
215. **Caruso S, Intelisano G, Lupo L, Agnello C.** Premenopausal women affected by sexual arousal disorder treated with sildenafil:A doubleblind, crossover,placebo-controlled study. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **2001**;108:623-628.
216. **Billups KL, Berman L, Berman J, Metz ME, Glennon ME, Goldstein I** A new non-pharmacological vacuum therapy for female sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, **2001**;27:435-441.
217. **Wilson SK, Delk II JR, Billups KL.** Treating symptoms of female sexual arousal disorder with the eros clitoral therapy device. *The Journal of Gender-Specific Medicine*, **2001**;4:54-58.
218. **Kadioğlu A, nem K.** Kadın orgazmik işlev bozukluğunda vazoaktif ajanlar ve alternatif tedavi seenekleri. *Androloji Bülteni*, **2006**;24:71-75.
219. **Demir , Parlakay N, Gk G.** Hastane alışanı bayanlarda cinsel işlev bozukluğu. *Türk roloji Dergisi*, **2007**;33 (2):156-160.
220. **Giraldi A, Alm P, Werkstrm V, Myllymäki L, Wagner G, Andersson KE.** Morphological and functional characterization of a rat vaginal smooth muscle sphincter. *International Journal of Impotence Research*, **2002**;14(4):271-282.
221. **Okeahialam BN, Obeka NC.** Sexual dysfunction in female hypertensives. *Journal of the National Medical Association*, **2006**;98(4):638-640.
222. **Nusbaum M, Hamilton C, Lenahan.** Chronic illness and sexual functioning. *American Family Physician*, **2003**;67(2):347-54,357.

223. **Kayır A.** Cinsellik kavramı ve cinsel mitler. *Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi*, **1998**;1(1):30-35.
224. **Küçük L.** Cinsel fonksiyon bozukluklarının psikolojik yönü. *Androloji Bülteni*, **2004**;17:175-178.
225. **Pınar R, Yılmaz H.** Cinsel disfonksiyonu olan kardiyovasküler hastaların bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2005**;21 (2):135-145.
226. **Ohl LE:** Essentials of Female Sexual Dysfunction from a Sex Therapy Perspective. *Urologic Nursing*, **2007**;27(1):57-63. Erişim: [http://www.medscape.com/viewarticle/555706\\_1](http://www.medscape.com/viewarticle/555706_1)
227. **Berman L, Berman J, Felder S, Pollets D, Chhabra S, Miles M, Powell JA.** Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertility and Sterility*, **2003**;79(3):572-576.
228. **Güvel S, Yaycıoğlu Ö, Bağış T, Savaş N, Bulgan E, Özkardeş H.** Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etkin Faktörler. *Türk Üroloji Dergisi*, **2003**;29(1):43-48.
229. **Taylor B, Davis S.** Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard*, **2006**;21(11):35-40.
230. **Wiegel M, Meston C, Rosen R.** The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex & Marital Therapy*, **2005**; 31:1–20.
231. **Aygin D, Aslan FE.** Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science*, **2005**;25:393-399.
232. **Rosen RC, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R Jr.** The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, **2000**;26:191–208.
233. **Zoulia V, Aggelopoulou A, Mpiskini I, Sarakatsianou M, Michalopoulou T, Triantafyllou G.** Female sexual dysfunction (F.S.D.) in women with essential hypertension. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, **2008**;7:52.
234. **Hayes R, Dennerstein L.** The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: a review of population-based studies. *The Journal of Sexual Medicine*, **2005**; 2: 317–330.
235. **Kessenich CR, Botwinski CA.** New focus on women's sex disorders. Erişim: <http://www.nurse.com/ce/course.html?CCID=3957>



236. **Fahami F, Beygi M, Zahraei RH, Arman S.** Sexual dysfunction in menopausal women and the socioeconomic state. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research (IJNMR)*, **2007**;12(2): 61-64.
237. **Abdo CH, Oliveira WM Jr, Moreira ED Jr, Fittipaldi JA.** Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women--results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *International Journal of Impotence Research*, **2004**;16(2):160-166.
238. **Van Gleen JM, Van De Weijer PH, Arnolds HT.** Urogenital symptoms and their resulting discomfort in non-institutionalized 50-to-75-years-old Dutch women. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, **1996**;140:713-716.
239. **Öniz A, Keskinoglu P, Bezircioğlu I.** The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. *The Journal of Sexual Medicine*, **2007**;4(6):1575-1581.
240. **Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, Wang T; GSSAB Investigators' Group.** Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, **2005**;17(1):39-57.
241. **Lau JT, Kim JH, Tsui HY.** Mental health and lifestyle correlates of sexual problems and sexual satisfaction in heterosexual Hong Kong Chinese population. *Urology*, **2005**;66(6):1271-1281.
242. **Gökçe B.** Türkiye'nin toplumsal yapısı ve toplumsal kurumları. Savaş Yayınevi, Ankara, **1996**.
243. **Lau JTF, Wang Q, Cheng Y, Yang X.** Prevalence and risk factors of sexual dysfunction among younger married men in a rural area in China. *Urology*, **2005**;66(3):616-622.
244. **Rosen RC, Althof S.** Impact of premature ejaculation: The psychological, quality of life, and sexual relationship consequences. *The Journal of Sexual Medicine*, **2008**;5(6):1296-307.
245. **Sidi H, Puteh SE, Abdullah N, Midin M.** The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. *The Journal of Sexual Medicine*, **2007**;4(2):311-321.
246. **Tuğrul C.** Cinsel işlev bozukluklarının psikolojik nedenleri. *Cinsel İşlev Bozukluklarının Monograf Serisi*, **1999**;2:29-33.
247. **Türkmen F.** Eğitimin ekonomik ve sosyal faydaları ve türkiye'de eğitim- ekonomik büyüme ilişkisinin araştırılması. DPT Uzmanlık Tezi, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Ankara, **2002**:4-21.
248. **Aksakal A.** Kadın cinselliği ve cinsel sorunları. Bilim Uzmanlığı Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **1991**.

249. **Uyanık D, Doğan S.** Kız çocukları açısından erken yaş evliliği. *Araştırma Sempozyumu 98 bildirisi*, **1998**. Erişim: www.die.gov.tr/tkba.
250. **Tunç Aİ.** Van'da kadın sorunları ve eğitim. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Elektronik Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(1);1-26. Erişim: efdergi.yyu.edu.tr., Erişim tarihi:23.02.2008.
251. **Doğan E.** Evli boşanmışlarda yalnızlık, depresyon, benlik saygısı ve denetim odağı inancı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, **1998**.
252. **Yücel Ç.** Postmenapozal dönemdeki kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin sorunlarının ve başatme durumlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2006**.
253. **Ojomu F, Thacher T, Obadofin M.** Sexual problems among married Nigerian women. *International Journal of Impotence Research*, **2007**;19(3):310-316
254. **Parish WL, Luo Y, Laumann EO, Kew M, Yu Z.** Unwanted sexual activity among married women in urban China. *Journal of Sex research*, **2007**;44(2):158-171.
255. **Aslan G, Aslan D, Kızılyar A, Ispahi C, Esen A.** Prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *International Journal of Impotence Research*, **2005**;17(2): 154-157.
256. **Baksu B, Davas I, Agar E, Akyol A, Varolan A.** The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **2007**;18(4):401-416.
257. **Güngör S, Baser I, Ceyhan S, Karasahin E, Acikel CH.** Mode of delivery and subsequent long-term sexual function of primiparous women. *International Journal of Impotence Research*, **2007**;19(4):358-365.
258. **Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I.** Women's sexual health after childbirth. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.*, **2000**;107(2):186-195.
259. **Kolotkin RL, Bnks M, Crosby RD, Østbye T, Gres RE, Adams TD.** Obesity and sexual quality of life. *Obesity*, **2006**;14:472– 479.
260. **Assimakopoulos ve ark: Assimakopoulos K, Panayiotopoulos S, Iconomou G, Karaivazoglou K, Matzaroglou C, Vagenas K, Kalfarentzos F.** Assessing sexual function in obese women preparing for bariatric surgery. *Obesity Surgery*, **2006**;16(8):1087-1091.
261. **Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, Bisogni C, Schisano B, Autorino R, Cobellis L, De Sio M, Colacurci N, Giugliano D.** Association of body weight with sexual function in women. *Int J Impot Res.*, **2007**;19(4):353-357.

262. **Roodsari AA, Khademi A, Hamed EA, Tabatabaifan SL, Alleyassin A.** Female sexual dysfunction in married medical students. *McGill Journal of Medicine*, **2005**;8(2):104-108.
263. **McCall-Hosenfeld JS, Freund KM, Legault C, Jaramillo SA, Cochrane BB, Manson JE, Wenger NK, Eaton CB, McNeely SG, Rodriguez BL, Bonds D.** Sexual satisfaction and cardiovascular disease: the Women's Health Initiative. *The American Journal of Medicine*, **2008**;121(4):295-301.
264. **Ko DT, Hebert PR, Coffey CS, Sedrakyan A, Curtis JP, Krumholz HM.** Beta-blocker therapy and symptoms of depression, fatigue, and sexual dysfunction. *The Journal of the American Medical Association*, **2002**;288(3):351-357.
265. **Meston CM, Derogatis LR.** Validated instruments for assessing female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, **2002**; 28 (Suppl 1):155-164.
266. **Park K, Goldstein I, Andry C, Siroky MB, Krane RJ, Azadzi KM.** Vasculogenic female sexual dysfunction: the hemodynamic basis for vaginal engorgement insufficiency and clitoral erectile insufficiency. *International Journal of Impotence Research*, **1997**;9(1):27-37.
267. **Tarkan T, Park K, Goldstein I, Maio G, Fassina A, Krane RJ, Azadzi KM.** Histomorphometric analysis of age-related structural changes in human clitoral cavernosal tissue. *The Journal of Urology*, **1999**; 161:940-944.

## EKLER

### EK – 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Görüşme tarihi:

Boy:.....cm

Dosya no:

Kilo:.....kg

Adı – soyadı (ilk harfleri):

Görüşme yapılan hastane:

#### a) Sosyo-Demografik Özellikler

1. Yaşınız:

2. Eğitim durumunuz:  Okuryazar değil  
 Okuryazar  
 İlkokul  
 Ortaokul  
 Lise  
 Üniversite

3. Çalışma durumunuz:  Çalışıyor  
 Çalışmıyor  
 Emekli

4. Mesleğiniz:

5. Sosyal güvenceniz:  Emekli sandığı  
 Bağkur  
 Yeşil kart  
 Özel sigorta  
 SSK  
 Diğer.....

6. Eşinizin yaşı:

7. Eşinizin eğitim durumu:  Okuryazar değil  
 Okuryazar  
 İlkokul  
 Ortaokul  
 Lise  
 Üniversite  
 Diğer.....

8. Eşinizin çalışma durumu:  Çalışıyor  
 Çalışmıyor  
 Emekli
9. Eşinizin mesleği:
10. Gelir durumunuz:  Geliri giderinden fazla  
 Gelir giderine denk  
 Geliri giderinden az  
 Geliri yok
11. Büyüdüğünüz ailenin yapısı:  Çekirdek aile  
 Geniş aile
12. Şu an yaşadığınız aile yapısı :  Çekirdek aile  
 Geniş aile
13. Evlenme yaşınız:
14. Eşinizle evlenme şekliniz:  Görücü usulü ile evlendim.  
 Aile baskısı nedeniyle evlendim.  
 Önceden tanışarak ve severek evlendik.
15. Kaç yıllık evlisiniz:
16. Kaçınıcı evliliğiniz:
17. Eşinizin kaçınıcı evliliği:
18. Eşinizle ilişkiniz:  Çok iyi  
 İyi  
 Orta  
 Kötü  
 Çok kötü
18. Doğum sayınız:  Doğum yapmamış  
 1-2 doğum yapmış  
 3-4 doğum yapmış  
 5 ve üstü doğum yapmış
19. Doğum şekliniz:  Sezaryen  
 Normal doğum  
 Sezaryen + normal doğum

(Yüksek tansiyon hastası değilseniz 33. soruya geçiniz.)

**b) Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikler**

20. Kaç yıldır hipertansiyon hastasıdır?

21. Kullandığınız ilaçlar:

22. Yüksek tansiyonunuz uygulanan bu tedavi ile kontrol altında tutuluyor mu?

Evet  Hayır

23. Tansiyonunuzu ölçtürme sıklığınız:

24. Uyguladığınız bir diyet programı var mı?

Evet ise açıklayınız.....  
 Hayır

25. Sigara kullanma durumunuz:

Kullanıyorum .....adet/gün  
 Kullanmıyorum.  
 Bıraktım .....ne kadar süre kullanmış  
.....ne zaman bırakmış

## EK – 2. KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ

Sayın katılımcı; son dört haftada süregelen cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçekte 19 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Bu ankete verilen cevaplar yalnızca anketi uygulayan kişi tarafından değerlendirilecektir.

Yardımlarınız için teşekkür ederim.

**Cinsel aktivite:** Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.

**Cinsel ilişki:** Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi

**Cinsel uyarılma:** Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar.

**Orgazm:** Bızır, hazne, rahim, makat ve alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.

1. Son 4 hafta içinde, ne sıklıkta cinsel istek duydunuz?

- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

2. Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?

- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

3. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında cinsel bakımdan uyarılacağınızdan ne derecede emindiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok emindim
- Emindim
- Oldukça emindim
- Az emindim
- Çok az / hiç emin değildim

6. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkârdı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman



8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok çok zor veya imkânsızdı
- Çok zordu
- Zordu
- Biraz zordu
- Hiç zorluk çekmedim

9. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

11. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma veya cinsel ilişkide ne sıklıkta orgazm oldunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

12. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşmak sizin için ne kadar zordu?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Çok çok zordu / imkânsızdı
- Çok zordu
- Zordu
- Biraz zordu
- Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşmanız ne kadar tatminkardı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkârdı
- Genellikle tatminkârdı
- Yarısında tatminkârdı, yarısında tatminkâr değildi
- Genellikle tatminkâr değildi
- Hiç tatminkâr değildi

14. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz sırasında siz ve eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkârdı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkârdı
- Genellikle tatminkârdı
- Yarısında tatminkârdı, yarısında tatminkâr değildi
- Genellikle tatminkâr değildi
- Hiç tatminkâr değildi.

15. Son 4 hafta içinde, eşinizle cinsel ilişkiniz sizin için ne kadar tatminkârdı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkârdı
- Genellikle tatminkârdı
- Yarısında tatminkârdı, yarısında tatminkâr değildi
- Genellikle tatminkâr değildi
- Hiç tatminkâr değildi

16. Son 4 hafta içinde, genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkârdı?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkârdı
- Genellikle tatminkârdı
- Yarısında tatminkârdı, yarısında tatminkâr değildi
- Genellikle tatminkâr değildi
- Hiç tatminkâr değildi

17. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

18. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

19. Son 4 hafta içindeki, hazneye giriş sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı / rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

## EK – 3. İZİN YAZISI



T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Dahili Tıp Bilimleri Bölümü  
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı :B.30.2.MEÜ.0.01.00.04-10 / 76-826  
Konu :Anket Çalışması

Tarih: 17.05.2007

### TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İLGİ: 14.05.2007 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.01.00.00/1798 sayılı yazınız.

İlgi yazıda anılan Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Cemile KÜTMEÇ' in Mayıs-Ekim 2007 tarihleri arasında 'Esansiyet Hipertansiyonu Olan Kadınların Yaşadıkları Cinsel Sorunlar' konulu yüksek lisans tezine veri toplamak amacıyla Anabilim Dalımız polikliniğinde anket çalışması yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. V. Gökhan CİN  
Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Ahmet İLVAN  
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı

T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı

GELEN EVRAK	
Kayıt Tarihi:	18.05.2007
Kayıt No.:	2767

## ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1981 yılında Mersin’de doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Mersin’de tamamlamıştır. 2001 yılında Kırıkkale Devlet Hastanesi’nde göreve başlamış ve aynı yıl Mersin Devlet Hastanesi’ne atanmıştır. 2004 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’ndan mezun olan araştırmacı, 2008 yılında Mersin Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimini tamamlamıştır ve halen Mersin Devlet Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım kliniğinde görev yapmaktadır.