

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

TİP 1 DİABETES MELLİTUSU OLAN HASTALARIN
CİNSELLİK ALGILARININ VE CİNSEL BAKIM
GEREKİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Şefika DEDEMOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2019-ANTALYA

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

TİP 1 DİABETES MELLİTUSU OLAN HASTALARIN
CİNSELLİK ALGILARININ VE CİNSEL BAKIM
GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Şefika DEDEMOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Serpil İNCE

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

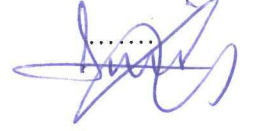
2019-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Esasları Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 27 Haziran 2019

İmza

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Serpil İNCE
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. İlhan GÜNBAZI
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Doç. Dr. Emine KOL
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Nigar ÜNLÜSOY DİNÇER
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Leyla MUSLU
Akdeniz Üniversitesi



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Narin DERİN
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrenci

Şefika DEDEMOĞLU



Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Serpil İNCE



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecim boyunca bana daima yol gösteren, ilgisini ve desteklerini esirgemeyen danışmanım, değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Serpil İNCE'ye; yüksek lisans eğitimimin başlangıcından itibaren yanımda olan, bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren değerli hocam Doç. Dr. Emine KOL'a; tez sürecimin başlangıcından itibaren değerli katkı ve yönlendirmeleri ile destek olan değerli hocam Prof. Dr. İhan GÜNBAI'ya;

Tez çalışmamı yürütemem için gerekli imkanları sağlayan üniversiteme ve Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'na; Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Antalya Özel Yaşam Hastanesi çalışanlarına; tez sürecimde Endokrinoloji ve Metabolizma polikliniklerine gelen ve araştırmaya katılmayı kabul eden diyabet hastalarım;

Yüksek lisans eğitim sürecim boyunca tüm sorularımın cevabı olan ve değerli yardımlarını esirgemeyen Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün tüm çalışanlarına;

Yüksek lisans eğitimimi ve akademik çalışma yaşamımı birlikte paylaştığım, her konuda yanımda olan, arkadaşlarım Arş. Gör. Deniz TAŐDEMİR, Arş.Gör. Ayşe YACAN KÖK, Arş.Gör. Hilal Gamze HAKBİLEN, Arş.Gör. Fadime Gamze TEKİN, Arş.Gör. Fatma DURSUN ERGEZEN ve Arş.Gör. Ayşegül KORKMAZ DOĞDU'ya;

Tez çalışmamın tüm süreçlerinde desteklerini esirgemeyen Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı hocalarıma;

Hayatım boyunca her zaman sevgisiyle, destekleriyle yanımda olan, eğitim sürecimin bugünlere taşınmasını sağlayan annem Kerime BAYRAKTAR, babam Necdet BAYRAKTAR, kardeşim Yunus Emre BAYRAKTAR ve tüm aileme;

Yoğun çalışma dönemimde hiçbir zaman desteğini esirgemeyen, varlığını en yakından hissettiğim sevgili eşim Mustafa DEDEMOĞLU ve tezimle birlikte büyüyen biricik kızım Duru DEDEMOĞLU'na en içten saygı ve sevgilerimle teşekkür ederim.

Şefika DEDEMOĞLU

ÖZET

Amaç: Bu çalışma Tip 1 Diabetes Mellitusu olan hastaların cinsellik algılarının ve cinsel bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma karma yöntem araştırması olup paralel veriler tipli yakınsak desenedir. Araştırmanın evrenini, Ağustos 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında Antalya Atatürk Devlet Hastanesi ve Ocak-Nisan 2019 tarihleri arasında Antalya Özel Yaşam Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma polikliniğine başvuran tip 1 diyabetli bireyler oluşturmuştur. Veriler; Kişisel Bilgi Formu, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Ölçeği, Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu ile sekiz gönüllü katılımcıdan toplanarak SPSS 23.0 ve N-Vivo10 ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %50'si erkektir. Erkeklerin tamamında erektil disfonksiyon, kadınların %25'inde cinsel fonksiyon bozukluğu saptanmıştır. Derinlemesine görüşme sonucunda “Anlamlandırma, İlişkide Yaşanılan Güçlükler, Profesyonel Destek Almanın Önündeki Engeller, Yardım Arama Davranışı, Cinsel Bakım Önerileri” ana temaları ve “ihtiyaç, mutluluk kaynağı, yaşamdaki yeri, fizyolojik, psikolojik, evlilik süreçlerinde güçlükler, fiziki ortamın uygun olmaması, bilgi eksikliği, sağlık çalışanlarının ulaşılabilir olmaması, cinsellikle ilgili konuşmaktan çekinme, alternatif tedavilere, tıbbi tedavilere, kendi kendine çözüm bulmaya yönelim, sağlık kuruluşlarına yönelik, alternatif tedavilere yönelik, diğer bireylerle paylaşmaya yönelik öneriler” alt temaları bulunmuştur. Ayrıca katılımcılar diyabetten önce ve sonra cinselliklerini tanımlamada metaforlar üretmişlerdir.

Sonuç: Tip 1 diyabetli bireylerin cinsel yaşamlarında fizyolojik ve psikolojik güçlükler yaşadıkları ve yaşadıkları bu güçlüklerle baş etmek için profesyonel destek almaktan ziyade çoğunlukla kendi kendilerine çözüm ürettikleri bulunmuştur. Ayrıca cinsellikle ilgili konuların standart diyabet bakımına entegre edilmesini istedikleri ve cinsel yaşamları konusunda sağlık profesyonellerinden destek bekledikleri saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: tip 1 diabetes mellitus, cinsellik, diyabet ve cinsel yaşam, nitel araştırma, hemşirelik

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to determine the sexual perceptions and sexual care needs of patients with Type 1 Diabetes Mellitus.

Method: It is a mixed method research with parallel data type convergent design. The study population consisted of patients diagnosed with type 1 diabetes between August 2018 and April 2019 in Antalya Atatürk State Hospital and between January and April 2019 in Antalya Private Life Hospital Endocrinology and Metabolism outpatient clinic. Data were collected from eight volunteers by using Personal Information Form, Female Sexual Function Index Scale, Erectile Function International Evaluation Form and semi-structured interview form. N-Vivo10 and SPSS 23.0 were used for data evaluation.

Results: 50% of the participants were male. All of the men had erectile dysfunction and 25% of women had sexual dysfunction. As a result of in-depth interview main themes of “meaning, difficulties in sexual life, barriers to professional support, help seeking behavior, sexual care advice” and sub themes of “need, source of happiness, place in life, physiological difficulties, psychological difficulties, difficulties in marriage processes, inability of the physical environment, lack of information, inability of the health care workers, hesitation about talking sexuality, orientation to alternative therapies, orientation to medical treatments, self-directedness, recommendations for health institutions, recommendations for alternative therapies, recommendations for sharing with other individuals. In addition, participants produced metaphors to define their sexuality before and after diabetes.

Conclusion: Individuals with type 1 diabetes face with physiological and psychological difficulties in their sexual lives. In order to cope with these difficulties, they prefer individuals’ solution rather than getting professional support. In addition, patients desired that sexual issues should be integrated into standard diabetes care and sexual life should be supported by health care giver.

Key words: type 1 diabetes mellitus, sexuality, diabetes and sexual life, qualitative research, nursing

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Diyabetin Tanımı ve Epidemiyolojisi	3
2.2. Diyabetin Tanı Kriterleri	4
2.3. Diyabetin Etiyolojisi ve Sınıflaması	5
2.3.1. Tip 1 Diyabet	5
2.3.2. Tip 2 Diyabet	6
2.3.3. Gestasyonel Diyabet	7
2.3.4. Spesifik Nedenlere Bağlı Diyabet	8
2.4. Diyabetin Komplikasyonları	8
2.4.1. Akut Komplikasyonlar	9
2.4.2. Kronik Komplikasyonlar	12
2.5. Diyabet ve Cinsel Yaşam	16
2.5.1. Cinsellik ve Cinsel Fonksiyonun Fiziyojisi	16
2.5.2. Cinsel Fonksiyon Bozuklukları ve Etkileyen Faktörler	19
2.5.3. Diyabetin Cinsel Fonksiyonlar Üzerine Etkisi	20
2.5.4. Diyabetli Bireylerde Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Yaklaşımları	25
3. GEREÇ ve YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Şekli	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	29

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	30
3.4. Verilerin Toplanması	31
3.4.1. Veri Toplama Formları	34
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	40
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	41
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	41
3.9. Araştırma Sürecinde Yaşanılan Olumlu ve Olumsuz Durumlar	41
4. BULGULAR	43
4.1. Nicel Bulgular	43
4.1.1. Tip 1 Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri	43
4.1.2. Tip 1 Diyabetli Bireylerin Hastalık ve Cinsel Yaşam Durumlarına İlişkin Özellikleri	44
4.1.3. Tip 1 Diyabetli Erkek Bireylerin Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu Toplam ve Alt Boyut Puanları	45
4.1.4. Tip 1 Diyabetli Kadın Bireylerin Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Toplam ve Alt Boyut Puanları	46
4.2. Nitel Bulgular	46
4.2.1. Anlamlandırma	48
4.2.2. İlişkide Yaşanılan Güçlükler	50
4.2.3. Profesyonel Destek Almanın Önündeki Engeller	56
4.2.4. Yardım Arama Davranışı	59
4.2.5. Cinsel Bakım Önerileri	61
4.3. Cinsellik Metaforları	64
5. TARTIŞMA	68
5.1. Nicel Bulguların Değerlendirilmesi	68
5.2. Nitel Bulguların Değerlendirilmesi	69
5.2.1. Anlamlandırma	69
5.2.2. İlişkide Yaşanılan Güçlükler	72
5.2.3. Profesyonel Destek Almanın Önündeki Engeller	77

5.2.4. Yardım Arama Davranışı	81
5.2.5. Cinsel Bakım Önerileri	84
5.3. Cinsellik Metaforları	86
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	90
6.1. Sonuç	90
6.2. Öneriler	93
KAYNAKLAR	94
EKLER	
EK-1. Araştırmanın Zamanlaması	
EK-2. Katılımcı İçin İzin Formu	
EK-3. Kişisel Bilgi Formu	
EK-4. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi	
EK-5. Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu	
EK-6. Görüşme Rehberi	
EK-7. Ölçek Kullanım İzni	
EK-8. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	
EK-9. Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Araştırma İzin Yazısı	
EK-10. Antalya Özel Yaşam Hastanesi Araştırma İzin Yazısı	
EK-11. Tez Projesi Öneri Formu	
ÖZGEÇMİŞ	128

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1.	Diyabet tanı kriterleri	4
Tablo 2.2.	OGTT tanı kriterleri	8
Tablo 2.3.	Hipogliseminin sınıflandırılması ve belirtileri	10
Tablo 2.4.	eGFR evreleri	14
Tablo 2.5.	Kadın ve erkekte cinsel yanıt döngüsündeki değişiklikler	18
Tablo 2.6.	Cinsel fonksiyon bozuklukları	19
Tablo 3.1.	Kadın cinsel fonksiyon indeksi alt boyutları	36
Tablo 3.2.	Ereksiyon işlevi uluslararası değerlendirme formu alt boyutları	37
Tablo 3.3.	Erektile disfonksiyonun derecelendirilmesi	38
Tablo 4.1.	Tip 1 diyabetli bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	43
Tablo 4.2.	Tip 1 diyabetli bireylerin hastalık ve cinsel yaşam durumlarına ilişkin özellikleri	44
Tablo 4.3.	Ereksiyon işlevi uluslararası değerlendirme formu toplam ve alt boyut puanları	45
Tablo 4.4.	Kadın cinsel fonksiyon indeksi toplam ve alt boyut puanları	46
Tablo 4.5.	Nitel bulguların ana temaları ve alt temaları	47

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	Erkeklerde cinsel yanıt döngüsü	17
Şekil 2.2.	Kadınlarda cinsel yanıt döngüsü	17
Şekil 2.3.	Eretil disfonksiyonun patofizyolojisi	23
Şekil 2.4.	Kadın cinsel fonksiyon bozukluğunun patofizyolojisi	25
Şekil 3.1.	Atatürk devlet hastanesi araştırma süreci akış şeması	33
Şekil 3.2.	Yaşam hastanesi araştırma süreci akış şeması	34
Şekil 4.1.	Anlamlandırma	48
Şekil 4.2.	İlişkide yaşanan güçlükler	50
Şekil 4.3.	Profesyonel destek almanın önündeki engeller	56
Şekil 4.4.	Yardım arama davranışı	59
Şekil 4.5.	Cinsel bakım önerileri	61
Şekil 4.6.	Diyabet öncesi cinsellik metaforları	64
Şekil 4.7.	Diyabet sonrası cinsellik metaforları	66

SİMGELER ve KISALTMALAR

ADA	:	American Diabetes Association (Amerikan Diyabet Birliği)
APG	:	Açlık Plazma Glikozu
BKİ	:	Beden Kitle İndeksi
DKA	:	Diyabetik Ketoasidoz
DM	:	Diabetes Mellitus
DSM	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
ED	:	Eretil Disfonksiyon
e GFR	:	Glomerüler Filtrasyon Hızı
FSFI	:	Female Sexual Function Index (Kadın Cinsel Fonksiyon indeksi)
HbA1C	:	Glikozillenmiş Hemoglobin A1C
HHD	:	Hiperosmolar Hiperglisemik Durum
IEF	:	Internationale Index of Erectile Function (Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu)
KAH	:	Kroner Arter Hastalığı
KB	:	Kan Basıncı
KBH	:	Kronik Böbrek Hastalığı
KVH	:	Kardiyovasküler Hastalık
NO	:	Nitrik Oksit
OGTT	:	Oral Glikoz Tolerans Testi
PAH	:	Periferik Arter Hastalığı
PG	:	Plazma Glikozu
TURDEP	:	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması

1. GİRİŞ

Diabetes mellitus (DM); pankreasın insülin hormonunu yeterince üretememesi veya vücudun üretilen insülini etkili bir şekilde kullanamaması sonucu karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasında bozukluklara neden olan, komplikasyonların geliştiği kronik bir metabolizma hastalığıdır (http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Diyabet prevalansının 2017 yılında %8.8 iken 2045 yılında %9.9'a yükseleceği belirtilmektedir. (https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

Diyabet; tip 1, tip 2, spesifik nedenlere bağlı ve gestasyonel diyabet olmak üzere dört gruba ayrılır (Yöner, 2011; American Diabetes Association (ADA), 2019). Tip 1 DM; uzun vadede makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonlara neden olmaktadır. Mikrovasküler komplikasyonlardan biri de diyabetik nöropatidir (Vınık ve ark., 2003; Yumuk, 2011; Yeşil ve Akıncı, 2011). Diyabetik nöropati; periferik ve otonom nöropati olmak üzere ikiye ayrılır. Otonom nöropatiler; kardiyovasküler, gastrointestinal, genitoüriner otonom nöropati olmak üzere üç grupta sınıflandırılır. Genitoüriner otonom nöropatiler cinsel fonksiyon bozukluklarına neden olmaktadır (Vınık ve ark., 2003; Arıng ve ark., 2005). Cinsel fonksiyon bozukluğu hem tip 1 hem de tip 2 diyabetli kadın ve erkek bireylerin sık karşılaştığı bir komplikasyondur (Bacon ve ark., 2002; Ziaei-Rad ve ark., 2010; Büyükkayacı Duman, 2014; Mazzilli ve ark., 2015; Kouidrat, 2017). Erkeklerde diyabetin varlığı erektil disfonksiyon, ejakülasyon, cinsel istek, cinsel tatmin olma gibi durumlar için risk oluşturmaktadır (Varkonyı ve Kempfer, 2014). Diyabetli kadınlarda ise libido kaybı, orgazm problemleri, lubrikasyon ve uyarılma problemleri, dispareni, vajinal kuruluk ve cinsel tatmin düşüklüğü sıklıkla görülmektedir (Enzlin ve ark., 2009; Seddigh Fatemi ve Morteza Taghavi, 2009; Bjerggaard ve ark., 2015).

Diyabetli bireylerde cinsel fonksiyon bozukluğu riski fazla olmasına rağmen diyabetli bireyler sağlık profesyonelleri ile cinsel sorunları konuşmayı utanç verici bir konu olarak bulmakta ve bu sorunları açıkça konuşmaktan çekinmektedir (Nash ve Talisa Arya, 2014).

Sağlık profesyonelleri de cinsellikle ilgili konularda kültürel yapının etkisi, iş yoğunluğu, hastaların rahatsızlık yaşayacağı düşüncesiyle bireylerle bu konuları konuşmaktan ve danışmanlık yapmaktan kaçınmaktadır (Yıldız, 2002).

Sağlık profesyonellerinin bakım verdikleri bireylerin cinselliğini dikkatle ele almaları ve doğru bir şekilde değerlendirmeleri uygun tedavi ve bakımın yapılabilmesi için önemlidir. Özellikle diyabetli bireylere bakım veren hemşirelerin bireylerin cinselliğini doğru bir şekilde değerlendirmesi, cinsel hayatlarında yaşadıkları problemleri ve cinsel bakım gereksinimlerini belirlemesi diyabetli bireylerdeki cinsellikle ilgili sorunların erken dönemde saptanıp çözülmesine yardımcı olacaktır. Bu bağlamda bu araştırma, tip 1 Diabetes Mellitusu olan hastaların cinsellik algılarının ve cinsel bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Nicel Araştırma Soruları

1. Tip 1 DM’li bireylerin sosyo-demografik özellikleri nelerdir?
2. Tip 1 DM’li bireylerin hastalık ve cinsel yaşam durumlarına ilişkin özellikleri nelerdir?
3. Tip 1 DM’li erkek bireylerin Ereksiyon İşlevi Uluslararası değerlendirme formu toplam ve alt boyut puanları nedir?
4. Tip 1 DM’li kadın bireylerin Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi toplam ve alt boyut puanları nedir?

Nitel Araştırma Soruları

1. Tip 1 DM’li bireylerin cinselliğe bakış açıları nasıldır?
2. Cinsel sorunları olan Tip 1 DM’li bireyler ne tür problemler yaşamaktadır?
3. Cinsel sorunları olan Tip 1 DM’li bireyler yaşadıkları problemler için profesyonel destek almakta mıdır?
4. Cinsel sorunları olan Tip 1 DM’li bireyler yaşadıkları problemlerin üstesinden gelmek için neler yapmaktadır?
5. Cinsel sorunları olan Tip 1 DM’li bireylerin yaşanan cinsel sorunların üstesinden gelmek için diğer diyabetli bireylere önerileri nelerdir?
6. Tip 1 DM’li bireylerin diyabetten önce ve sonra cinselliklerini tanımlamak için ürettikleri metaforlar nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diyabetin Tanımı ve Epidemiyolojisi

Diabetes mellitus; pankreasın insülin hormonunu yeterince üretememesi veya vücudun üretilen insülini etkili bir şekilde kullanamaması sonucu karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasında bozukluklara neden olan, komplikasyonların geliştiği ciddi, kronik bir metabolizma hastalığıdır (Siddiqui ve ark., 2013; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; https://www.who.int/nmh/publications/fact_sheet_diabetes_en.pdf?ua=1 Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

Diyabet günümüzde sıklığı ve yarattığı sorunlar nedeniyle ülkemizde ve tüm dünyada önemi gittikçe artan bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Coşansu ve Erdoğan, 2009; Bargiota ve ark., 2011; Siddiqui ve ark., 2013; https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Nüfus artışı, yaşlanma, kentleşme, obezite prevalansının artması ve fiziksel hareketsizlik nedeniyle diyabetli bireylerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır (Wild ve ark., 2004). Uluslararası Diyabet Federasyonu 20-79 yaş arası yetişkinlerde 2017 yılında 425 milyon olan diyabetli birey sayısının 2045 yılında 629 milyona ulaşacağını belirtmektedir. Diyabet prevalansının ise 2017 yılında %8.8 iken 2045 yılında %9.9'a yükseleceği belirtilmektedir (https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Diyabetli birey sayısı bu kadar çok olmasına rağmen dünya genelinde 20-79 yaş arası bireylerin yaklaşık %50'si diyabet hastalığının farkında değildir. Türkiye'nin de içinde bulunduğu Avrupa bölgesinde diyabet prevalansının 2017 yılında %8.8 iken 2045 yılında %10.2'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP-I ve II) sonuçları ise, 1998-2010 yılları arasında Türk erişkin toplumunda DM görülme sıklığının %90 artarak %7.2'den %13.7'ye çıktığını göstermiştir (Satman ve ark., 2002,

2013; <http://www.diabetcemiyeti.org/c/turdep-2-sonuclarinin-ozeti>, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Uluslararası Diyabet Federasyonu 2017 yılında Türkiye’deki 20-79 yaş arası yetişkinlerde diyabet prevalansının %12.1 olduğunu bildirmiştir (https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

Dünya genelinde 2017 yılında ölen 20-79 yaş arası diyabetli birey sayısının yaklaşık 4 milyon olduğu tahmin edilmektedir. Bu yaş grubundaki insanlar arasında diyabet dünyada bütün ölüm nedenlerinin %10.7’sini oluşturmaktadır (https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

2.2. Diyabetin Tanı Kriterleri

Diyabet tanısını koymak için dört tanı kriteri kullanılmaktadır. Kullanılan bu tanı kriterleri; açlık plazma glikozu (APG), oral glikoz tolerans testi (OGTT), rastgele plazma glikozu (PG) ve hemoglobin A1C (HbA1C)’dir. Bireylerde bu tanı kriterlerinin bir veya daha fazlası görülürse diyabet tanısı konulabilir. Bu tanı kriterleri ve değerleri Tablo 2.1’de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Diyabet tanı kriterleri

Açlık Plazma Glikozu (En az 8 saat aç olması gerekir)	≥ 126 mg/dl
Oral Glikoz Tolerans Testinde 2. Saat Plazma Glikozu (OGTT 75 gr glikoz ile yapılmalı)	≥ 200 mg/dl
Rastgele Plazma Glikozu + Diyabet Semptomları (poliüri, polidipsi, polifaji, halsizlik, ağız kuruluğu)	≥ 200 mg/dl
HbA1C	$\geq \%6.5$

American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care. 2019;42(1):13–28; https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/2019050616_4501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019

Tip 1 diyabetli bireylerde hastalığın klinik belirtileri belirgin olduğu için çoğu zaman OGTT yapılması gerekmemektedir (http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/2019050616_4501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

2.3. Diyabetin Etiyolojisi ve Sınıflaması

Diyabet; tip 1, tip 2, spesifik nedenlere bağlı ve gestasyonel diyabet olmak üzere dört temel grupta sınıflandırılır (Yöner, 2011; Coşansu,2015; ADA, 2019; https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

2.3.1. Tip 1 Diyabet

Pankreastaki beta hücrelerinin enerji için glikozu kullanmaya yardımcı olan insülin hormonunu yeterli üretmediği bir hastalıktır. Tip 1 diyabetli bireylerin %10'unda non-otoimmün, %90'ında otoimmün beta hücre yıkımı söz konusudur. İnsülin, pankreasın beta hücrelerinin immün aracılı imhası nedeniyle fonksiyonel değildir. Nedeni tam olarak anlaşılmamasına rağmen genler ve çevresel faktörler (ilaçlar, kimyasallar, virüsler, iyonlaştırıcı radyasyon, emosyonel stres vb.) arasındaki etkileşimin etkili olduğu düşünülmektedir. Genetik açıdan duyarlı bireylerde çevresel faktörler otoimmünite gelişimini tetikleyebilir (Devendra ve ark., 2004; Wyatt ve Ferrance, 2006; Siddiqui ve ark., 2013; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019 Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; https://apps.who.in/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=3AB351907918A0EC1F0D6F63F7EB44B8?sequence=1, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

Tip 1 diyabetli bireyler kan glikozunu düzenlemek için günlük insülin tedavisine ihtiyaç duyarlar ve insülin olmadan hayatta kalamazlar (https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Hastalık çoğunlukla 30 yaşından önce başlar, hastalar zayıf ya da normal kiloludur ve diyabetik ketoasidoza yatkınlıkları vardır. Tip 1 diyabetli bireylerde polidipsi, ağız kuruluğu, poliüri, enerji eksikliği, yorgunluk, ani kilo kaybı, bulanık görme ve sürekli açlık hissi gibi belirtiler görülür (Siddiqui ve ark., 2013; https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; <https://www.who>.

int/nmh/publications/fact_sheet_diabetes_en.pdf?ua=1, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Tip 1 diyabetli bireyler diyabetli bireylerin %5-10'unu oluşturur (ADA, 2019).

2.3.2. Tip 2 Diyabet

Yetersiz insülin üretimi ve insüline direnç olarak tanımlanan vücudun insüline tam olarak yanıt verememesi sonucu meydana gelen bir hastalıktır (https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). İnsülin direnci tip 2 diyabet tanısı konulmadan önce başlayıp uzun yıllar devam etmektedir. İnsülin üretimindeki azalma ise diyabetin ilerleyen zamanlarında ortaya çıkmaktadır (http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Tip 2 diyabet riski genetik ve metabolik faktörlerin etkileşimi ile belirlenir. Ailede diyabet öyküsünün olması, gebelik diyabetinin olması, yüksek doğum ağırlığı, yaşlılık, aşırı kilolu olma veya obezite, bel çevresinin geniş olması, beden kitle indeksinin (BKİ) yüksek olması, sağlıksız beslenme, sigara kullanımı ve fiziksel hareketsizlik gibi nedenler tip 2 diyabetin risk faktörleridir (Siddiqui, 2013; ADA, 2019; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=3AB351907918A0EC1F0D6F63F7EB44B8?sequence=1, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 nisan 2019).

Tip 2 diyabet uzun yıllar (5-15 yıl) asemptomatik olabilir. Bireyler başlangıçta ve hastalığın ilerleyen evrelerinde hayatta kalabilmek için insülin tedavisine ihtiyaç duymayabilirler (ADA, 2019; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Hastalık çoğunlukla 30 yaş sonrası ortaya çıkar, hastalar genellikle kilolu veya obezdir ve hastalığın başlangıcında diyabetik ketoasidoza yatkınlık yoktur. Tip 2 diyabetli bireylerde görülen başlıca belirtiler; polidipsi, ağız kuruluğu, poliüri, enerji eksikliği, yorgunluk, ellerde ve ayaklarda karıncalanma veya uyuşukluk, deride

tekrarlayan mantar enfeksiyonları, yavaş iyileşen yaralar ve bulanık görmedir (http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Tip 2 diyabetli bireyler tüm diyabetli bireylerin %90-95'ini oluşturur (ADA, 2019; https://www.who.int/nmh/publications/fact_sheet_diabetes_en.pdf?ua=1, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

2.3.3. Gestasyonel Diyabet

Gebelik sırasında ortaya çıkan anormal karbonhidrat intoleransıdır (Siddiqui ve ark., 2013; ADA, 2019; https://www.who.int/nmh/publications/fact_sheet_diabetes_en.pdf?ua=1, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Plasentanın bebeğin büyüme ve gelişmesi için ürettiği hormonlar nedeniyle insülinin etkisinin azalması (insülin direnci) sonucu ortaya çıkar. İnsülin direnci ve bozulmuş beta hücre fonksiyonu gestasyonel diyabete katkıda bulunur (Siddiqui ve ark., 2013; https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Gestasyonel diyabet için diğer risk faktörleri arasında yaşlılık, aşırı kilo veya obezite, hamilelik sırasında aşırı kilo alımı, ailede diyabet öyküsü, önceki bir hamilelik sırasında gestasyonel diyabet öyküsü, ölü doğum öyküsü veya doğuştan anomalisi olan bir çocuk doğurmak sayılabilir (https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=3AB351907918A0EC1F0D6F63F7EB44B8?sequence=1, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

Gestasyonel diyabet hamile kadınları hamileliğin ikinci ve üçüncü trimesterinde etkiler. Ancak hamilelik sırasında herhangi bir zamanda da ortaya çıkabilir (https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Gestasyonel diyabet doğumla birlikte genellikle düzelir fakat sonraki gebeliklerde tekrar ortaya çıkabilir. Gestasyonel diyabet öyküsü ilerleyen yıllarda tip 2 diyabet için önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır (ADA, 2019; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=3AB351907918A0EC1F0D6F63F7EB44B8?sequence=1, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_

kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

Gestasyonel diyabet tanısı gebeliğin 24-28. haftalarında 75 gr glikoz ile OGTT veya 50 gr glikoz ile OGTT tanı testlerinden birisi kullanılarak konulabilir. 75 gr glikoz veya 50 gr glikoz ile yapılacak OGTT'nin tanı kriterleri ve değerleri Tablo 2.2' de gösterilmiştir.

Tablo 2.2. OGTT tanı kriterleri

75 gr glikoz ile OGTT (En az bir anormal değer tanı koydurur)	50 gr glikoz ile OGTT
1. saat PG \geq 180 mg/dl	1. saat PG \geq 130-140 mg/dl (100 gr glikoz ile OGTT yapılır)
	100 gr glikoz ile OGTT (En az iki anormal değer tanı koydurur)
2. saat PG \geq 153 mg/dl	1. saat PG \geq 180 mg/dl
	2. saat PG \geq 155 mg/dl
	3. saat PG \geq 140 mg/dl
APG \geq 92 mg/dl	APG \geq 95 mg/dl

American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care. 2019;42(1):13–28; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019

2.3.4. Spesifik Nedenlere Bağlı Diyabet

Pankreası etkileyen birçok nedenlerden dolayı kan şekerinin yüksek seviyelerde seyretmesidir (Coşansu, 2015). Bu nedenler; akromegali, cushing sendromu gibi endokrinopatiler, beta hücre fonksiyonunun genetik defektleri, insülin etkisinin genetik defektleri, pankreatit, kistik fibrozis gibi ekzokrin pankreas hastalıkları, ilaç ve kimyasal maddeler ve enfeksiyonlardır (https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

2.4. Diyabetin Komplikasyonları

Diyabet iyi yönetilmediğinde sağlığı tehdit eden ve hayati komplikasyonlara neden olmaktadır (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=3AB351907918A0EC1F0D6F63F7EB44B8?sequence=1, Erişim

tarihi: 30 Nisan 2019). Fakat diyabetli bireylerin çoğunluğu bu komplikasyonların farkında değildir. Birçok komplikasyon erken evrede tarama programları ile tespit edilebilir. Bu yüzden diyabetli bireyler potansiyel komplikasyonlar için düzenli olarak taranmalı ve sağlık uzmanları tarafından yakından izlenmelidir (https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

Diyabetin komplikasyonları akut ve kronik olarak ikiye ayrılır. Akut komplikasyonlar; diyabetik ketoasidoz (DKA), hiperosmolar hiperglisemik durum (HHD) ve hipoglisemidir (https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Akut komplikasyonlar mortalite ve sağlık harcamalarında artışa, yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=3AB351907918A0EC1F0D6F63F7EB44B8?sequence=1, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Kronik komplikasyonlar ise makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonlar olmak üzere ikiye ayrılır. Makrovasküler komplikasyon; anjina veya miyokard infarktüsüne yol açan kardiyovasküler hastalıktır (KVH). Mikrovasküler komplikasyonlar ise; retinopati, diyabetik böbrek hastalığı (nefropati), nöropati ve diyabetik ayaktır (https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

2.4.1. Akut Komplikasyonlar

a) Hipoglisemi

Plazma glikoz düzeyinin 70 mg/dL'den düşük olmasıdır (Siddiqui ve ark., 2013; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Tüm diyabet tiplerinde oluşabilir ve nöbetlere veya bilinç kaybına neden olabilir (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/>

204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=3AB351907918A0EC1F0D6F63F7EB44B8?sequence=1, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Öğünün atlanması, insülin dozunun fazla yapılması, insülin uygulama zamanında ve uygulama şeklinde hata yapılması, normalden daha fazla egzersiz yapılması, antidiyabetik ilaç dozunun çok yüksek olması gibi nedenler hipoglisemiye sebep olabilir (Siddiqui ve ark., 2013; https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=3AB351907918A0EC1F0D6F63F7EB44B8?sequence=1, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Hipoglisemi üç grupta sınıflandırılır. Hipogliseminin sınıflandırılması ve görülen belirtiler Tablo 2.3.'te gösterilmiştir.

Tablo 2.3. Hipogliseminin sınıflandırılması ve belirtileri

Sınıflandırma	Belirtiler
Hafif hipoglisemi (PG \leq 70 mg/dl)	Terleme, çarpıntı, soğuk-nemli cilt, solukluk, halsizlik
Orta hipoglisemi (PG 50-70 mg/dl)	Baş ağrısı, halsizlik, uyku hali, ruhsal değişiklikler, dikkatte azalma
Ciddi hipoglisemi (PG \leq 50 mg/dl)	Konfüzyon, koma

https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019 kaynaklarından uyarlanarak oluşturulmuştur.

Hipoglisemi tedavisinde hastanın bilinci açık ve yutabiliyorsa; 15-20 gr glukoz (4-5 adet kesme şeker, 150-200 ml meyve suyu) oral olarak verilir. Eğer bilinci kapalı, çiğneme ve yutma fonksiyonları bozulmuş ise; parenteral tedavi (150- 200 ml %10 veya 75-100 ml %20 dextroz) uygulanır (http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

b) Diyabetik Ketoasidoz

Diyabetik ketoasidoz, hiperglisemiye (PG > 300 mg/dl), metabolik asidoza (pH <7.3 veya bikarbonat <15 mEq/ L), ketonemiye (serum ketonu \geq 3 mmol/l) ve ketonüriye (idrarda keton \geq 2+) yol açan mutlak insülin yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Çoğunlukla tip 1 diyabetli bireylerde görülür fakat tip 2 diyabetli bireylerde de akut hastalık durumlarında

görülme ihtimali artmaktadır (Siddiqui ve ark., 2013; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a4_53d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Diyabetik ketoasidoz tip 1 diyabetli bireylerde hastanede yatış, morbidite ve mortalitenin ana nedenidir (Siddiqui ve ark., 2013).

İnsülin tedavisindeki hatalar (insülin dozunun azaltılması, atlanması vb.), enjeksiyon uygulamasındaki hatalar (sürekli aynı yere yapma, iğne ucunu değiştirmeme vb.), insülin pompası kullanırken kateterin tıkanması ya da başka nedenlerden dolayı insülin infüzyonunun engellenmesi, diyetine uymama, enfeksiyonlar, emosyonel stresler, bazı hastalıklar (hipertiroidi, feokromasitoma, akromegali vb.) ve bazı ilaçların kullanımı (steroid, tiazid grubu diüretikler vb.) DKA'ya neden olabilir (http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Diyabetik ketoasidozda; poliüri, polidipsi, bulantı, kusma, iştahsızlık, karın ağrısı, nefes darlığı, kilo kaybı, taşikardi, deri turgorunda azalma, sıcak-kuru cilt, takipne, kussmaul solunum, ağızda aseton kokusu, laterji, koma gibi belirti ve bulgular görülmektedir. Diyabetik ketoasidozun tedavisinde IV sıvı infüzyonu, insülin, potasyum ve gereksinime göre bikarbonat uygulanabilir (http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a4_53d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

c) Hiperosmolar Hiperglisemik Durum

Hiperosmolar hiperglisemik durumda, ozmolarite ≥ 320 mOsm/kg, PG > 600 mg/dl, pH > 7.3 ve $\text{HCO}_3^- > 18$ mEq/L'dir. Genellikle 50 yaş ve üzerindeki bireylerde görülür. Akut miyokart enfarktüsü, serebrovasküler olay, kronik hastalıklar (böbrek yetersizliği, hipertiroidi, akromegali vb.) ve enfeksiyonlar HHD'ye neden olabilir (http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Poliüri, polidipsi, hipotansiyon, taşikardi, konfüzyon, koma, hemiparezi HHD'de görülen belli başlı semptomlardır

(https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Hiperosmolar hiperglisemik durum gelişen hastalara sıvı elektrolit tedavisi ve insülin tedavisi uygulanabilir (http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

2.4.2. Kronik Komplikasyonlar

a) Makrovasküler Komplikasyonlar

Diyabetli bireyler KVH açısından risk altındadır. Diyabetli olmayan bireylere göre KVH'a yakalanma riskleri 2-3 kat daha fazladır (https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Kardiyovasküler hastalıklar diyabetli bireylerde en önemli morbidite ve mortalite nedenidir (http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Yaş, obezite, sigara, ailede kalp hastalığı öyküsünün olması gibi nedenler KVH görülme riskini arttırmaktadır (ADA, 2019).

Diyabetli bireylerde kan şekerinin yüksek seyretmesi kan pıhtılaşma sistemini daha aktif hale getirerek kan pıhtılaşması riskini arttırır. Ayrıca kan basıncı (KB) ve kolesterol seviyelerinin artmasına da neden olur. Bu durumlar anjina, koroner arter hastalığı (KAH), miyokard enfarktüsü, inme, periferik arter hastalığı (PAH) ve konjestif kalp yetmezliği gibi kardiyovasküler komplikasyon riskini arttırır. Diyabetli bireylerde KVH riskini azaltmak için glisemik kontrolün sağlanması yanı sıra KB ve kolesterol seviyelerinin kontrolünün sağlanması, sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi (şeker, tuz ve yağ alımının azaltılması, sebze ve meyve alımının arttırılması), fiziksel aktivitenin arttırılması, aşırı alkolden kaçınılması ve sigaranın bırakılması gerekmektedir (https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

b) Mikrovasküler Komplikasyonlar

Retinopati

Hem tip 1 hem de tip 2 diyabetin oldukça spesifik bir vasküler komplikasyonudur (ADA, 2019). Sürekli yüksek seyreden kan glikozunun retina kılcal damarlarına zarar vermesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Görme kaybına ve sonunda körlüğe yol açabilir (https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Diyabet süresi 20 yıl üzerinde olan hastalarda diyabetik retinopati prevalansı %60'ın üzerindedir (https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Diyabet süresinin uzun olması, kronik hiperglisemi, nefropati, hipertansiyon ve dislipidemi gibi risk faktörleri retinopatiye neden olmaktadır (ADA, 2019).

Diyabetik retinopatinin gelişiminin önlenmesinde düzenli diyet ve egzersiz, ilaç tedavisi, kan glikozunun kontrolü oldukça önemlidir (https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Retinopatinin gelişmesinin hipergliseminin başlamasından sonra en az 5 yıl sürdüğü tahmin edildiğinden, tip 1 diyabetli bireylerde diyabet tanısı konulduktan 5 yıl sonra başlayarak yılda bir kapsamlı göz muayenesi yapılmalıdır. Tip 2 diyabetli bireylerde ise tanının konulduğu anda kapsamlı bir göz muayenesi yapılmalı, retinopatisi olmayan ya da az olan bireylerde yılda bir, ileri retinopatisi olan bireylerde 3-6 ayda bir kontrol yapılmalıdır (ADA, 2019; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

Diyabetik Böbrek Hastalığı (Nefropati)

Glomerüllerdeki arteriollerin hasarına bağlı olarak böbrek fonksiyonlarının ilerleyici olarak bozulması sonucu ortaya çıkmaktadır (https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Albüminüri, azalmış glomerüler filtrasyon hızının (eGFR) varlığı ve böbrek hasarının diğer primer nedenlerinin klinik ve laboratuvar bulgularının yokluğunda diyabetik böbrek hastalığı tanısı konulmaktadır. Ayrıca diyabet süresinin uzun olması ve retinopatinin olması da diyabetik böbrek hastalığı riskini arttırmaktadır (ADA, 2019). Tüm diyabetli bireylerin

%20-40'ında görülür. Son dönem böbrek yetmezliğinin en önemli nedenlerinden biridir (https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Böbrek hastalığının değerlendirilmesinde kullanılan eGFR evreleri Tablo 2.4.'te gösterilmiştir.

Tablo 2.4. eGFR evreleri

Evre	eGFR (mL / dak / 1.73 m2)	Böbrek Hasarı Belirtisi
1. Evre (Normal veya artmış eGFR)	≥90	+
2. Evre (Hafif azalmış eGFR)	60-89	+
3. Evre (Orta derece azalmış eGFR)	30-59	+/-
4. Evre (Ciddi derecede azalmış eGFR)	15-29	+/-
5. Evre (Son dönem böbrek yetersizliği)	<15	+/-

American Diabetes Association (ADA). Microvascular Complications and Foot Care: Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care. 2019;42(1):124–138

Diyabetik böbrek hastalığı riskini azaltmak için kan şekeri ve kan basıncı kontrolünün yapılması önemlidir (ADA, 2019; https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Tip 1 diyabetli bireylerde diyabet tanısı konulduktan 5 yıl sonra, tip 2 diyabetli bireylerde ve eşlik eden hipertansiyonu olan bireylerde ise tanı konulduğu andan itibaren yılda en az bir kez idrar albumin/kreatinin oranı ve eGFR değerlendirilmelidir (ADA, 2019; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

Nöropati

Nöropati diyabetin sık karşılaşılan bir komplikasyonudur. Vücuttaki sinirlerin normal aktivitelerindeki bozulma sonucu oluşur. Otonom, motor ve duyuşal işlevleri değiştirebilir (https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Periferik ve otonom nöropati olmak üzere ikiye ayrılır (ADA, 2019). Bu iki tip nöropatinin vücuttaki etkileri farklıdır. Periferik nöropati, ekstremiteletin distal

sinirlerini, özellikle de ayakların sinirlerini etkiler (https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi:30 Nisan 2019). Periferel nöropatinin %50'ye yakını asemptomatik olabilir. Bunun yanında yanma, uyuşma, ağrı, karıncalanma hissi gibi belirtiler görülebilir (ADA, 2019; https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

Otonom sinir sistemi afferent ve efferent sinir lifleri aracılığıyla çoklu organ sistemlerinin düzenlenmesinde önemli bir rol oynar. Bu sinir lifleri, diyabet kaynaklı disfonksiyon ve otonom nöropati olarak bilinen hasara karşı hassastır (Hotaling ve ark., 2016; Bak ve ark., 2018). Otonom nöropatilerde bu sinir lifleri etkilenir. Miyelinli ve miyelsiz sinir hasarı bulunur (Arıng ve ark., 2005). Belirti ve semptomların büyüklüğü, asemptomatik küçük sinir liflerinin bozukluğundan nörovasküler fonksiyonların ciddi bozulmasına kadar değişiklik gösterir. Diyabetik otonom nöropatide bir organ sistemi etkilendiğinde, diğer organ sistemleri de etkilenebilir (Hotaling ve ark., 2016; Bak ve ark., 2018). Otonom nöropati etkilenen sistemlere göre kardiyovasküler, gastrointestinal ve genitoüriner otonom nöropatiler şeklinde sınıflandırılır (Vınık ve ark., 2003; Boulton ve ark., 2005; Arıng ve ark., 2005; ADA, 2019). Otonom nöropatiler klinik olarak belirgin veya subklinik olabilir. Subklinik olarak tip 2 diyabetli bireylerde tanının konulduğu yıl içinde, tip 1 diyabetli bireylerde iki yıl içerisinde ortaya çıkabilir. (Vınık ve ark., 2003). Klinik olarak belirgin hale geldiğinde istirahat taşikardisi, ortostatik hipotansiyon, hipoglisemiye algılayamama, gastroparezi, konstipasyon, diyare, fekal inkontinans, erektil disfonksiyon ve nörojenik mesane gibi belirtiler görülebilir (Vınık ve ark., 2003; Boulton ve ark., 2005; Arıng ve ark., 2005; ADA, 2019). Otonom nöropatinin klinik belirtileri genellikle diyabet tanısı konulduktan uzun süre sonra ortaya çıkmaktadır. Otonom nöropati semptomları ve belirtileri öykü ve fizik muayene sırasında dikkatlice değerlendirilmelidir. Otonom nöropatinin teşhis ve tedavi edilmesi semptomları iyileştirebilir, sekelleri azaltabilir ve yaşam kalitesini arttırabilir. Tip 1 diyabetli bireylerde nöropatinin gelişimini önlemek veya geciktirmek, tip 2 diyabetli bireylerde nöropatinin ilerlemesini yavaşlatmak için kan glikozunun kontrolü sağlanmalıdır (ADA, 2019).

Diyabetik Ayak

Diyabetik nöropati veya PAH'ın bir sonucu olan ayak ülserleri ve amputasyonu yaygın olarak görülmektedir (ADA, 2019). Diyabetik nöropati duyuşal işlevlerde değişikliğe neden olmaktadır. Bu değişikliklerin sonucunda bazı faktörlerin de (dış travma, iç kemik basıncının anormal dağılması vb.) etkisiyle ayak ülserlerinin gelişimi kolaylaşmaktadır (https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Bütün non-travmatik ayak amputasyonlarının %50-70'i diyabete bağlı olarak meydana gelmektedir (https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Glisemik kontrolün zayıf olması, sigara içme, ayak deformiteleri, ayak bakımının kötü olması, daha önceden ayak ülserinin veya amputasyon öyküsünün olması, görme bozukluğu ve kronik böbrek hastalığı (KBH) gibi risk faktörleri ülser veya amputasyon riskini artırmaktadır (ADA, 2019; https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

Diyabetik ayak insidansı, diyabet prevalansının artması ve diyabetik hastaların uzun süre yaşaması nedeniyle artmaktadır (https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Ayak ülserleri ve amputasyon diyabetli bireylerde morbidite ve mortalitenin temel nedenleri arasında yer almaktadır. Diyabetli bireylerde erken tanılama ve tedavi ülserler ve amputasyonlar gibi olumsuz sonuçları geciktirebilir veya önleyebilir. Diyabetli bireylere yılda en az bir kez kapsamlı ayak muayenesi yapılmalıdır. Ayrıca tüm diyabetli bireylere koruyucu ayak bakımı eğitimi verilmeli ve kan glikozunun kontrolü sağlanmalıdır (ADA, 2019).

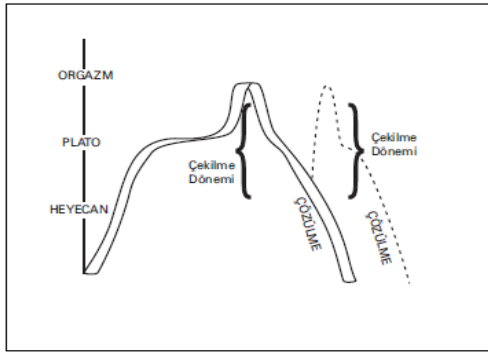
2.5. Diyabet ve Cinsel Yaşam

2.5.1. Cinsellik ve Cinsel Fonksiyonun Fizyolojisi

Cinsellik; insan yaşamının temel bir parçasıdır. Cinsiyet, cinsel kimlik ve roller, cinsel yönelim, zevk, erotizm, samimiyet ve üremeyi kapsayan bir bütündür. Bireyin sadece bedensel değil duyuşal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğünü sağlar. Kişilik gelişimi, kişiler arası sevgi ve iletişimin paylaşımını artırır. Cinsellik; doğum öncesi başlayan ve

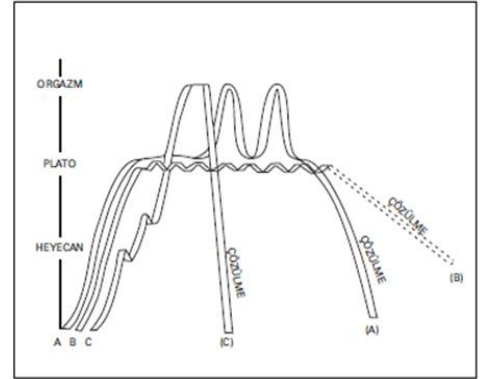
ömür boyu devam eden, biyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik, politik, kültürel, dini ve manevi faktörlerden etkilenen bir durumdur. Cinsel sağlık ise; sadece hastalık veya işlev bozukluğunun olmaması değil, cinsellikle ilgili olarak fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal bir iyilik halidir. Cinsel sağlık, cinselliğe ve cinsel ilişkilere olumlu ve saygılı bir yaklaşımın yanı sıra, zorlama, ayrımcılık ve şiddet içermeyen, zevkli ve güvenli cinsel deneyimler yaşama imkanı sağlar (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; https://www.who.int/topics/sexual_health/en/, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

Cinsel yakınlık sırasında bireyler arasında fiziksel ve duygusal ilişki kurulur ve insan vücudunda birçok değişiklikler meydana gelir (Büyükkayacı Duman, 2019). Cinsel uyarılmaya karşı gelişen fizyolojik değişiklikler Masters ve Johnson tarafından dört evreye ayrılmıştır. Bu evreler oluşum sırasına göre uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evreleridir. Bu evreler cinsel yanıt döngüsü olarak adlandırılmaktadır (Masters ve Johnson, 1994). Bu döngü erkek ve kadın bireyler için Şekil 2.1 ve Şekil 2.2’de gösterilmiştir.



Şekil 2.1. Erkeklerde cinsel yanıt döngüsü

İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. Klinik Psikiyatri. 2004; 3: 3-13



Şekil 2.2. Kadınlarda cinsel yanıt döngüsü

Cinsel yanıt döngüsünde kadın ve erkek bireylerde oluşan değişiklikler Tablo 2.5’te özetlenmiştir.

Tablo 2.5. Kadın ve erkekte cinsel yanıt döngüsündeki değişiklikler

Cinsel Yanıt Döngüsü	Kadın	Erkek
Uyarılma	-Vajinada genişleme, uzama ve lubrikasyon -Klitoriste hafif büyüme -Memelerde büyüme ve meme uçlarında ereksiyon	-Peniste arteriyol dilatasyon ve konjesyon -Peniste ereksiyon -Testislerde yükselme
Plato	-Vajinada vazokonjesyon ve genişleme -Göbek çevresi, kol, kalça, sırt ve memelerde kızarıklık -Meme ve memelerin areolalarında belirgin büyüme -Dış rektal sfinkter ve kalça kaslarında kasılma -Sistemik belirtilerde (hızlı nefes alıp verme, nabız, KB vb.) artma	-Ereksiyon devam eder -Testislerde büyüme ve yükselme -Glansın renginde koyulaşma -Ciltte yaygın kızarıklık -Dış sfinkter ve kalça kaslarında kasılma -Sistemik belirtilerde (hızlı nefes alıp verme, nabız, KB vb.) artma
Orgazm	-Vajinal kaslarda ritmik kasılmalar -Rektal sfinkterlerde istemsiz kasılma -Tekrar orgazm olabilir	-Ejekülasyon -Testislerde ve testis derisinde plato evresinde oluşan değişiklikler devam eder -Bir kere orgazm olabilir
Çözülme	-Genital organlardaki fizyolojik değişikliklerin uyarı öncesine dönmesi	-Genital organlardaki fizyolojik değişikliklerin uyarı öncesine dönmesi

Büyükkayacı Duman N. Cinselliğin fizyolojisi. Cinsel Sağlık. Nobel Tıp Kitapevleri; 2019, s: 15-21; İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. Klinik Psikiyatri. 2004;3:3-13; <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/21/pdf-dosyasini-indirmek-icin-tiklayiniz.pdf>, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019 kaynaklarından yararlanılarak uyarlanmıştır.

Cinsel yanıt döngüsünün evreleri Kaplan tarafından tekrar değerlendirilerek arzu/istek, uyarılma ve orgazm olmak üzere üç evreye ayrılmıştır (Kaplan, 1977). Cinsel yanıt döngüsü 1998 yılında Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kuruluşu tarafından cinsel istek, uyarılma, orgazm ve çözülme olarak yeniden sınıflandırılmıştır. Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kuruluşu ve Kaplan tarafından yapılan sınıflamalar Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 4'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)) cinsel fonksiyon bozukluğu tanımlarının temelini oluşturmuştur

(Basson ve ark., 2000; <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/21/pdf-dosyasini-indirmek-icin-tiklayiniz.pdf>, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

2.5.2. Cinsel Fonksiyon Bozuklukları ve Etkileyen Faktörler

Cinsel yanıt, nörolojik, vasküler ve hormonal etkenlerin birbirleriyle etkileşimi sonucu gerçekleşen fizyolojik bir süreçtir. Psikolojik, fizyolojik ve bireysel birçok faktör cinsel yanıtı etkilemektedir. Bu faktörlerin etkisiyle cinsel yanıt döngüsünde meydana gelen ve cinsel performansı etkileyen aksaklıklara cinsel fonksiyon bozukluğu denir (Ege ve ark., 2010; Tuğut, 2016; Nazik, 2019). Tablo 2.6’da kadın ve erkek bireylerde meydana gelebilecek cinsel fonksiyon bozuklukları gösterilmiştir.

Tablo 2.6. Cinsel fonksiyon bozuklukları

Evre	Fizyolojik Süreç	Bozukluklar
İstek	Merkezi sinir sistemindeki cinsel merkezlerin aktivasyonu+ Endokrin sistemin desteği	Cinsel İstek Bozukluğu
Uyarılma	Genital bölgede ve sistemik vazokonjesyon Kadında lubrikasyon Erkeklerde ereksiyon	Kadında → Uyarılma Bozukluğu Erkeklerde → Ereksiyon Bozukluğu
Orgazm	Refleks kas kontraksiyonları Kadında orgazm Erkeklerde boşalma	Kadında → Orgazm Bozuklukları Erkeklerde → Boşalma Bozuklukları
Cinsel Yanıt Döngüsü ile İlişkili Olmayan Cinsel Fonksiyon Bozuklukları		
Cinsel Ağrı Bozuklukları		Kadında → Genital pelvik ağrı/ penetresyon bozukluğu (Vajinusmus, Disparoni) Erkeklerde → Disparoni
Diğer Bozukluklar		Madde veya ilaca bağlı cinsel fonksiyon bozukluğu Tanımlanmış diğer bir cinsel Fonksiyon Bozukluğu Tanımlanmamış Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

<http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/21/pdf-dosyasini-indirmek-icin-tiklayiniz.pdf>, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019; Amerikan Psikiyatri Birliği. Cinsel işlev bozuklukları Çeviren: Köroğlu E. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara; 2014, s: 205-217 kaynaklarından yararlanılarak uyarlanmıştır.

Cinsel fonksiyon bozukluklarının biyolojik, psikolojik ve bireysel birçok sebebi bulunmaktadır. Bazı kişilerde bu sebeplerden sadece biri cinsel fonksiyon bozukluğuna

neden olurken, bazı kişilerde ise birkaç neden bir arada bulunabilir (İncesu, 2004; Şahin ve Ertekin, 2009; Ege ve ark., 2010; Tuğut, 2016; Nazik, 2019; <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/21/pdf-dosyasini-indirmek-icin-tiklayiniz.pdf>, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Hastalıklar, ilaçlar, cerrahi operasyonlar, ekstremitelerde ağrı veya halsizlik, hormonal değişiklikler biyolojik nedenler arasında sıralanmaktadır. Psikolojik nedenler arasında ruhsal bozukluklar, katı dini ve ahlaki inançlar, cinsel fobiler veya kaçınmalar, yetiştirilme koşulları, evlilikle ilgili sorunlar, travmatik cinsel deneyimler, kişilik sorunları, eşte cinsel fonksiyon bozukluğunun bulunması, eşini memnun edememe düşüncesi, stres ve üzüntü kaynağı olan yaşam olayları, uyku bozuklukları, depresyon, anksiyete gibi nedenler yer almaktadır (İncesu, 2004; Şahin ve Ertekin, 2009; Mollaoğlu ve ark., 2013; Maccabe ve ark., 2016; Tuğut, 2016; McCool-Myers ve ark., 2018; <http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/21/pdf-dosyasini-indirmek-icin-tiklayiniz.pdf>, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, sigara-alkol kullanımı ise bireysel nedenler arasında yer almaktadır (Mirone ve ark., 2002; Ege ve ark., 2010; Mollaoğlu ve ark., 2013).

Ege ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada kadının ve eşinin eğitim seviyesinin ve gelir düzeyinin düşük olması gibi faktörlerin kadın cinsel fonksiyonlarını olumsuz etkilediği saptanmıştır. Karakoyunlu ve Öncel'in (2014) 15-49 yaş grubu evli kadınlarda yaptıkları çalışmada ise; yaş, kadınların ve eşlerinin eğitim düzeyi, çalışma durumu, evlilik süresi, gelir durumu, doğum ve çocuk sayısı, sigara kullanımı ve BKİ gibi faktörlerin kadın cinsel fonksiyonlarını etkilediği bulunmuştur. Erkeklerde ise daha çok obezite, sigara ve alkol tüketimi, BKİ, vasküler hastalıklar gibi risk faktörleri cinsel fonksiyonları olumsuz yönde etkilemektedir (Mirone ve ark., 2002; Bacon ve ark., 2002; Lewis ve ark., 2004; Tuncel ve ark., 2013; <http://www.uroturk.org.tr/uroloji>Data/Books/400/erkek-ve-kadin-cinsel-sagligi.pdf>, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019).

2.5.3. Diyabetin Cinsel Fonksiyonlar Üzerine Etkisi

Diyabet hem kadınlarda hem de erkeklerde cinsel fonksiyonları etkilemekte ve cinsel fonksiyonlarda bozulmaya neden olmaktadır (Guay, 2001; Enzlin, 2002; Hindistan ve Cilingir, 2013; Edwards, 2013; Varkonyı ve Kempler, 2014). Cinsel fonksiyonlarda bozulma, diyabetin ana ve ciddi komplikasyonlarından biridir (Erol ve ark., 2003;

Kizilay ve ark., 2016). Diyabetli bireyler diyabeti olmayan bireylere göre cinsel fonksiyon bozukluğundan iki kat daha fazla etkilenmektedir (Bijlsma-Rutte ve ark., 2017). Diyabette görülen kronik hiperglisemi vasküler ve nöral hasarlara neden olmaktadır. Bu hasarlar sonucunda otonom nöropati gelişmektedir. Otonom nöropati de cinsel uyarıcıların normal transdüksiyonunu ve tetiklenen cinsel yanıtı değiştirerek cinsel fonksiyon bozukluklarına neden olmaktadır. Ayrıca nitrik oksit aktivasyonunu inhibe ederek cinsel stimülasyon sırasında vasküler yanıtı etkilemektedir (Rutherford ve Collier, 2005; Varkonyı ve Kempler, 2014; Maiorino ve ark., 2014; Kizilay ve ark., 2016; Braffett ve ark., 2016). Diyabetli bireylerde; cinsel istekte azalma, cinsel tatmin düşüklüğü, uyarılma, orgazm ve ereksiyon sorunları gibi cinsel fonksiyon bozuklukları görülmektedir (Erol ve ark., 2003; Enzlin ve ark., 2009; Seddigh Fatemi ve Morteza Taghavi, 2009; Lindau ve ark., 2010; Varkonyı ve Kempler, 2014; Bak ve ark., 2018).

Diyabetli bireylerde cinsel fonksiyon bozukluklarına yaş, diyabet yılı, diyabet komplikasyonları, HbA1c düzeyi, vasküler hastalıklar, medeni durum, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum gibi faktörler neden olmaktadır (Bacon, 2002; Enzlin, 2003; Seddigh Fatemi ve Morteza Taghavi, 2009; Yencilek ve ark., 2010; Bak ve ark., 2018). Yapılan bazı çalışmalarda (Bacon, 2002; Enzlin, 2003; Bak ve ark., 2018) erkeklerde cinsel fonksiyon bozuklukları yaş, BKİ, diyabet yılı ve diyabet komplikasyonlarıyla ilişkili bulunmuştur. Kadınlarda ise daha çok diyabet yılı, yaş, evlilik süresi, depresyon ve partneriyle olan ilişkisinin kalitesiyle ilişkili bulunmuştur (Enzlin ve ark., 2003; Seddigh Fatemi ve Morteza Taghavi, 2009; Yencilek ve ark., 2010; Nowosielski, 2010; Bak ve ark., 2018).

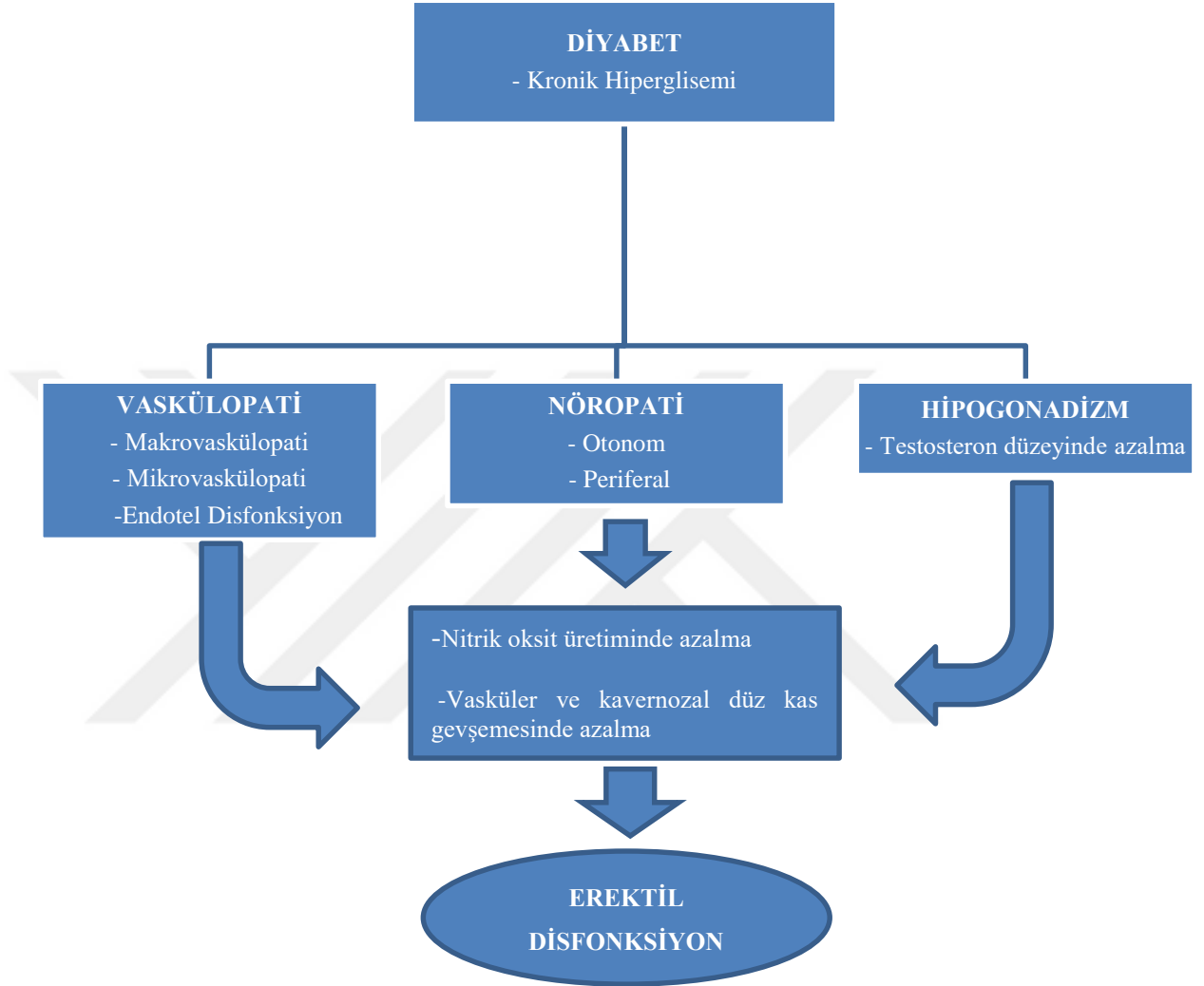
Tip 1 diyabetli bireylerin cinsel fonksiyonlarının tip 2 diyabetli bireylerden daha fazla etkilendiğini gösteren çalışmalar olmakla beraber (Doruk ve ark., 2005; Wallner ve ark., 2010; Ziaei-Rad, 2010; Copeland ve ark., 2012; Büyükkayacı Duman, 2014; Mazzili ve ark., 2015; Braffett ve ark., 2016; Ahmed ve ark., 2017), tip 2 diyabetli bireylerin cinsel fonksiyonlarının daha fazla etkilendiğini belirten çalışmalar da mevcuttur (Basson ve ark., 2000,2001; Rockliffe-Fidler ve Kıemle, 2003; Kouidrat, 2017). Mazzilli ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışmada tip 1 diyabetli kadınlar sağlıklı kadınlarla karşılaştırıldığında kadın cinsel fonksiyon indeksi (istek, uyarılma, lubrikasyon, disparoni

ve orgazm) toplam skorunda önemli bir azalma bulunmuştur. Fakat tip 2 diyabetli kadınlar ile sağlıklı kadınlar karşılaştırıldığında kadın cinsel fonksiyon indeksi (istek, uyarılma, lubrikasyon, disparoni ve orgazm) toplam skorunda fark bulunmamıştır. Hastalık süresinin bu sonuçta etkili olduğu belirtilmektedir. Bak ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında ise; tip 1 diyabetin erkeklerin 1/2'sinde, kadınların 1/3'ünde cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olduğu saptanmıştır.

Diyabetli Erkeklerde Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

Diyabeti olan erkeklerde cinsel fonksiyon bozuklukları; libidodaki sorunlar, boşalma sorunları, erektil disfonksiyon (ED) ve bunların kombinasyonları olarak belirtilmektedir (Varkonyı ve Kempler, 2014; Pozzo ve ark., 2016; Kizilay ve ark., 2016; ADA, 2019). Fakat diyabet erkek bireylerde ED için daha yüksek bir risk oluşturmakta (Levy, 2002; Bacon ve ark., 2002; Maiorino ve ark., 2014; Bjerggaard ve ark., 2015; Bak ve ark., 2018) ve diyabetli erkeklerin yarısından fazlasında ED görülmektedir (Siu ve ark., 2001; Yamasaki ve ark., 2004; Goyal ve ark., 2013; Erden ve Kaya, 2015; Kouidrat ve ark., 2017). Tekin Vatansever ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında diyabetli erkeklerde ED görülme oranı % 76.9 olarak bulunmuştur.

Erektil disfonksiyon; cinsel ilişki için yeterli bir penis ereksiyonunun sağlanamaması ve sürdürülememesi olarak tanımlanmaktadır (National Institutes of Health Consensus Conference, 1993; Lewis ve ark., 2010; Thorve ve ark., 2011; Kizilay ve ark., 2016). Normal erektil fonksiyon parasempatik nörotransmisyon, nitrik oksit (NO), elektrofizyolojik olaylar ve diğer düzenleyici faktörlerin aracılık ettiği düz kas gevşemesine bağlı hemodinamik bir süreçtir (Thorve ve ark., 2011). Diyabetik erkeklerde ED'nin etiolojisi multifaktöriyeldir. Fiziksel faktörlerin yanı sıra psikolojik faktörlerde ED'ye neden olmaktadır (Pegge ve ark., 2006; Malavige ve Levy, 2009; Hatzimouratidis ve Hatzichristou, 2009, 2014; Castela ve Costa, 2016). Yapılan çalışmalarda da (Al-Hunayan ve ark., 2006; Lu ve ark., 2009; Malavige ve Levy, 2009; Giugliano ve ark., 2010; Cao ve ark., 2013; Goyal ve ark., 2013; Bjerggaard ve ark., 2015; Binmoammar ve ark., 2016; Bak ve ark., 2018) yaş, sigara kullanımı, hipertansiyon, HbA1c düzeyi, BKİ ve diyabet yılı gibi risk faktörlerinin diyabetli bireylerde ED görülme riskini arttırdığı bulunmuştur. Şekil 2.3.'te ED'nin oluşum süreci yer almaktadır.



Şekil 2.3. Erektıl disfonksiyonun patofizyolojisi

Malagıve MS, Levy JC. Erectile dysfunction in diabetes mellitus. The Journal of Sexual Medicine. 2009; 6 (5): 1232-1247; Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Erectile dysfunction and diabetes mellitus. Insulin. 2009; 4 (2): 114-122; Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. How to treat erectile dysfunction in men with diabetes: from pathophysiology to treatment. Curr Diab Rep. 2014; 14:545-554; Castela Â, Costa C. Molecular mechanisms associated with diabetic endothelial-erectile dysfunction. Nature Reviews Urology. 2016;13(5): 266-274 kaynaklarından uyarlanarak oluşturulmuştur.

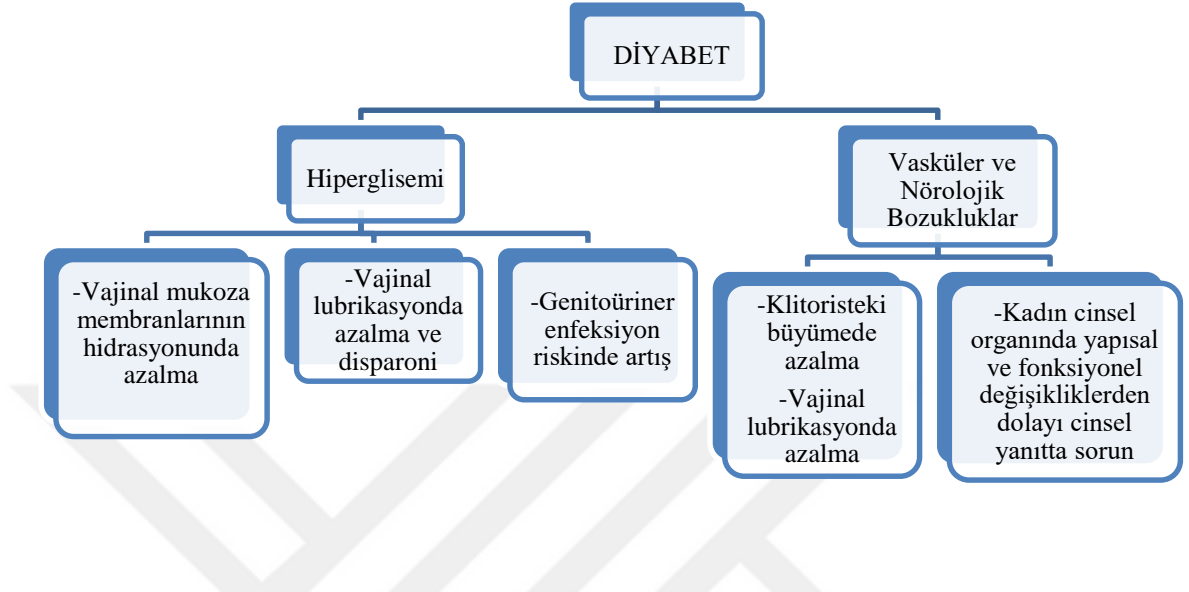
Erektıl disfonksiyonun tedavisinde ilk adım glisemik kontrolün sağlanması, KB ve lipid seviyelerinin uygun ilaçlar ile normal seviyelerde tutulmasıdır. Bunun yanı sıra birey sigarayı bırakma ve alkol alımını azaltma konusunda teşvik edilmelidir. Medikal tedavisinde; intrakavernozaal vazoaktif enjeksiyonlar, intraüretral fitiller, vakum daraltma cihazları, testosteron replasman tedavileri uygulanmaktadır. Farmakolojik tedavi

başarısız veya kontrendike olduğunda ve hastalar vakum daraltma cihazlarını tolere edemediğinde penil implantlar kullanılmaktadır (Thorve ve ark., 2011; Phe ve Roupret, 2012; Hatzimouratidis ve Hatzichristou, 2014).

Diyabetli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

Diyabetli kadınlarda libido kaybı, orgazm problemleri, lubrikasyon ve uyarılma sorunları, disparoni ve genel olarak cinsel tatmin düşüklüğü gibi cinsel fonksiyon bozuklukları sıklıkla görülmektedir (Enzlin ve ark., 2009; Seddige Fatemi ve Morteza Taghavi, 2009; Varkonyı ve Kemples, 2014; Kizilay ve ark., 2016; ADA, 2019). Enzlin ve arkadaşları tarafından tip 1 diyabetli kadınlarla yapılan çalışmada (2009) kadınların %57'sinin libidoda azalma, %51'inin orgazm, %47'sinin lubrikasyon, %38'inin uyarılma ve %21'inin ağrı problemleri yaşadığı belirlenmiştir. Bijlsma-Rutte ve arkadaşlarının çalışmasında (2017) ise kadınların %52.8'inde cinsel istekte azalma, % 45.8'inde lubrikasyon problemleri ve %27.8'inde disparoni saptanmıştır.

Kadınlarda cinsel fonksiyonlar; vajinal hemodinami, lubrikasyon, klitoral hemodinami, pelvik ve genital kas aktivitesi ve pelvik organların nörojenik innervasyonu dahil olmak üzere çeşitli fizyolojik olaylarla ilişkilidir. Diyabetik kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu, hiperglisemi, enfeksiyon, vasküler, nörolojik ve psikolojik bozuklukların bu fizyolojik olaylar üzerindeki zararlı etkilerinden dolayı gelişebilmektedir (Hintistan ve Cilingir, 2013; Maiorino ve ark., 2014, 2016; Kizilay ve ark., 2017). Diyabet yılı, yaş, gelir düzeyi, medeni durum, depresif belirtilerin varlığı, eşle ilişkili faktörler gibi risk faktörleri de diyabetli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme riskini arttırmaktadır (Seddige Fatemi ve Morteza Taghavi, 2009; Nowosielski ve ark., 2010; Wallner ve ark., 2010; Hintistan ve Cilingir, 2013; Maiorino ve ark., 2014, 2016; Tuncel ve ark., 2017). Kadın cinsel fonksiyon bozukluğunun oluşum süreci Şekil 2.4.'te gösterilmiştir.



Şekil 2.4. Kadın cinsel fonksiyon bozukluğunun patofizyolojisi

Rockliffe Fidler C, Kiemle G. Sexual function in diabetic women: a psychological perspective. *Sexual and Relationship Therapy*. 2003; 18(2): 143-159; Hintistan S, Cilingir D. Sexual dysfunction in Turkish men and women with type 2 diabetes mellitus. *Sex Disabil*. 2013; 31:31-41; Maiorino MI, Bellastella G, Esposito K. Diabetes and sexual dysfunction: current perspectives. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*. 2014; 6: 95-105 kaynaklarından uyarlanarak oluşturulmuştur.

Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının tedavisinde ilk olarak yaşam tarzı değişiklikleri (kilo kontrolü, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz) ve glisemik kontrol sağlanmalıdır. Daha sonra bireyler bilişsel davranışçı psikoterapiye yönlendirilmelidir. Medikal tedavisinde ise hormon replasman tedavileri (östrojen, testosteron), vajinal östrojen uygulamaları önerilmektedir (Maiorino ve ark., 2014; Kızılay ve ark., 2017).

2.5.4. Diyabetli Bireylerde Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Yaklaşımları

Cinsellik temel bir yaşam gereksinimi ve tüm yetişkin ilişkilerinin önemli bir parçasıdır. Cinsel sağlık, cinsel yaşam ve evlilik doyumunda en önemli faktörlerden biridir (Khodabakhshi Koolae ve ark., 2014). Bu yüzden cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi oldukça önemlidir ve bütüncül hemşirelik bakımının bir parçasıdır (Gölbaşı ve Evcili, 2013; Fışkın ve Kızılkaya Beji, 2014). Fakat ülkemizde hastalara verilen eğitimlerde fiziksel aktivite, ilaç yönetimi, diyet gibi konulara yer verilirken cinsellikle ilgili konular arka plana atılmaktadır. Bunun nedeni; hastaların cinsel sorunları

konuşmayı utanılacak bir konu olarak görmeleri ve sağlık profesyonellerinin de gerek kültürel yapının etkisi, gerekse bu konuda yetersiz bilgiye sahip olması nedeniyle bireylere danışmanlık yapmaktan ve hastayı cesaretlendirip bu konudaki düşüncelerini ifade etmesini sağlamaktan kaçınmasıdır (Yıldız, 2002).

Diyabetli bireylerde yaşanan cinsel fonksiyon bozuklukları endişe ve kaygıya neden olarak hastalığın tedavisini ve gidişatını olumsuz yönde etkilemektedir (Erden ve Kaya, 2015). Ayrıca eşler arası ilişkiler, benlik saygısı ve yaşam kalitesi üzerinde de olumsuz etkilere neden olduğu belirtilmektedir (Bhasin ve ark., 2007).

Diyabetli bireyler yaşadıkları fizyolojik ve psikolojik sorunlar karşısında cinsel danışmanlık ve cinsellik eğitimi gibi bakım gereksinimlerine ihtiyaç duymaktadır. Sağlık profesyonelleri diyabetli bireylere diyabetin cinsel fonksiyonlar üzerine etkisi, yaşadıkları cinsel problemlerle ilgili hangi birimlere başvurmaları ve bu problemlerle nasıl baş etmeleri gerektiği konularında cinsel danışmanlık ve eğitim vermelidir (Coimbra ve Teixeira, 2015; Rutte ve ark., 2016).

Hemşireler diyabetli bireylerin cinselliklerini ve cinsel fonksiyonlarını değerlendirerek bireyler için gerekli olan konularda cinsel danışmanlık ve cinsellik eğitimi vermelidir. Ayrıca bireylerin ihtiyacına uygun müdahalelere karar verip uygulamalıdır (Erden ve Kaya, 2015). Cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi cinsel öykü alma, cinsel sorgulama formlarının kullanılması, fizik muayene, laboratuvar testleri ve özellik gerektiren tanılayıcı testler olmak üzere 5 aşamadan oluşmaktadır (Bilgiç Çelik, 2012; Fışkın ve Kızılkaya Beji, 2014).

Cinsel Öykü Alma

Cinsel fonksiyonların değerlendirilmesinde ilk adım ayrıntılı bir şekilde cinsel öykünün alınmasıdır. Cinsel öykünün alınması problemin tanımlanmasına, olası risk faktörlerinin ve etiyolojik faktörlerin ortaya çıkarılmasına ve tedavinin belirlenebilmesine olanak sağlar. Cinsel öykü alınırken mahremiyet korunmalı, rahat bir ortam sağlanmalı, anlaşılır bir dil kullanılmalı, sorular açık uçlu sorulmalı ve doğru iletişim teknikleri kullanılmalıdır. Detaylı bir öykü hastanın var olan hastalıklarını, kullandığı ilaçları, daha önceki cinsel

deneyimlerini, geçirdiği ameliyatları, fonksiyon bozukluğuna neden olabilecek risk faktörlerini içermelidir (Fışkın ve Kızılkaya Beji, 2014).

Hemşire diyabetli bireylerin ilk olarak kronik hastalık öyküsünü, ilaç kullanımını, madde bağımlılığı ve cinsel istismar hikayesinin olup olmadığını ayrıntılı bir şekilde sorgulamalıdır. Daha sonra istek, uyarılma, orgazm ve çözülme dönemlerinin hangisinde ne gibi sorunlar yaşadığını dikkatlice değerlendirmelidir. Hemşire bu değerlendirmeyi yapmak için bireylere “cinsel olarak aktif misiniz, cinsellikle ilgili sorununuz var mı, cinsellikle ilgili ne tür problemler yaşıyorsunuz?” gibi sorular sorarak konuyu açmalı ve ayrıntılı bir şekilde veri toplamalıdır (Tuğut, 2016; [http://www.uroturk.org.tr/üroloji/Data/Books/400/erkek-ve-kadin-cinsel-sagligi.pdf](http://www.uroturk.org.tr/üroloji>Data/Books/400/erkek-ve-kadin-cinsel-sagligi.pdf), Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Hemşire bunları yaparken iyi bir dinleyici, cinsel konuları konuşmada rahat, danışmanlık yapabilme becerisi gelişmiş ve cinsel fonksiyonlar konusunda bilgi sahibi olmalıdır (Fışkın ve Kızılkaya Beji, 2014).

Cinsel Sorgulama Formlarının Kullanılması

Cinsel sorgulama formları cinsel fonksiyon bozukluklarının tanısında ve tedavinin planlanmasında önemlidir. Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi, Glombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği, Uluslararası Eretil Fonksiyon İndeksi, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği gibi formlar sıklıkla kullanılan cinsel fonksiyon değerlendirme formlarıdır (Fışkın ve Kızılkaya Beji, 2014; Tuğut, 2016). Hemşire bu formları kullanarak diyabetli bireylerde cinsel fonksiyon bozukluğu olup olmadığını değerlendirmelidir.

Fizik Muayene

Doğru yapılan fizik muayene ilk değerlendirmenin önemli bir parçasıdır. Hemşire fizik muayenede nörolojik, vasküler ve jinekolojik sistem muayenesini yapmalıdır. Ayrıca iç ve dış genital organların inspeksiyon ve palpasyon yöntemleriyle muayene edilmesi gerekmektedir (Fışkın ve Kızılkaya Beji, 2014; Tuğut, 2016).

Laboratuvar Testleri

Hormon profili (folikül stimüle edici hormon, lüteinleştirici hormon, serbest testosteron, total testosteron, prolaktin, östradiol), tiroid fonksiyon testleri, total kolesterol, trigliserid,

glikoz testi, HbA1c düzeyi gibi laboratuvar testleri kullanılmaktadır (Fışkın ve Kızılkaya Beji, 2014).

Özellik Gerektiren Tanılayıcı Testler

Genital kan akımı ölçümü (klitoris, vajina-penis kan akımı), vasküler değerlendirme (vajinal PH ölçümü), vajinal komplians ölçümü, genital duyarlılık testi, fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme ve pozitron emisyon tomografi, noktürnal penil tümesans ve sertlik testi, intrakavernozal enjeksiyon testi gibi tanılayıcı testler cinsel fonksiyon bozukluğunu daha iyi tanılamak için kullanılmaktadır (Tuğut, 2016).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışmanın amacı endokrinoloji ve metabolizma polikliniğine gelen Tip 1 DM tanılı bireylerin cinsellik algılarını ve cinsel bakım gereksinimlerini belirlemektir. Araştırma karma yöntem araştırması olup paralel veriler tipli yakınsak desendedir. Paralel veriler tipli yakınsak desende nitel ve nicel yöntemler birlikte kullanılarak bir yöntemin zayıf yanlarının diğerinin güçlü yönleri ile tamamlanması amaçlanmaktadır (Creswell, 2013). Araştırmanın nicel kısmında betimsel tarama, nitel kısmında ise betimsel bütüncül çoklu durum deseni kullanılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Antalya Atatürk Devlet Hastanesi ve Antalya Özel Yaşam Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma polikliniklerinde gerçekleştirilmiştir. Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma polikliniğinde bir tane uzman doktor ve bir tane sekreter bulunmaktadır. Poliklinikte günde ortalama 40-45 hasta muayene edilmektedir. Hastalar muayene edilirken poliklinikte sekreter ve doktorun dışında bir sonraki muayene olacak hasta da bulunmaktadır. Antalya Özel Yaşam Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma polikliniğinde bir tane doçent doktor ve bir tane sekreter bulunmaktadır. Poliklinikte günde ortalama 10-15 hasta muayene edilmektedir. Hastalar muayene için polikliniğe tek tek alınmaktadır. Her iki hastanenin polikliniklerine başvuran hastalarda diyabet, tiroid hastalıkları, metabolik bozukluklar, hormonların fazla ya da az üretimi gibi hastalıklar bulunmaktadır.

Derinlemesine yüz yüze görüşmeler hastaların istekleri doğrultusunda hastanelerde uygun olan boş bir poliklinik odasında ve Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde boş olan yüksek lisans dersliklerinde gerçekleştirilmiştir. Poliklinikler yaklaşık 15 metrekaredir. Polikliniklerde masa, hasta muayene masası, bilgisayar ve sandalyeler bulunmaktadır. Hasta muayene masası ve doktor ile sekreterin bulunduğu masa birbirine yakın şekilde bulunmaktadır. Yüksek lisans derslikleri yaklaşık 20 metrekaredir. Dersliklerde bir tane büyük masa, bilgisayar, kitaplık ve sandalyeler bulunmaktadır. Poliklinikler ve yüksek lisans derslikleri etkili görüşmenin yapılabilmesi, bireyin

mahremiyetinin sağlanabilmesi için uygun fiziksel koşulları (aydınlatma, ısı, havalandırma, ses v.b) karşılamaktadır. Görüşme yapılırken bölünmemesi için kapıya ‘‘görüşme var’’ yazısı asılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Antalya Atatürk Devlet Hastanesi ve Antalya Özel Yaşam Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma polikliniğine başvuran tip 1 DM tanılı bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın evrenini çalışmanın başında Atatürk Devlet Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma polikliniğine başvuran tip 1 DM tanılı bireyler oluştururken Haziran 2019’a kadar yeterli örnekleme ulaşılamayacağı öngörüldüğünden Antalya Özel Yaşam Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma polikliniğine başvuran tip 1 DM tanılı bireylerde evrene dahil edilmiştir. Ağustos 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma polikliniğine ayda ortalama 5-6 tip 1 diyabetli birey başvurmuştur. Kasım ayından itibaren tip 1 diyabetli bireylerin tekrarlı başvuruları başlamış ve Ağustos 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında toplam 25 tip 1 diyabetli birey polikliniğe başvurmuştur. Antalya Özel Yaşam Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma polikliniğine ise Ocak-Nisan 2019 tarihleri arasında iki tane tip 1 diyabetli birey başvurmuştur.

Örnekleme seçiminde amaçlı örnekleme yöntemlerinden biri olan ölçüt örnekleme kullanılmıştır. Bu amaçla örnekleme belirlemek için literatür taranarak araştırmaya dahil edilme ve araştırmadan dışlama kriterleri oluşturulmuştur (Enzlin ve ark., 2003; Seddigh Fatemi ve Morteza Taghavi, 2009; Kaya Erten ve ark., 2013; Hintistan ve Cilingir, 2013; Khodabakhshi Koolae ve ark., 2014; Mazzilli ve ark., 2015).

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Kadın bireylerin 18 yaş üzeri ve menopoza girmemiş olması
- Erkek bireylerin 18 yaş üzeri olması
- Tip 1 diyabet tanısı konulmasının üzerinden 1 yıl geçmiş olması
- Evli olması
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması
- Türkçe anlama ve konuşma yeteneğinin olması

- Konuşma ve işitme probleminin olmaması
- Kişi, yer ve zaman oryantasyonunun olması
- Psikiyatrik hastalık tanısı konmamış olması
- Fiziksel ve psikolojik açıdan görüşme yapabilecek yeterlilikte olması

Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Yeni tanı almış olması
- Görme kaybının olması
- Duyma kaybının olması
- Son dört haftada cinsel birleşme yaşamamış olması
- Hamile olması
- Konmuş bir cinsel fonksiyon bozukluğu tanısının olması

Niteliksel araştırmalarda örneklem büyüklüğü için belirlenmiş bir kural yoktur. Örneklem büyüklüğü araştırma sorusu ve amacı doğrultusunda belirlenmektedir. Paralel veriler tipli yakınsak desen araştırmalarında nicel ve nitel boyutun aynı bireyler ile yapılması tercih edilmektedir (Creswell, 2013). Çalışmada nitel ve nicel veriler aynı bireylerden toplanmıştır. Amaca yönelik örneklem büyüklüğü yöntemine dayalı olarak, veriler doyum noktasına ulaştığında, yeni bilgiler ortaya çıkmadığında ve veriler tekrar etmeye başladığında veri toplama sonlandırılmış ve toplam 8 tip 1 diyabetli bireyden veri toplanmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

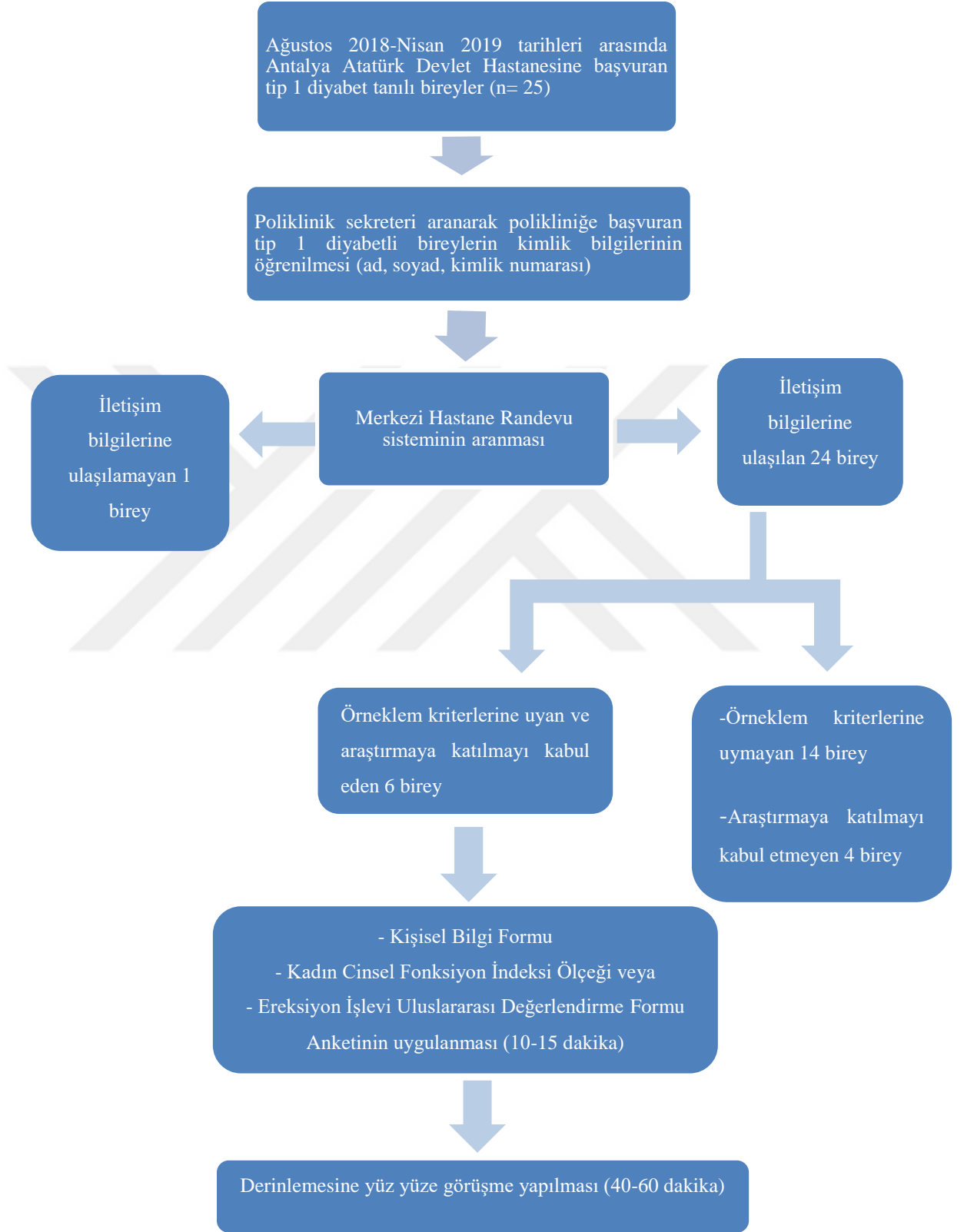
Araştırma için gerekli verileri toplamak amacı ile Kişisel Bilgi Formu, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Ölçeği, Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu ve Görüşme Rehberi kullanılmıştır.

Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma polikliniğine başvuran bireylerin diyabet tiplerinin kayıtlı olduğu bir sistem olmadığı için hergün poliklinik sekreteri aranarak o gün polikliniğe tip 1 diyabetli birey gelip gelmediği öğrenilmiş ve gelen bireylerin bilgileri (ad, soyad, kimlik numarası, doğum tarihi) alınmıştır. Daha sonra Merkezi Hastane Randevu Sistemi aranarak tip 1 diyabetli bireylerin iletişim bilgilerine

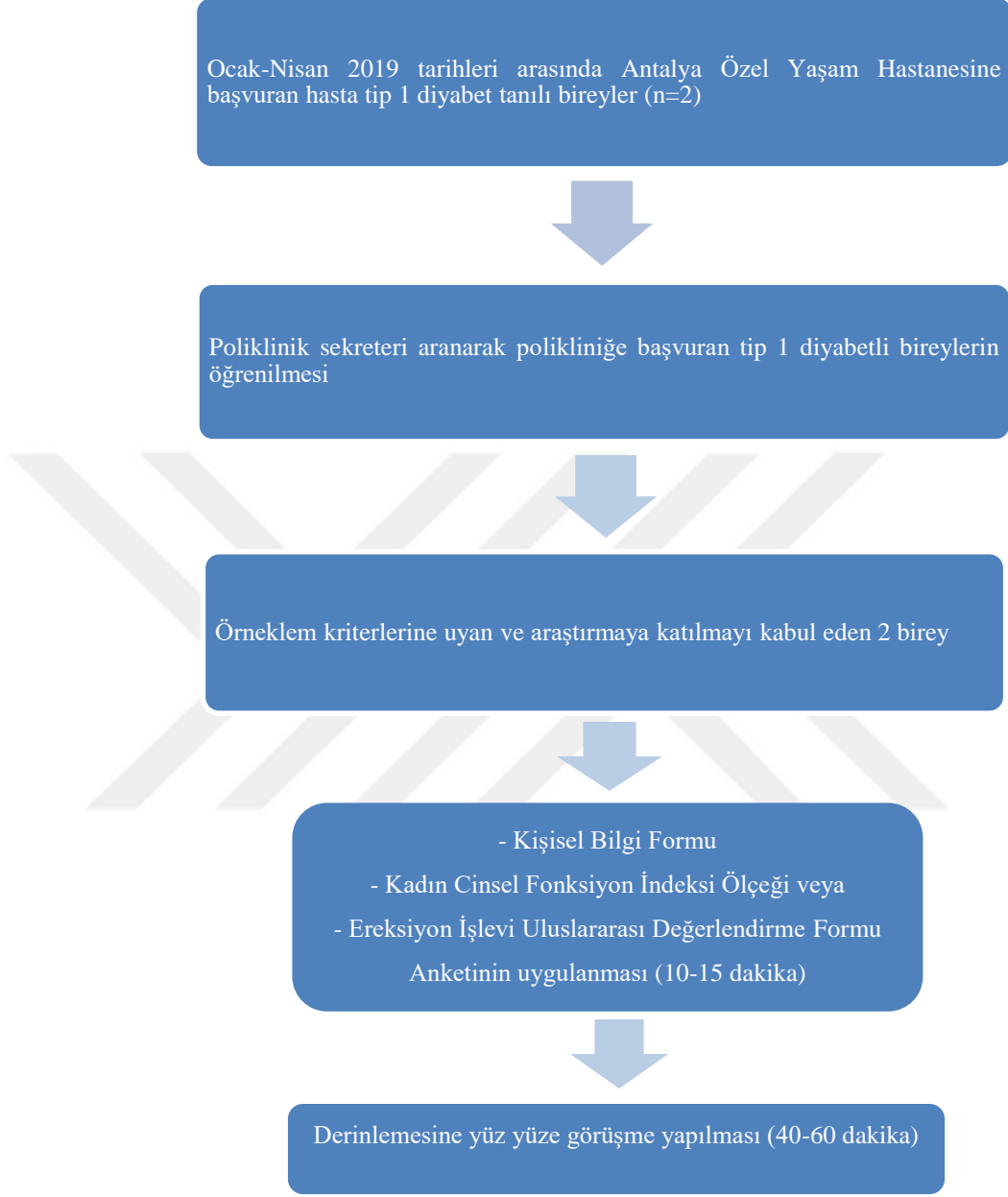
ulaşlmıştır. İletişim bilgilerine ulaşılan bireyler araştırmacı tarafından telefonla aranmıştır. Telefon görüşmesinde araştırmacı kendisini tanıtmış ve bireylere araştırmanın konusu hakkında kısaca bilgi vererek yüz yüze görüşme yapmak istediğini söylemiştir. Telefonla ulaşıp görüşme yapmayı kabul eden ve örneklem kriterlerine uyan bireylerle uygun oldukları bir zamanda görüşme için randevu planlanmıştır.

Antalya Özel Yaşam Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma polikliniğinde ise doktor polikliniğe gelen tip 1 diyabetli bireylerle konuşarak bireylerin araştırmaya katılmaları ve araştırmacının kendileri ile görüşebilmesi için sözel onamlarını almış ve bir sonraki kontrole araştırmacı ile tip 1 diyabetli bireyin görüşebilmesi için randevu planlamıştır.

Randevu gününden bir gün önce bireyler aranarak görüşme hatırlatılmıştır. Görüşmenin yapılacağı gün görüşme yapılacak alan önceden hazırlanıp tip 1 diyabetli birey ile hazırlanan odada görüşülmüştür. Görüşme öncesi araştırmacı, araştırmanın konusu, amacı ve görüşme yapılarak sorular sorulacağı, görüşmede ses kaydının kullanılacağı bilgilerini vererek bireylerin sözel ve yazılı onamlarını almıştır. Görüşme öncesi bireylerden Kişisel Bilgi Formunu, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Ölçeğini veya Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formunu doldurmaları istenmiştir. Anketlerin doldurulması yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür. Anketler uygulandıktan sonra görüşme rehberindeki yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla derinlemesine yüz yüze görüşme yapılmıştır. Dört birey ile yapılan görüşmeler ses kaydına alınmış, diğer dört birey ile yapılan görüşmelerde ise araştırmacı tarafından notlar tutulmuştur. Derinlemesine görüşmeler bireysel olarak yapılmış ve yaklaşık 40-60 dakika sürmüştür. Antalya Atatürk Devlet Hastanesi ve Antalya Özel Yaşam Hastanesi veri toplama aşamaları Şekil 3.1 ve Şekil 3.2'de özetlenmiştir.



Şekil 3.1. Atatürk devlet hastanesi araştırma süreci akış şeması



Şekil 3.2. Yaşam hastanesi araştırma süreci akış şeması

3.4.1. Veri Toplama Formları

Kişisel Bilgi Formu (EK 3)

Kişisel bilgi formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyo-demografik özellikler ikinci bölümde hastalığa ilişkin özellikler, üçüncü bölümde cinsel yaşamla ilgili özellikler yer almaktadır. Araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan formda 10 soru sosyo-demografik özelliklere, beş soru hastalık bilgisine (DM tanısını ne zaman

aldığı, kontrollerine ne sıklıkla gittiği, hangi insülini kullandığı vb.), üç soru cinsel yaşam bilgisine (ilk cinsel ilişkiye girme yaşı, cinsel sorunlarda kimlere başvurduğu vb.) ait olmak üzere toplam 18 soru bulunmaktadır (Siu ve ark., 2001; Bortolotti ve ark., 2001; Enzlin ve ark., 2003; Al-Hunayan ve ark., 2006; Lu ve ark., 2009; Giugliano ve ark., 2010; Yencilek ve ark., 2010; Kaya Erten ve ark., 2013; Hintistan ve Cilingir, 2013; Khodabakhshi Koolae ve ark., 2014; Mazzilli ve ark., 2015).

Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (EK 4)

Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function Index - FSFI), Rosen ve arkadaşları tarafından 2000 yılında kadın cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 19 maddeden oluşmaktadır ve istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, genel tatmin, ağrı olmak üzere 6 alt boyutu bulunmaktadır (Rosen ve ark., 2000). Bireylerin son 4 haftadaki cinsel fonksiyonları ya da sorunları değerlendirilmektedir. Testin güvenilirliği 6 alt boyut için iç tutarlılık ve test-tekrar güvenilirliği Cronbach Alpha ile iki şekilde değerlendirilmiştir. Cronbach Alpha değerleri 0.82 ve daha yüksek bulunmuştur (Rosen ve ark., 2000). Ölçek Türkiye’ de birçok çalışmada kullanılmış olup Türkçe geçerlilik güvenilirliği 2005 yılında Aygin ve Eti Aslan tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha değerleri 6 alt boyut için 0.89-0.98 arasında bulunmuş ve Türk kadınlarının cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesinde kullanılmasının geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır (Aygin ve Eti Aslan, 2005).

Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ölçeğinin alt boyutları, puanlaması, faktör yükleri ve alabilecekleri en düşük ve en yüksek puan Tablo 3.1.’de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Kadın cinsel fonksiyon indeksi alt boyutları

Alt Boyutla	Soru Numaraları	Puan Aralıkları	Alt Boyutların Faktör Yükleri	Alınabilecek Puan	
				En Düşük	En Yüksek
İstek (sıklığı, seviyesi)	1, 2	1-5	0.6	1.2	6
Uyarılma (sıklığı, seviyesi, emin olma durumu, tatmini)	3, 4, 5, 6	0-5	0.3	0	6
Lubrikasyon (sıklığı, zorluğu, cinsel ilişkide sürdürebilme sıklığı, cinsel ilişkide sürdürebilme zorluğu)	7, 8, 9, 10	0-5	0.3	0	6
Orgazm (sıklığı, zorluğu, tatmini)	11, 12, 13	0-5	0.4	0	6
Genel tatmin (eşyle yakınlık derecesi, cinsel ilişkide ve tüm cinsel yaşamında tatmin seviyesi)	14, 15, 16	0 (veya 1)-5	0.4	0.8	6
Ağrı (vajinaya giriş sırasında ve vajinayı girişi takiben ağrı sıklığı, vajinaya girişte ve takiben ağrı seviyesi)	17, 18, 19	0-5	0.4	0	6
Toplam				2	36

Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsıgh R, Ferguson D, D'agostino R. 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, Baş Topcu K. Tip II Diyabetes Mellituslu Bireylerde Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Antalya (Danışman: Doç. Dr. H Bektaş) kaynaklarından uyarlanarak oluşturulmuştur.

Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ölçeğinin toplam puanında 26,55 kesme puan olarak kabul edilmiş ve puanı $\leq 26,55$ olanlarda cinsel disfonksiyon olduğu kabul edilmiştir (Wiegel ve ark., 2005).

Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu (EK 5)

Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu (Internationale Index of Erectile Function - IIEF) Rosen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup 32 dilde geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (Rosen ve ark., 2002). Rosen ve arkadaşlarının (1997) çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha katsayıları 5 alt boyut için ayrı ayrı değerlendirilmiş ve Cronbach Alpha değerleri 0.73 ile 0.92 arasında bulunmuştur.

Türk Androloji Derneği tarafından Türkçe'ye çevrilip ülkemizde kullanılması için onaylanan Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu, erkek cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Toplam 15 sorudan oluşan bu formda erektil fonksiyon, orgazmik fonksiyon, cinsel istek, cinsel birleşmeden duyulan tatmin ve genel tatmin olmak üzere 5 alt boyut bulunmaktadır. 5 alt boyutun puanı birbirinden farklıdır. Formda 1-4, 6-10 arası sorular 6'lı (0-5 puan arası) likert tipi, 11-15 arası sorular 5'li (1-5 puan arası) likert tipi puanlama ile hesaplanmaktadır. Toplam puan arttıkça cinsel disfonksiyon yok ya da az var şeklinde yorumlanmaktadır (Rosen ve ark., 1997). Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu ölçeğinin alt boyutları, puanlaması ve alabilecekleri en düşük ve en yüksek puan Tablo 3.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 3.2. Ereksiyon işlevi uluslararası değerlendirme formu alt boyutları

Alt Boyutlar	Soru Numaraları	Puan Aralıkları	Alınabilecek Puan	
			En Düşük	En Yüksek
Eretil fonksiyon	1, 2, 3, 4, 5, 15	0 (veya 1)-5	1	30
Orgazmik fonksiyon	9, 10	0-5	0	10
Cinsel istek	11, 12	1-5	2	10
Cinsel birleşmeden duyulan tatmin	6, 7, 8	0-5	0	15
Genel tatmin	13, 14	1-5	2	10
Toplam			5	75

Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kırkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology. 1997; 49: 822-830, Erden S. Tip 2 Diyabetik Erkek Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğu ve Anksiyete Düzeyi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. H Kaya), <http://www.androloji.org.tr/androlojiDATA/Document/25112014164319-1ULUSLAR-ARASI-EREKTIL-ISLEV-FORMU.pdf>, Erişim tarihi: 18 Nisan 2019 kaynaklarından uyarlanarak oluşturulmuştur.

Eretil fonksiyon alt boyutu disfonksiyonun şiddetini değerlendirmede kullanılmaktadır. Tablo 3.3.'te bu alt boyuttan alınan puanlara göre ED'nin şiddetinin derecelendirilmesi gösterilmiştir.

Tablo 3.3. Eretil disfonksiyonun derecelendirilmesi

Eretil Fonksiyon Puanları	Eretil Disfonksiyon Şiddeti
0-10	Ciddi
11-16	Orta
17-21	Hafif-Orta
22-25	Hafif
26-30	Yok

Baş Topcu K. Tip II Diyabetes Mellituslu Bireylerde Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Antalya (Danışman: Doç. Dr. H Bektaş), <http://www.androloji.org.tr/androlojiDATA/Document/25112014164319-1ULUSLAR-ARASI-EREKTIL-ISLEV-FORMU.pdf>, Erişim tarihi: 18 Nisan 2019 kaynaklarından uyarlanarak oluşturulmuştur.

Görüşme Rehberi (EK 6)

Görüşme rehberi, endokrinoloji polikliniğine gelen Tip 1 DM tanılı bireylerin cinsellik algılarının ve cinsel bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla oluşturulmuştur. Görüşmede yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Görüşme rehberi “giriş bölümü, işlem basamakları, yarı yapılandırılmış görüşme formu ve kapanış” bölümlerinden oluşmaktadır. Giriş bölümü görüşmenin amacı ve özellikleri ile görüşmeciye ilişkin bilgileri içermektedir. Yarı yapılandırılmış görüşme formu Tip 1 DM tanılı bireylerin cinsellik algılarının ve cinsel bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla hazırlanmış 10 tane açık uçlu sorudan ve alt sorulardan oluşmaktadır. Kapanış bölümü hastaya teşekkür edilerek görüşmenin sonlandırılmasını içermektedir. Yarı yapılandırılmış görüşme formu için iki uzmanın görüşü alınmıştır. Öneriler doğrultusunda düzenlemeler yapıldıktan sonra görüşme formuna son şekli verilmiştir.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum değerleri ile sunulmuştur. Analizler SPSS 23.0 programı ile yapılmıştır.

Araştırmanın nitel verilerinin analizinde ses kayıt cihazına kaydedilen görüşmeler görüşme sonrası araştırmacı tarafından aynı gün N-Vivo 10 paket programında dikkatle

dinlenerek yazılı hale getirilmiş, araştırmacı tarafından tutulan notlar da görüşme bittikten sonra düzenlenerek yazılı hale getirilmiştir. Daha sonra yazılı hale getirilen görüşmelerin tamamı okunup incelenerek içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizi yapılırken aşağıdaki basamaklar uygulanmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

1.Verilerin Kodlanması: İçerik analizinin ilk aşaması verilerin kodlanmasıdır. Bu aşamada elde edilen bilgiler araştırmacı ve danışmanı tarafından incelenerek anlamlı bölümlere ayrılmış ve her bölümün kavramsal olarak ne anlam ifade ettiği bulunmaya çalışılmıştır. Kendi içinde anlamlı bir bütün oluşturan bu bölümler, isimlendirilmiş yani kodlanmıştır. Bu çalışmada verilerden çıkarılan kavramlara göre yapılan kodlama biçimi kullanılmıştır.

2.Temaların Bulunması: Kodlar bir araya getirilip incelenmiştir. Kodlar arasındaki ortak yönler bulunmaya çalışılmıştır. Toplanan veriler kodlar aracılığıyla kategorize edilmiştir.

3.Verilerin Kodlara ve Temalara Göre Düzenlemesi ve Tanımlanması: İlk iki aşamadaki sisteme göre elde edilen veriler üzerinden veriler yeniden düzenlenmiş ve uygunluğu için iki uzmandan görüş alınmıştır.

4.Bulguların Yorumlanması: Ayrıntılı bir biçimde tanımlanan ve sunulan bulgular yorumlanmıştır.

Araştırmanın geçerlik ve güvenirliliğini arttırmak için bazı uygulamalar geçekleştirilmiştir. Bu uygulamalar şunlardır (Günbayı ve Akcan, 2013; Yıldırım ve Şimşek, 2016).

a) Araştırmanın i geçerliliğini (inandırıcılığını) arttırmak için görüşme formu hazırlanırken ilgili alanlardaki kaynaklar incelenerek konu ile ilgili kavramsal ereve oluşturulmuştur. İçerik analizinde temalar ve alt temaların arasındaki ilişki ile her bir temanın diğer temalarla olan ilişkisi kontrol edilerek bütünlük sağlanmıştır. Bunun yanı sıra görüşmede kaydedilen bilgilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı ve gizliliği konusunda görüşme yapılan kişiyle anlaşma imzalanmıştır. Böylece görüşme sürecinde toplanan verilerin geek durumu yansıtması sağlanmıştır.

b) Araştırmanın dış geçerliliğini (aktarılabirliğini) artırmak için araştırma süreci ve bu süreçte yapılanlar ayrıntılı bir şekilde açıklanmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda, araştırmanın şekli, evreni, veri toplama aracı, veri toplama süreci, verilerin çözümlenmesi ve yorumlanması ayrıntılı bir biçimde tanımlanmıştır. Ayrıca amaçlı örneklem yöntemiyle seçilen katılımcılardan yazılı izin alınarak görüşmeler gönüllülük esasına dayalı olarak yapılmıştır.

c) Araştırmanın iç güvenilirliğini (tutarlığını) arttırmak için bulguların tamamı yorum yapılmadan doğrudan verilmiştir. Görüşmeden elde edilen veriler üzerinde araştırmacı ve nitel araştırma konusunda deneyimli bir öğretim üyesi (danışmanı) tarafından ayrı ayrı kodlamalar yapılmıştır. Daha sonra araştırmacı ve danışmanı bir araya gelerek kodlamaları karşılaştırmış ve ortak temalara ulaşılmıştır. Belirlenen temalar araştırmayla ilgisi olmayan iki uzmana gönderilerek kodlama yapmaları istenmiştir. Uzmanların kodladığı temaların tutarlığı SPSS programında “kappa” değerinin hesaplanması ile yapılmıştır. Kappa değeri “.794” olarak bulunmuştur. Dolayısıyla mevcut araştırmada değerlendiriciler arasında önemli düzeyde bir uyumun olduğu görülmüş ve kodlama anahtarının güvenilir olduğuna karar verilmiştir.

d) Araştırmanın dış güvenilirliğini (teyit edilebilirliğini) artırmak için tüm veri toplama araçları, ham veriler, analiz aşamasında yapılan kodlamalar ve rapora temel oluşturan notlar, yazılar ve çıkarımlar uzmanın incelemesine sunulmuş ve teyit incelemesi yapılmıştır.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Cinsellik Algısı, cinsel bakım gereksinimleri ve cinsel fonksiyonlar araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Sosyo-demografik özellikler (cinsiyet, yaş, meslek, sosyal güvence, gelir durumu, medeni durumu, eğitim düzeyi vb.), sigara kullanımı ve hastalığa ait özellikler (diyabet yılı, sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı vb.) bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada etik ilkelere uyulması, araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerin herhangi bir zarar görmemesi ve haklarının korunması için alınan bazı önlemler şunlardır:

- Araştırmaya katılan hastalara araştırma ile ilgili sözel açıklama yapılmış ve Katılımcı İzin Formu ile yazılı onamları alınmıştır (EK 2).
- Katılımcılardan elde edilen veriler tezin bulgular ve tartışma bölümünde katılımcı ismi açıklanmadan kodlanarak (K1, K2 gibi) verilmiştir.
- Araştırmada kullanılan Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Ölçeği için yazardan kullanım izni alınmıştır (EK 7). Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu Türk Androloji Derneği'nin internet sayfasında ulaşılabilir şekilde bulunmaktadır.
- Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2012-KAEK-20 kodu ile izin alınmıştır (EK 8).
- Çalışmanın uygulanacağı Antalya Atatürk Devlet Hastanesi ve Antalya Özel Yaşam Hastanesi'nden yazılı kurum izni alınmıştır (EK 9-10).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma verilerin toplandığı hastaneler ile sınırlıdır.
- Konunun ülkemizde kültürel açıdan konuşulması güç bir konu olması, her ne kadar kolaylaştırıcı faktörler kullanılsa da zaman zaman bireylerin iletişimde zorlanmaları ve sınırlı kalmaları sadece aktarabildikleri kadar veriler üzerinden değerlendirmenin yapılması bu araştırmanın sınırlılığdır.

3.9. Araştırma Sürecinde Yaşanılan Olumlu ve Olumsuz Durumlar

- Tıp fakültesi hastanesinde yapılması planlanan çalışma 6 ay gibi uzun bir süreden sonra poliklinik ortamında görüşme için uygun ortamının olmamasından dolayı bu hastanede gerçekleştirilememiştir. Bu nedenle araştırmanın uygulama aşamasının başlaması gecikmiş ve zaman kaybedilmiştir.
- Araştırmanın yapıldığı iki hastanede de başvuran bireylerin diyabet tiplerinin kayıtlı olduğu bir sistem olmadığı için gün içinde gelebilecek tip 1 diyabetli bireyler bilinmemiştir. Bireyler polikliniğe başvurduktan sonra poliklinikteki sekreterden tip 1 diyabetli bireyler öğrenilmiş ve bu bireyler ile yüz yüze görüşme imkanının

olmaması nedeniyle çalışmanın amacını anlatmak ve bireylerin çalışmaya katılmalarını sağlamak için telefonla aranarak derinlemesine yüz yüze görüşme yapılmak istendiği söylenmiştir. Ancak yapılan telefon görüşmelerinde devlet hastanesindeki bazı bireyler çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Tip 1 diyabetli bireylerin polikliniğe başvuracağı günlerin bilinmemesi ve araştırmacı tarafından bireylere çalışmanın amacının yüz yüze anlatılamaması örneklem kaybına neden olmuştur.

- Özel hastanede poliklinik doktorunun tip 1 diyabetli bireylerle araştırmaya katılmaları konusunda araştırmacıdan önce görüşmesi araştırmacının bireyleri ikna etme konusunda zorlanmamasını sağlamış ve örneklem kaybı yaşanmasını önlemiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan hastalara ilişkin nicel ve nitel bulgular yer almaktadır.

4.1. Nicel Bulgular

Tip 1 diyabetli katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine, hastalık ve cinsel yaşam durumlarına ilişkin özelliklerine, Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu ve Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ölçeğinin toplam ve alt boyut puanlarına yer verilmiştir.

4.1.1. Tip 1 Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 4.1. Tip 1 diyabetli bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=8)

Sosyo-demografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	4	50,0
	Erkek	4	50,0
Eğitim Durumu	İlköğretim	2	25,0
	Lise	3	37,5
	Üniversite ve üzeri	3	37,5
Meslek/İş	Memur	2	25,0
	İşçi	3	37,5
	Serbest Meslek	2	25,0
	Ev Hanımı	1	12,5
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	7	87,5
	Yok	1	12,5
Çocuk Sayısı	0	1	12,5
	1	2	25,0
	2	4	50,0
	3	1	12,5
Sosyal Güvence	Var	7	87,5
	Yok	1	12,5
Ekonomik Durum	Gelir gidere göre az	2	25,0
	Gelir gideri dengeler	5	62,5
	Gelir gidere göre fazla	1	12,5
Sigara Kullanımı	Evet	5	62,5
	Hayır	1	12,5
	Bıraktım	2	25,0
		Min-Max (yıl)	Ort±SS
Yaş		25-47	37,5± 2,42
Evlilik Süresi		2-22	12,5±2,51

Tablo 4.1'e göre katılımcıların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; katılımcıların yaş ortalaması 37,5±2,42, evlilik süresi 12,5±2,51'dir. Katılımcıların

%50,0'sinin erkek, %37,5'inin lise ve üniversite mezunu olduğu, %37,5'inin işçi olarak çalıştığı, %62,5'inin birden fazla çocuğa sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların %87,5'inin sosyal güvencesinin olduğu, %62,5'inin gelirinin giderini dengelediği ve %62,5'inin sigara kullandığı saptanmıştır.

4.1.2. Tip 1 Diyabetli Bireylerin Hastalık ve Cinsel Yaşam Durumlarına İlişkin Özellikleri

Tablo 4.2. Tip 1 diyabetli bireylerin hastalık ve cinsel yaşam durumlarına ilişkin özellikleri (n=8)

Hastalık ve Cinsel Yaşam Durumlarına İlişkin Özellikler		n	%
Sağlık Kuruluşuna Başvurma Sıklığı	Rahatsızlandığımda	3	37,5
	Üç ayda bir	3	37,5
	Yılda bir	2	25,0
Cinsel Yaşamı Etkileyen Sorunlar*	Kan şekerinin düşmesi (Hipoglisemi)	7	87,5
	Yorgunluk/güçsüzlük	4	50,0
	Psikolojik sorunlar	4	50,0
	Kan şekerinin yükselmesi (Hiperglisemi)	3	37,5
	Cinsel sorunlar	2	25,0
	Denge kaybı/düşme	1	12,5
	Uykusuzluk	1	12,5
	Enfeksiyon	1	12,5
	Eşle Cinsel İlişki Durumları	İyi	4
Orta		3	37,5
Kötü		1	12,5
Cinsel Sorunları Paylaşma Durumları *	Bu konuda konuşmam	3	37,5
	Sağlık Çalışanları	3	37,5
	Eş	2	25,0
	İnternet	1	12,5
		Min-Max	Ort±SS
Diyabet Yılı (Ort±SS yıl)		4-28	15,75±3,17
HbA1c (Ort±SS %)		5,6-11,7	8,51±0,68
İlk Cinsel İlişkiye Girme Yaşı (Ort±SS yıl)		17-29	20,63±4,1

* Birden fazla seçenek işaretlendiği için n değerlerine göre yüzde alınmıştır.

Tablo 4.2' de tip 1 diyabetli katılımcıların hastalık ve cinsel yaşam durumlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Tablo incelendiğinde araştırma kapsamına giren katılımcıların %37,5'inin 3 ayda bir sağlık kuruluşuna başvurduğu ve bireylerin cinsel yaşamını etkileyen sorunlar arasında %87,5 ile hipoglisemi birinci sırada yer alırken, %50 ile yorgunluk ve psikolojik sorunların ikinci sırada yer aldığı görülmektedir. Katılımcıların %50'si eşyle cinsel ilişkisini iyi olarak belirtirken, %37,5'i cinsel sorunları konusunda

kimseyle konuşmadığını belirtmiştir. Katılımcıların diyabet yılı ortalaması $15,75\pm 3,17$, HbA1c ortalaması $\% 8,51\pm 0,68$ ' dir.

4.1.3. Tip 1 Diyabetli Erkek Bireylerin Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu Toplam ve Alt Boyut Puanları

Tablo 4.3. Ereksiyon işlevi uluslararası değerlendirme formu toplam ve alt boyut puanları (n=4)

Ölçek Alt Boyut Puanları ve Toplam Puan	K1	K3	K5	K7	Ort±SS
Eretil Fonksiyon	23	13	16	22	18,5±4,8
Eretil Fonksiyon Şiddeti	Hafif	Orta	Orta	Hafif	
Orgazmik Fonksiyon	8	7	5	8	7,0±1,4
Cinsel İstek	6	4	6	7	5,7±1,25
İlişki Tatmini	9	7	5	11	8,0±2,6
Genel Tamin	8	4	3	8	5,75±2,6
Toplam Puan	54	35	35	56	45±11,5

Tablo 4.3'te erkek katılımcıların Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu toplam ve alt boyut puanları verilmiştir. Erkek katılımcıların aldıkları toplam puan ortalaması $45\pm 11,5$ 'dir. Katılımcıların ikisinde ($\%50,0$) orta derecede, ikisinde ($\%50,0$) hafif derecede olmak üzere hepsinde erektil disfonksiyon bulunmaktadır. K3 katılımcısı genel tatmin, ilişki tatmini ve cinsel istek alt boyutlarında, K5 katılımcısı ise genel tatmin ve ilişki tatmini alt boyutlarında sorun yaşamaktadır.

4.1.4. Tip 1 Diyabetli Kadın Bireylerin Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Toplam ve Alt Boyut Puanları

Tablo 4.4. Kadın cinsel fonksiyon indeksi toplam ve alt boyut puanları (n=4)

Ölçek Alt Boyut Puanları ve Toplam Puan	K2	K4	K6	K8	Ort±SS
İstek	3,6	6	2,4	4,8	4,2±1,5
Uyarılma	5,2	5,4	3,9	5,1	4,87±0,7
Lubrikasyon	6	4,8	3,9	4,5	4,8±0,9
Orgazm	5,6	5,6	4,4	4,4	5,0±0,7
Genel Tatmin	6	6	4,8	5,6	5,6±0,6
Ağrı	6	6	5,2	5,6	5,7±0,4
Toplam Puan	32,3	33,8	24,6	30	30,1±4,0

Tablo 4.4'te Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi toplam ve alt boyut puanları yer almaktadır. Tip 1 diyabetli kadın katılımcıların ölçekten aldıkları puan ortalaması 30,1±4,0'tür. Katılımcıların %50'si istek, %25'i uyarılma alt boyutlarında sorun yaşamaktadır. Kadın katılımcıların %25'inde ise cinsel fonksiyon bozukluğu saptanmıştır.

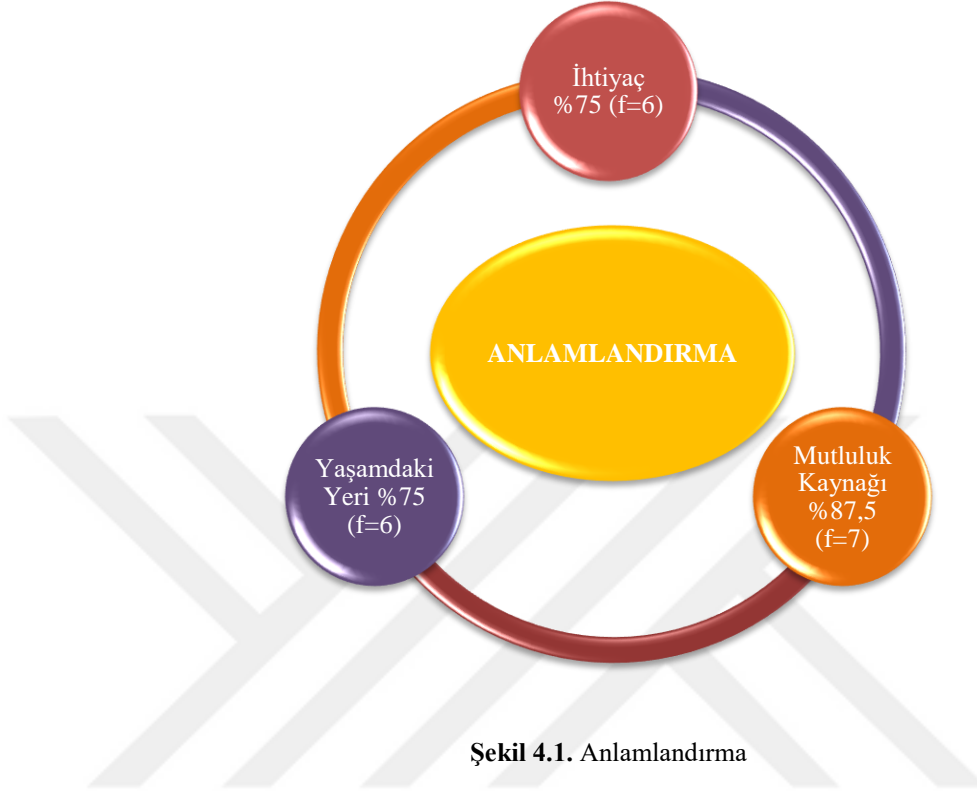
4.2. Nitel Bulgular

Katılımcılardan elde edilen nitel veriler doğrultusunda; Anlamlandırma, İlişkide Yaşanılan Güçlükler, Profesyonel Destek Almanın Önündeki Engeller, Yardım Arama Davranışı, Cinsel Bakım Önerileri ana temaları ve bu ana temaların alt temaları belirlenmiştir. Tablo 4.5'te belirlenen ana temalar ve alt temalar gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Nitel bulguların ana temaları ve alt temaları

ANA TEMA	ALT TEMA
Anlamlandırma	<i>İhtiyaç</i>
	<i>Mutluluk Kaynağı</i>
	<i>Yaşamdaki Yeri</i>
İlişkide Yaşanılan Güçlükler	<i>Fizyolojik Güçlükler</i>
	<i>Psikolojik Güçlükler</i>
	<i>Evlilik Süreçlerinde Güçlükler</i>
Profesyonel Destek Almanın Önündeki Engeller	<i>Fiziki Ortamın Uygun Olmaması</i>
	<i>Bilgi Eksikliği</i>
	<i>Sağlık Çalışanlarının Ulaşılabilir Olmaması</i>
	<i>Cinsellikle İlgili Konuşmaktan Çekinme</i>
Yardım Arama Davranışı	<i>Alternatif Tedavilere Yönelim</i>
	<i>Tıbbi Tedavilere Yönelim</i>
	<i>Kendi Kendine Çözüm Bulmaya Yönelim</i>
Cinsel Bakım Önerileri	<i>Sağlık Kuruluşlarına Yönelik Öneriler</i>
	<i>Alternatif Tedavilere Yönelik Öneriler</i>
	<i>Diğer Bireylerle Paylaşmaya Yönelik Öneriler</i>

4.2.1. Anlamlandırma



Şekil 4.1. Anlamlandırma

“Anlamlandırma” ana temasının alt temaları İhtiyaç, Mutluluk Kaynağı ve Yaşamdaki Yeri olarak belirlenmiştir (Şekil 4.1). Katılımcıların % 75’i (f=6) İhtiyaç, % 87,5’i (f=7) Mutluluk Kaynağı, %75’i (f=6) Yaşamdaki Yeri alt temaları altında cinselliği tanımlamışlardır. Katılımcıların alt temalara ilişkin görüşleri aşağıda verilmiştir.

İhtiyaç

“Cinsel yaşam deyince ihtiyaç yani ihtiyacını gidermek, rahatlamak ve zevk almak geliyor aklıma” (K3, Erkek).

“O da bir ihtiyaçtır çünkü vücuttan atılması gerekiyor” (K4, Kadın).

“Bir rahatlama gibi bir şey. Yani günün sonunda rahatlama” (K5, Erkek).

“Çevremde duyuyorum bazı kadınlar cinsel birliktelikten bir şey anlamadıklarını ifade ediyorlar. Eşi boşalmayı yaşadığı zaman kadının ne hissettiğine bakmıyor. Kadının haz alıp almadığını önemsemiyor. Erkeğin ihtiyacını gideriyor tamam diyor” (K6, Kadın).

“Bir gereksinim, yemek yemek, su içmek gibi o da bir ihtiyaç. Vücudumuzun da ihtiyacı, psikolojimizin de ihtiyacı...Yani her şeyin olduğu gibi bu da bir ihtiyaç, çocuk sahibi olmak için de bir ihtiyaç” (K7, Erkek).

“İnsanların gereksinimleri, hayatlarında bir istek yani bir arzu. Nasıl yaşamak için nefes alıp vermek gerekiyorsa hayatın devamı için cinsel yaşam da gerekli. Cinsel yaşamı olmayan bir insan ölür mü ölmez evet ama beslenme alışkanlığı gibi ihtiyaç duyulan bir şey diye düşünüyorum. Benim açımdan da yani hani vücudumun istediği bir şey. Hani bunu ilk başta yaşamadan önce bilmiyordum tahmin edemiyordum ama yaşadıkdan sonra artık bu şey benim için olması gereken bir şey haline geldi” (K8, Kadın).

Mutluluk Kaynağı

“Sevdiğimiz insanlarsa önemlidir. Sevdiğim bir insanla cinsel yaşam bana zevki, güzelliği, endamı, hoşlanmayı ifade ediyor” (K1, Erkek).

“Eşinle hoş zaman geçirmek, bir şeyler paylaşmak ve mutlu olmak bana göre” (K3, Erkek).

“Eşleri birbirine yakınlaştırıyor. Sevdiğin kişiyle güzel hoş bir dakikalar geçiriyorsun. (K4, Kadın).

“Cinsellik insanlarda bir mutluluktur bir özgüvendir eşine karşı. Mutlu oluyor insan. İşten geliyorsun yoruluyorsun ya da izinli gününde eşinle birlikte mutlu oluyorsun” (K5, Erkek).

“Bu da bir mutluluk. Hem kendi adına hem de eşini mutlu etme” (K6, Kadın).

“O gereksinimi mutluluğumu ne bileyim o anki enerjimi o anki güzelliği onu karımla eşimle paylaşmak, yapmak karşılıklı olunca daha iyi” (K7, Erkek).

“İnsanı mutlu eden bir şey. Eşimle paylaştığım özel anlarım hani onun bana vermiş olduğu mutluluk ve haz” (K8, Kadın).

Yaşamdaki Yeri

“Cinsel yaşam benim için hayatım boyunca hep ikinci planda olmuştur. Şu anda mesela 35-40 yaşında bir insana sorsanız cinsel yaşam benim için ikinci plan der yani. Şu an ilk plan diyen insan yoktur çünkü hayat mücadelesi zor herkes işinde gücünde” (K1, Erkek).

“Normal yaşamın bir parçası. Çocuk için, üremek için, mutlu bir evlilik için önemli. Sonuçta evliliğin bir parçası, Hayatın keyif alınan küçük birkaç dakikası. Hani öyle olmazsa olmazım, vazgeçilmezim değil ama dediğim gibi evliliğimin bir parçası” (K2, Kadın).

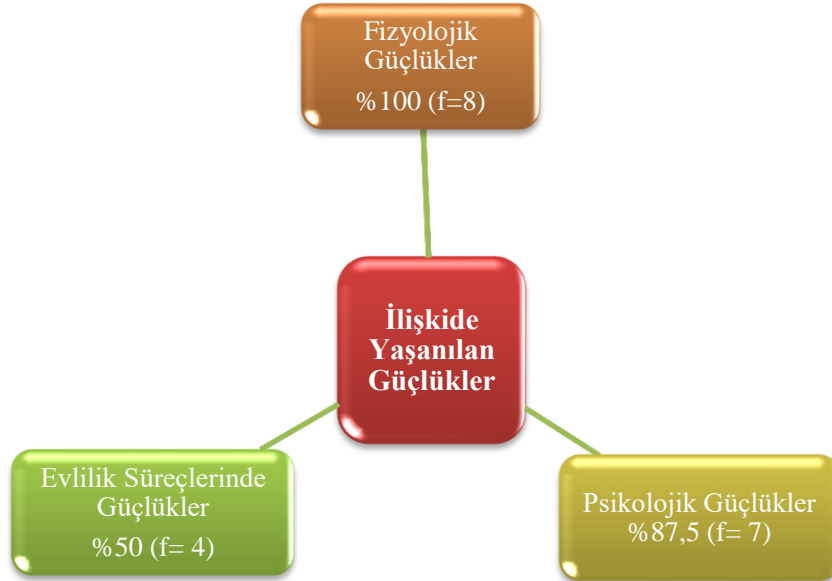
“Yemek yemek, uyumak nasıl yaşamsal bir faaliyetse cinsel hayatta insan için bu kadar değerlidir. Cinsellik hayatımızda sürekli olmaya devam edecek. Bir insanın cinsel hayatı iyi değilse hayatta hiçbir şey yolunda değilmiş gibidir” (K3, Erkek).

“Cinsellik olmadan yaşamın bir anlamı yok” (K5, Erkek).

“Yaşam koşulları, geçinme şartları, stres, sıkıntılar, çocuklar, ev bu düşüncelerin cinselliği etkilediğini düşünüyorum. Kadının aklında bunlar erkekte daha fazla. Erkek cinsellikle rahatlıyor. Kadının buna ayıracak vaktinin olmadığını düşünüyorum” (K6, Kadın).

“Bir erkekle bir bayanın cinsel yaşantısını hayatlarında olmazsa olmazları diye düşünüyorum...Eşimle benim hayatımda cinsel ilişki olmasa yaşar mıyım? Evet yaşarım. Bu benim ilişkiyi bitirmez diye düşünüyorum ama cinsel yaşam eşimle beni birbirine bağlayan bir etken, kuvvet bir bağ diye de düşünüyorum hani. Bu eşler arasında sevgiyi kuvvetlendiren, bağlılığı kuvvetlendiren eş dediğimiz o tanımlı tasvir eden bir eylem bence” (K8, Kadın).

4.2.2. İlişkide Yaşanılan Güçlükler



Şekil 4.2. İlişkide yaşanılan güçlükler

“İlişkide Yaşanılan Güçlükler” ana temasının alt temaları Fizyolojik Güçlükler, Psikolojik Güçlükler (engellenme, endişe, korku, yetersizlik ve anksiyete durumları üzerinden

incelenmiştir) ve Evlilik Süreçlerinde Güçlükler olarak belirlenmiştir (Şekil 4.2). Tip 1 diyabet tanılı katılımcıların %100 (f=8) Fizyolojik, % 87,5'i (f=7) Psikolojik (engellenme, endişe, korku, yetersizlik ve anksiyete durumları üzerinden incelenmiştir), %50'si (f=4) Evlilik Süreçlerinde Güçlükler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların bu alt temalara ilişkin görüşleri aşağıda verilmiştir.

Fizyolojik Güçlükler

“Cinsel ilişki sırasında ufak tefek terleme, kan şekerinde düşme oluyor, hissediyorum onları. Bir de yorgunluğum oluyor. Son zamanlar kendime bakamadım işimden dolayı. Yemede içmede filan öyle biraz sıkıntılar yaşadım. Birazda alkol aldım o yüzden son 6 aydır biraz yorgunluk yaşıyorum” (K1, Erkek).

“Kronik hastalığınız hele de tip 1 diyabet gibi bir hastalığınız varsa hayatınızdaki her şeyi etkilediği gibi cinselliği de negatif yönde etkiliyor. Şu an cinsellik konusunda büyük problemlerim olmasa da hastalıktan dolayı bir kere daha hassas, hastalıklara daha yatkın oluyorsunuz. Hele bir de çalışan insan olarak yorgun, bitkin, halsiz oluyorsunuz. Ben de daha çok enfeksiyon, kaşıntı ve mantar sorun oluyor. Çok dikkat etmeme rağmen ayda bir bu sorunları yaşıyorum...Vajinal enfeksiyon ve kaşıntı olduğunda eşim etkilenmesin diye 3-4 gün cinsel ilişkiye girmiyoruz. Bu sıkıntılarım ayda bir olduğu için cinsel ilişki sıklığımızı etkiliyor” (K2, Kadın).

“Sertleşme sorunu yaşıyor. Bu yüzden zamanla isteksizlik oluştu. Bu durum cinsel hayatımın kalitesini ve performansımı düşürüyor. Haftada iki sefer değil de üç haftada iki sefer oluyor bazen bir oluyor...Son üç yılın iki yılında tamamen koştuk eşimle. Yılda sadece 2-3 kere cinsel birliktelik yaşadık. Son bir yıldır ayda bir iki ya da bazen haftada bir cinsel ilişkiye giriyoruz. Sıklığın bu kadar azalmasının sebebi sertleşme problemi yaşayacağımı düşünmem ve bu yüzden ilişkiye girmek istememem” (K3, Erkek).

“Kan şekerimde düşme yaşıyorum. Hareket ettiğim için kan şekerim yükselse de o an ilişkide düştüğünü hissediyorum. Kan şekerim düşünce terliyorum, yorgun hissediyorum, çarpıntı oluyor” (K4, Kadın).

“Daha çok sertleşme sorunu, isteksizlik oluyor bende. Mesela ilişki ortasında aniden bırakıp kalkabiliyorsun” (K5, Erkek).

“Cinsel isteksizliğim ve vajinal kuruluğum var” (K6, Kadın).

“Sertleşme, boşalma konusunda problemler yaşıyorum. Kan şekerim düştüğünde veya çıktığında halsizlik başlıyor ve hiçbir şey yapamıyorum, o anda ilişkiyi bırakıyorum...Zaman zaman sertleşme problemim oluyor. Normal bir insanın birkaç kere üst üste ilişkiye girme şansı vardır ama benim birkaç kere değil en fazla iki kere yapma şansım vardır” (K7, Erkek).

“Kuruluk, enfeksiyon, enfeksiyona bağlı acı bunların diyabetten kaynaklı olduğunu düşünüyorum ve bu gerçekten beni etkiliyor. İlişki sırasında yaşadığım acı ve ilişki sonrasında yaşadığım o kaşıntıdan dolayı ilişkiye girmek istemediğim zamanlar oluyordu...İlişkiye başlıyoruz ön sevişmeden sonra işte bir titreme geliyor. O an şekerim düşüyor fazla enerji hareket vesaire onlardan dolayı sanırım. Şekerim düştüğü zaman durmak zorunda kalıyorum bu beni çok etkiliyor. Şekerim yüksekken de istediğim o hazzı alamıyorum” (K8, Kadın).

Psikolojik Güçlükler (Engellenme, Endişe, Korku, Yetersizlik ve Anksiyete durumları üzerinden incelenmiştir)

“Kan şekerim düştüğünde korku oluyor mu? İllaki oluyordur o an içimde. Sonuçta bu iki taraflı şey. Hem erkek açısından hem bayan açısından eşinin kötü düşünmesini istemez hiç kimse Yani iktidarsızlığa mı gidiyor diye düşünmesini hiç kimse istemez” (K1, Erkek).

“Ben kontrollü biri olduğum için ilişki anında kan şekerimin düşebilir diye öncesinde mutlaka kan şekerimi ölçüyorum. Kan şekerim normalse ilişkiye başlıyorum, düşükse mutlaka bir şeyler yiyorum ondan sonra tekrar kan şekerimi ölçüp ilişkiye öyle başlıyorum...Enfeksiyon durumlarında eşimi mutlu edemediğimi düşündüğüm için psikolojik olarak kendimi kötü hissediyorum. Mutsuz oluyorum. Bunu eksiklik gibi görüyorum” (K2, Kadın).

“Sertleşme problemi yaşayacağım korkusuyla eşimle birlikte olmak istemiyorum. İsteksizlikte bu yüzden oluyor. Bunu hissettiğim zaman yani sorun yaşayacağımı hissettiğimde zaten cinsel bir birlikteliğimiz olmuyor. İnsülinlerimi düzenli kullanırsam kendimi iyi hissedersen eşimle cinsel ilişkiye girmek istiyorum. Ama düzenli kullanmazsam, kendimi kötü hissedersen sertleşme problemimin olacağını düşünerek eşime yanaşmıyorum, cinsel birliktelik yaşamıyoruz. Cinsel hayat zevk haz almakten korkuyla yaklaşıyorsun maalesef böyle oluyor işte...Sertleşme sorunumdan dolayı

kendimi eksik hissediyorum, mutsuz hissediyorum, yetersiz hissediyorum. Bu da bütün hayatımı olumsuz etkiliyor...Nasıl olsa ilişkiye başladığımda sertleşme sorununu yaşayacağım ve cinsel birleşmemiz olmayacak. O yüzden hiç eşime yaklaşmayayım diye düşünüyorum” (K3, Erkek).

“Kan şekeri düşüğü anda ağlama hissi geliyor boş yere ağlıyorum. Kan şekeri düşüğü zaman kendimi kötü hissettiğim için o an cinsel ilişkiyi bırakıyorum...O an her şey çok güzelken kan şekerin düşüyor ara vermek zorunda kalıyorsun. Bir şeyler yiyorum devam etmek istiyorum ama bazen olmuyor. Vücudum da kasılmalarım oluyor. Eşimi de tatmin edemiyorum. O an diyorum ki neden? Neden böyle oluyor? Daha güzel olabilirdi diyorum. Ağlayıp ağlayıp duruyorum. Bu döngü böyle devam ediyor. Ama eşim anlayışlı olduğu için kendimi şanslı hissediyorum...Kan şekeri düşüğü zaman ilişkiye ara vermek durumunda kalıyorum. Eşime karşı o anda bir mahcupiyet oluyor. Onu mutlu edemediğim için, yeterli olamadığım için kendimi mahcup hissediyorum” (K4, Kadın).

“Hastalığa yakalanmadan önceki halimle şimdiki halim arasında çok fark var. Mesela eşimin yanına yaklaştığım zaman belki benden ilk günkü performansı bekliyor ya da onun istekleri ağır basıyor. Yanaştığı zaman istediği tepkiyi veremiyorum. Yani onun istediği durumu hazzı ona yaşatamıyorum...Sertleşme ile ilgili yaşadığım sorun cinsel ilişki sıklığını fazlasıyla etkiledi. Eşime yaklaşıyorsun ama olmuyor çok sıkıntı yaşıyorsunuz. Beyinde her zaman istiyorsun ama işi pratiğe dökemediğin zaman olmuyor yani haftada belki beş defa da istiyorsun ama ikiyi bile yapamıyorsun biri bile zor. Cinsel ilişki sırasında yaşadığım sıkıntıdan dolayı sinirleniyorum ve devam etmek istemiyorum...Eşimi böyle dev gibi görüyorum. Onun yanında kendimi cüce gibi görüyorum. Hem cinsel ilişkiyi sürdürememe hem de eşimin o durum karşısındaki tavrı...Hani diyorum bazen acaba sinirlense hani bir tartışmamız evet bazen oluyor evde birden dese sen erkek misin sen de beni mutlu edemiyorsun dediği zaman diyorum acaba ne olacak? Evliliğimiz boyunca son dönemlerde sen erkek misin değil de sen adam mısın dedi iki defa” (K5, Erkek).

“Çocuk sahibi olmak istiyoruz. Çocuk sahibi olurkende bu sorunlar karşımıza çıkarsa ya olmazsa ya ne bileyim işte benim sperm sayım yetmezse şeker hastalığından sonra o da benim kafamda bir soru işareti. Bu sorunları hep yaşıyorum. Mesela normal bir insan hasta olmadığı zaman mesela çocuk sahibi olmak istiyorsa bir sürü bitkisel ilaçlar işte ne

bileyim bal yer onu yer bunu yer hani ben onları da yapamayacağımı biliyorum. Kendi kendime alternatif tıp bile olmasa normal tıpta bile ben nasıl çocuk sahibi olurum veyahutta nasıl bunun üstesinden gelirim diye düşünüyorum ve bunlar bir sorun işte ilişkide de sorun dediğim gibi çocuk sahibi olmakta da sorun. Benim sperm sayımda da sorun işte kanımda da sorun her şekilde bir sorun var...Kendimi tedirgin hissediyorum. Çünkü niye hep bir korku var kafanızda hep şeker hastalığı var. Cinsel ilişki anında ya olmazsa ne bileyim başaramazsam ya o anda bir sorun çıkarsa ya rezil olursam, rezil olmak değil de hani tedirgin olmak hani ya başaramazsam ya gerçek anlamda başaramazsam belki bir şekilde başarıyorsunuz ama karşı tarafa ne kadar etkiliyor ne kadar karşılık verebiliyorsunuz onunla ilgili bir şey” (K7, Erkek).

“Beni etkilediği gibi karşı tarafında eşimi de etkilediğini düşünüyorum. Benim canım acıdikça o da huzursuz oluyor. Hani bu konuda etkilediğine inanıyorum...Başka bir gün ya da tekrar sevişmeye başladığımızda işte yine aynı şey olacak mı diye düşünüyorum. Kan şekerim normal seviyede olduğu zaman ilişkiye girdiğimizde de düşer mi diye sürekli bir korku yaşıyorum...Enfeksiyonu çok şükür uzun zamandır yaşamıyorum ama yaşar mıyım tekrar korkusu var. Bu korku cinsel ilişkiye girme sıklığımla etkilemiyor ama hani şöyle bir köşeye oturupta düşündüğüm zaman acaba yine olur mu korkusu geliyor” (K8, Kadın).

Evlilik Süreçlerinde Güçlükler

“İlişki sırasında hem kendine hem eşine zevk vermek gerekir yani bunu tek taraflı düşünmemek gerekir, iki taraflıdır. Sertleşme ve erken boşalma sorunun varsa eşinin gözünde kötü olmana neden olabilir. Tabi bunlar iktidarsızlık ve tatmin edememe evlilikte boşanmaya kadar gidebiliyor” (K1, Erkek).

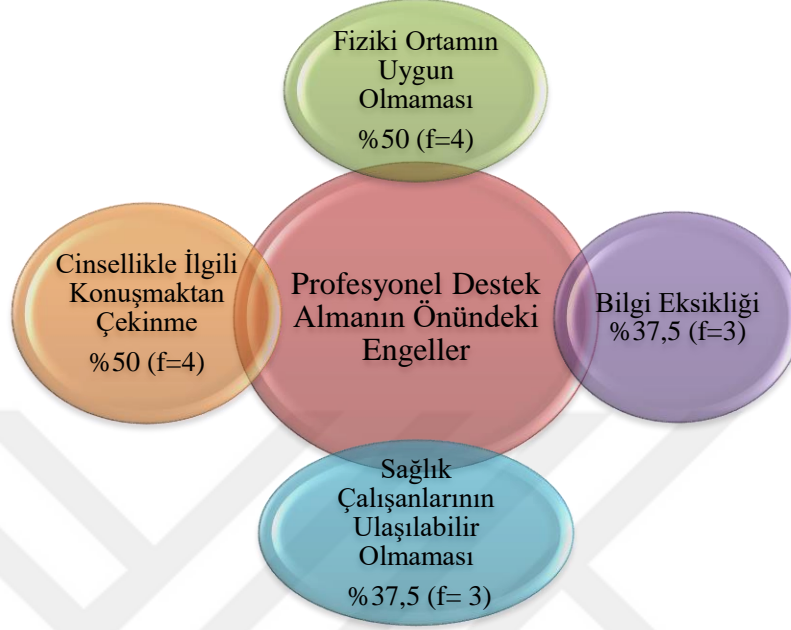
“Zaman zaman aramızda sıkıntı çıkıyor. Eşimin de cinsel hayat beklentisi değişti artık. Ben hazır olduğum zaman birlikte oluyoruz sadece. Sağlıklı bir cinsel hayatımız yok bu yüzden eşimle yaşantımın etkilendiğini düşünüyorum. Bu sorunların başladığı ilk zamanlar eşimde acaba diye soru işaretleri oluşmuş. Onu aldattığımı, hayatımda başka bir kadın olduğunu düşünmeye başlamış. Bana kendisini beğenip beğenmediğimi, hayatımda biri olup olmadığını sormaya başladı. Şekerin etkileri başladıktan sonra bir yıl boyunca eşimle birbirimize bir şey itiraf edemedik. Ne ben yaşadığım bu sıkıntıyla ilgili

eşime bir şey diyebildim ne de eşim aklındaki soru işaretlerinden bana bahsedebildi. O süreçte içimizde yaşadık her şeyi” (K3, Erkek)

“Eşim çok sinirlendiği zaman hep kendini düşünüyorsun işte kendin mutlu oluyorsun. Ben ne zaman mutlu olacağım? Ya da beni ne zaman mutlu edeceksin? diye söylüyor. Ufak çaplı tartışmalar oluyor aramızda. Bırakıp kalktığı zaman ben o da haliyle sinirleniyor hiç bir şey demiyor, konuşmuyor ama hissediyorum mutsuz olduğunu. Eşimle yaşadığımız bu sıkıntılar ölümü bile düşünmeme neden oldu. İki hafta önce denedim. Başka problemlerde var ama cinsellik konusunda yaşadığım problemler daha ağır bastı...Zaten artık eşimin bana duyduğu ilginin azaldığını görüyorum beklediklerini veremediğim için” (K5, Erkek).

“Enfeksiyondan dolayı sadece kendim açısından değil eşim açısından da yıpratıcı dönemler geçirdik zamanında...Bir bayan için cinsel ilişki çok başkadır bence bir erkek için çok çok başkadır. Hani erkekler cinsel yaşama çok önem verirler ve onları reddettiğiniz zaman kendilerini çok mutsuz, güçsüz, aşağılanmış hissederler. Ben eşimi çok sık reddeden biri değilim ama şekerim düşük olduğunda, enfeksiyon olduğunda falan yapıyorum bunu. Bu reddetme bizim günlük yaşantımızı da etkiliyor. Birbirimize karşı olan tavırlarımız yani eşimin bana olan tavrı değiştiğinde direkt olarak benimki de değişiyor ve bunun ben hani bir önceki isteğini reddettiğim için olduğunu düşünüyorum. Yani beni o şekilde cezalandırdığını düşünüyorum...İlişki anında ağrımın olduğunu hissettiği anda geri çekiliyordu zaten. Hani ilişkiyi yarım bırakmakta istemiyordum ama çok acıdığı zaman o da hissediyordu geri çekiliyordu. Bu konuda bana hiçbir şekilde olumsuz tepki göstermedi ama istemediğim zamanlarda gün içerisinde yalnızken falan direkt yüzüme vuruyordu bunları. Bir şey istediğim zaman evet diyordu sen de dün döndün arkana yattın ben de onu yapmayacağım. Hani ne istiyorsam artık ben de onu yapmayacağım diyordu” (K8, Kadın).

4.2.3. Profesyonel Destek Almanın Önündeki Engeller



Şekil 4.3. Profesyonel destek almanın önündeki engeller

“Profesyonel Destek Almanın Önündeki Engeller” ana teması ile ilgili ifadeler incelendiğinde Fiziki Ortamın Uygun Olmaması, Bilgi Eksikliği, Sağlık Çalışanlarının Ulaşılabilir Olmaması ve Cinsellikle İlgili Konuşmaktan Çekinme alt temaları elde edilmiştir (Şekil 4.3). Katılımcıların destek almasının önündeki engellerin, %37,5’inde (f=3) Bilgi Eksikliği ve Sağlık Çalışanlarının Ulaşılabilir Olmaması, %50’inde (f=4) Fiziki Ortamın Uygun Olmaması ve Cinsellikle İlgili Konuşmaktan Çekinme olduğu bulunmuştur. Katılımcıların alt temalara ilişkin ifadeleri şu şekildedir;

Fiziki Ortamın Uygun Olmaması

“Doktora gittiğimde de ortam sorunları söylemek için pek müsait olmuyor. Doktorun odasında başka hastalarda oluyor” (K3, Erkek).

“Doktor odası dolu olunca rahat bahsedemiyorum. Bir hafta önce doktor hanıma geldim kan şekeri düşüklüğü için. Cinsel ilişki sırasında da kan şekerimin düştüğünü, yorulduğumu söyleyecektim ama oda kalabalık olduğu için söylemekten vazgeçtim. Sadece kan şekerim düşüyor, kendimi yorgun hissediyorum dedim. Poliklinikler genelde böyle kalabalık oluyor. Öyle olunca cinsellikle ilgili bir şey paylaşmak zor oluyor, paylaşamıyorum” (K4, Kadın).

“Doktorun yanında sekreteri var bazen iki hasta birden oluyor. Bayan hasta oluyor. O yüzden birkaç defa aklıma geldi söylemek ama söyleyemedim. Oda da sekreterle doktor üçümüz olsak belki yine anlatacağım da olmuyor. Ortamda müsait olmadığı için anlatamıyorum” (K5, Erkek).

“Doktora gittiğimde uygun ortam olmadığı için konuşamıyorum yoksa konuşmak isterim” (K6, Kadın).

Bilgi Eksikliği

“Diyabet hastalığının sonucunda cinsel yaşantımda sorun yaşayacağımı hiç düşünmedim. Hiç aklıma gelmedi. Sadece benim aklıma gelen insan vücudunun diğer bölümlerinin iflas etmesi işte böbreğinin falan o tür şeyler aklıma geliyordu. Cinselliği etkileyebileceğini ilk defa sizden duydum yani hiçte araştırmadım. Hiç düşünmedim” (K1, Erkek).

“Sertleşme problemim son üç yıldır çok olumsuz etkiliyor. İlk zamanlar bu sorunu kabullenemedim. Şekerin böyle bir şeye sebep olabileceğini bilmiyordum. Sonradan öğrendim. Zamanla yavaş yavaş kabullendim ama çözüm aramadım” (K3, Erkek).

“Bu sorunlarla ilgili hangi doktora gidileceğini bilmiyorum. Kimden tedavi alındığını da bilmiyorum hiç merakta etmedim...Birçok şeyi kendi içimde yaşamaya çalışıyorum kendimle konuşuyorum. Bir şeyler üretmeye çalışıyorsun beyninde ama olmuyor yani. Tıpta çözümü olmadığı için sen kendince ne yapacaksın ne yapabilirsin? diyorum. Belki de vardır ben bilmiyorumdur” (K5, Erkek).

Sağlık Çalışanlarının Ulaşılabilir Olmaması

“Gittiğim doktorlarda cinsellikle ilgili herhangi bir sorun yaşayıp yaşamadığımı sormuyorlar. Ben de o yüzden doktorlarla paylaşmıyorum” (K3, Erkek).

“20 yıldır ben şeker hastasıyım daha bir tane doktor sormadı. İnsan doktorun sormasını, içini dökmek istiyor. Hastaya öyle bir fırsat verilmiyor Sorsa belki anlatırım, içimi dökerim varsa tedavisi yaparım” (K5, Erkek).

“İlk defa sizinle bu kadar açık ve net konuşuyorum. Onun dışında bana böyle soran olmamıştı ben de gidip kimseye böyle rahat rahat şöyle yaşadım böyle oldu şunu yaptık diye anlatmamıştım. Doktora kontrole gittiğimde zaten doktorlar gerek başı kalabalık olduğu için gerekse yorgun oldukları için ya da başından savmak için cinsel hayatımla

ilgili hiçbir şey sormuyorlar. Ben de kalkıp bana ters davranan bir doktora hani cinsel hayatımda şunları şunları yaşıyorum diye anlatmıyorum anlatmamda” (K8, Kadın).

Cinsellikle İlgili Konuşmaktan Çekinme

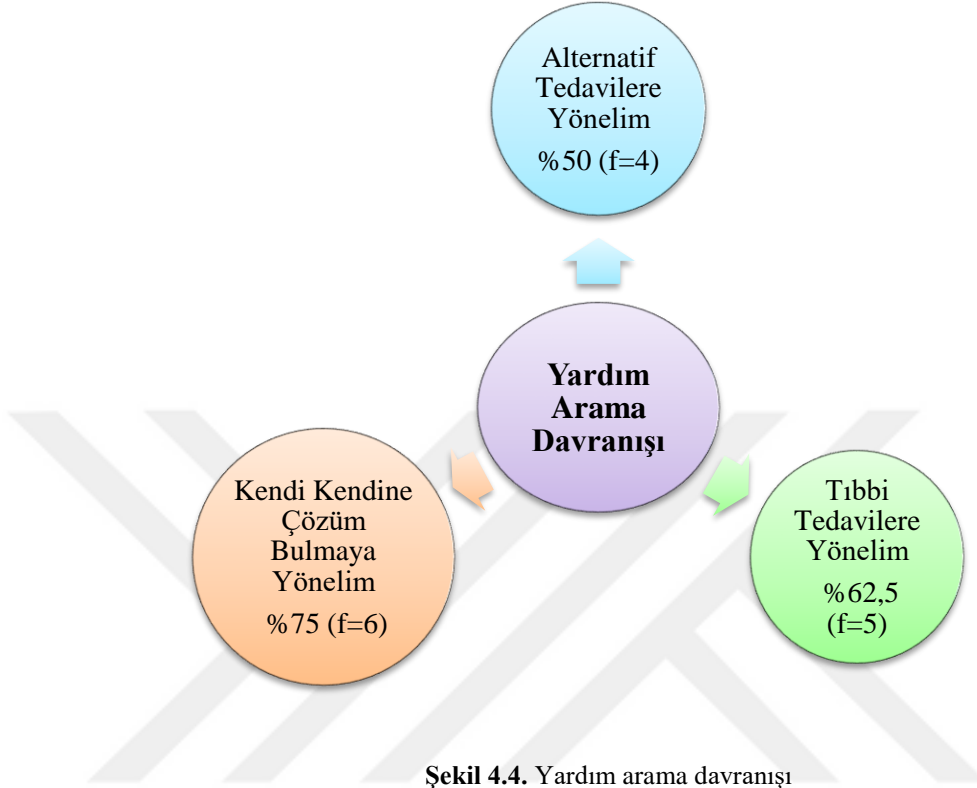
“İlk defa sizinle paylaşıyorum. İnsan bu konuyu konuşurken rahat olamıyor, illaki içimde biraz sıkıntı oluyor. Bazen bunları anlatırken şöyle düşünüyorum parantez içinde başka konuyu anlatarak düşünüyorum. Yani cinsellik değil de başka bir şey gibi anlatmaya çalışıyorum yani. Daha önce hiç kimseyle konuşmadım. Hiç kimseyle de paylaşmadım” (K1, Erkek).

“Benim endokrinoloji bölümünde bir doktorum var işte yaklaşık 10 yıldır ona gidiyorum. İnsan ilk gördüğün birine söylemeye birazda utanıyor çekiniyor. Hani işte doktor bu bölüme bakıyor. İlk defa gidiyorsun işte hocam ben bu sorunu yaşıyorum demek zor. İnsan biraz çekiniyor...Benim gibi şeker hastası arkadaşlarımla konuşurken aynı problemleri yaşadığımızı dile getiriyoruz. Ona soruyorum sen niye doktora söylemedin diye oğlum ben utanıyorum işte nasıl gidip anlatayım diyor. Ben de aynı şeyi düşünüyorum ortamda yok kimsede sormuyor” (K5, Erkek).

“Kültürel olarak bu konuları konuşmaktan kaçıyoruz. Ben kaçmam siz benimle konuşmak istediğinizde ben de kaçmadım görüşmeye geldim” (K6, Kadın).

“Türkiye genelinde diyabetli ya da diyabetsiz hiç farketmez bayanlar genelde doktora gittiklerinde işte benim cinsel yaşantım şöyleydi diye bir konuşmaya girmekte çekiniyorlar” (K8, Kadın).

4.2.4. Yardım Arama Davranışı



Araştırmanın nitel bulguları incelendiğinde “Yardım Arama Davranışı” ana temasının alt temaları Alternatif Tedavilere Yönelim, Tıbbi Tedavilere Yönelim, Kendi Kendine Çözüm Bulmaya Yönelim olarak belirlenmiştir (Şekil 4.4). Tip 1 diyabetli katılımcıların %50’si (f=4) Alternatif Tedavilere, %62,5’i (f=5) Tıbbi Tedavilere, % 75’i (f= 6) Kendi Kendine Çözüm Bulmaya yönelim gösterdiklerini ifade etmişlerdir. Bu alt temalarla ilgili ifadeler aşağıda belirtilmiştir.

Alternatif Tedavilere Yönelim

“Bitkisel bir ilaç getirttim. Sanırsam zeytin ağacı yaprağı. Kan şekerini dengeler, kan şekerindeki düşmeleri yükselmeleri önler dediler ama olmadı. Bir ay kullandım bir işe yaramadı. Cinsel ilişki anında kan şekerim yine düştü” (K4, Kadın).

“Genelde kendi çapımda işte internetten, bitkisel otlar işte. Biri nane dedi naneyi araştırdım yeşil nane. Naneyi bazen kullanıyorum. İyi de geliyor” (K5, Erkek).

“Cinsel isteksizliğim konusunda istek arttırıcı bitkiler kullandım. Karanfil, tarçın gibi. Safran kullanmak istiyorum isteğimi arttırmak için ama daha kullanmadım...Kuruluk konusunda da zeytinyağı kullandım” (K6, Kadın).

“Evlenmeden önce dediğim gibi enfeksiyon yaşıyordum. O sırada bana soğan kürü yapıp içersen enfeksiyonların temizlenir demişlerdi. Yani yapmadım değil yaptım ama çok işime yaradı mı zannetmiyorum yaradığını çünkü kaşıntılarım hala devam ediyordu” (K8, Kadın).

Tıbbi Tedavilere Yönelim

“Ben yaşadığım sıkıntılarda sağlık kuruluşuna başvururum. Doktorum, hemşirem ne derse onu yaparım, ne ilacı verirse onu kullanırım. Enfeksiyon, kaşıntı problemlerim olduğunda da sağlık kuruluşuna başvurup verilen ilaçları kullandım” (K2, Kadın).

“İlaç raporum bittiğinde doktora gitmiştim. O zaman bir kere doktora söyledim. O da bana vitamin ilacı verdi. O ilacı kullandım sadece. Onun dışında bir yardım arayışına girmedim” (K3, Erkek).

“Ben daha çok sağlık kuruluşuna başvuruyorum. Sorunlarımı doktora söyleyecektim bir hafta önceki kontrolümde ama oda kalabalık olunca söyleyemedim” (K4, Kadın).

“Bir doktora başvurup hap kullanmayı düşündüm ama çok fazla ilaç kullandığım için henüz doktora başvurmadım” (K6, Kadın).

“Evlenmeden önce enfeksiyona bağlı şikayetlerimden dolayı doktora gittiğim de oldu ama evli olmadığım için bana kremlerle işte antibiyotik haplarla tedavi uyguladılar. Hamile kaldıktan sonra artık çocuğumu da etkiler korkusuyla doktora gittim. Bana fitil falan vermişlerdi. Onları da kullandım çok şükür o zamandan beri bir sıkıntım yok” (K8, Kadın).

Kendi Kendine Çözüm Bulmaya Yönelim

“Sadece o anlık çözümler insanın kan şekeri düştüğü zaman bir çikolata bir şeker falan yer bende öyle geçiştirdim yani. İşte hafif yorgunluğum olduğunda oturdum dinlendim. Geldi geçti” (K1, Erkek).

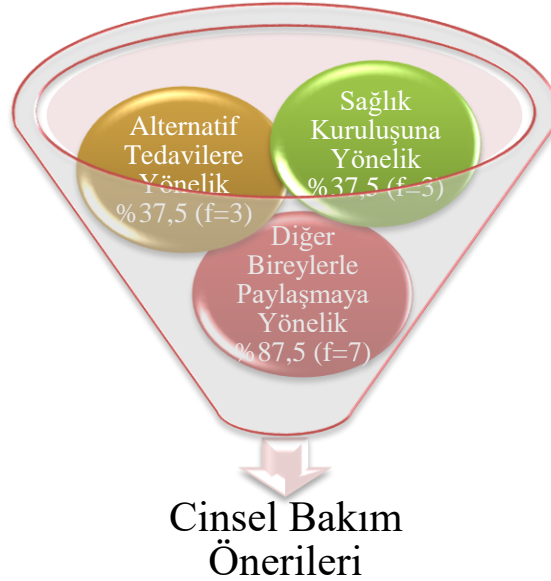
“Genelde de kan şekeri düşmesin diye ilişki öncesi meyve suyu içiyorum. Tabi bazen öncesinde meyve suyu içsem de ilişki anında yine de kan şekeri düşüyor” (K4, Kadın).

“Kendi çapımda uğraşıyorum. En son işte bu enerji içecekleri, viagra haplar falan denedim. İki defa viagra hapi kullandım yarım yarım. Onda da kusma olayı falan oldu. Ondan sonra bir daha kullanmadım. Bu kullandıklarımın sonra hepsinde bir etki gördüm. Enerji içeceklerinin kullanımına hala devam ediyorum” (K5, Erkek).

“Spor yaptım bir müddet hani yüzmeye gittim ne bileyim hatta her gün, hafta sonları falan yürüyüş yapıyorum. Biraz daha sağlığıma dikkat etmeye çalışıyorum. Şekerimden dolayı şekerli şeyler fazla yiyemiyorum. Sigarayı bıraktım. Sigara gerçekten beni çok etkiliyormuş bunu sigarayı bıraktıktan sonra fark ettim. Sigara şeker hastasının cinsel yaşamında hani performans olarak değil de sperm sayısını gerçekten çok etkiliyor. Beslenme yani sebze, meyve hani bir de çalıştığım iş konusuyula her şeyimi vakitlice yapıyorum. Vakitlice yapmakta çok etki ediyor” (K7, Erkek).

“İlişki sırasında çok kuru olduğumu ve acıyacağını düşündüğüm zamanlarda bebek yağı kullanıyoruz. Onun dışında başka bir şey yapmıyoruz. İlişki sırasında şekerim düştüğü için de ilişkiye başlamadan önce bir şeyler atıştırıyoruz” (K8, Kadın).

4.2.5. Cinsel Bakım Önerileri



Şekil 4.5. Cinsel bakım önerileri

“Cinsel Bakım Önerileri” teması Sağlık Kuruluşlarına Yönelik, Alternatif Tedavilere Yönelik, Diğer Bireylerle Paylaşmaya Yönelik Öneriler olmak üzere üç alt temada ele alınmıştır (Şekil 4.5). Katılımcıların %37,5’inin (f= 3) Sağlık Kuruluşlarına ve Alternatif

Tedavilere Yönelik Önerilerde bulunduğu, %87,5'nin (f=7) Diğer Bireylerle Paylaşmaya Yönelik Önerilerde bulunduğu belirlenmiştir. Katılımcıların bu alt temalara ilişkin görüşleri aşağıda verilmiştir.

Sağlık Kuruluşlarına Yönelik Öneriler

“Bence doktorlar tek tek almalı odaya. Hasta sıkıntısını daha rahat ifade eder öyle olursa” (K4, Kadın).

“Tedavi gördüğün kurumun bunu kesinlikle sana birebir sorması lazım. Hani gittiğinde işte üç aylık şekerin ne kadar 9, 8 bilmem kaç, işte sen bu insülini düşüreceksin falan diye anlatıyorlar ya cinsellik konusunu da konuşmalılar. Hatta bununla ilgili bir tedavi ünitesinin %100 açılması lazım. Yani diyabet hastalarının cinsellikle ilgili yaşadığı sıkıntılarla ilgili bir yer açılması lazım. Endokrin doktorunun hastaya bir test yapması ya da sorması lazım eğer cinsellikle ilgili sıkıntısı varsa tedavi ünitesine göndermesi lazım” (K5, Erkek).

“Bu cinsel yaşam diyabette hani gerçekten önemli bir şey üstü kapatılıyor. Üstünün kapatılmaması için hani nasıl diyabet ve ayak, diyabet ve iç organlarımız adı altında bir eğitim programı var diyabet ve cinsel yaşam adı altında da bir program oluşturulup bu konuda üstüne basılarak eğitim verilmeli. Mesela bir kontrole gittiğimde şekerimin düzensiz olduğunu gördüğünde doktor beni eğitime gönderiyor. Bunu genellikle işte besindi, öğünlerdi işte yürüyüştü işte dikkatli şeker ölçümüydü, dikkatli insülin dozuydu falan filan diye anlatıyorlar hani bunun dışında şekerin bizim diğer yaşamsal faaliyetlerimize işte cinsellik olsun ne bileyim iş hayatı olsun çocuklu bir anne olarak değerlendirilsin. Bu konularda da özel bir eğitim programı açılmalı diye düşünüyorum” (K8, Kadın).

Alternatif Tedavilere Yönelik Öneriler

“Tarçınlı süt öneririm. Ben bunu üç gündür içiyorum. Etkili olduğunu düşünüyorum” (K4, Kadın).

“Bitkisel ilaçlar kullanmalarını öneririm. Şimdi her şey alternatif tıbbaya yöneldi” (K6, Kadın).

“Bebek yağından memnundum kuruluk için onu önerebilirim” (K8, Kadın).

Diğer Bireylerle Paylaşmaya Yönelik Öneriler

“Kendi başına çözemiyorsa insan sağlık kuruluşlarından yardım alması gerekir. Mesela bir insan sigarayı bırakmayı tek başına çözemiyorsa sigarayı bırakma hattı var oradan faydalanıyor. Diyabetli bireylerde cinsel sorunlarını çözemiyorsa bir sağlık kuruluşuna varsa böyle bir bölüm ona başvurması iyi olur” (K1, Erkek).

“Eşlerine karşı açık olmalarını, fizyolojikte olsa psikolojikte olsa her şeylerini eşleriyle paylaşmalarını öneririm. Kadınların naz yapma huyu vardır bazen ama eşler bunun naz olmadığını gerçek bir hastalık olduğunu bilsinler ve eşlerine destek olsunlar...Kulaktan dolma bilgilere güvenmesinler doktorları ve diyabet hemşirelerine danışsınlar” (K2, Kadın).

“Bu konuda uzman kişilerle, doktorlarla görüşmelerini, cinsel yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürmeleri için destek almalarını öneririm. Yaşadıkları sorunlar için tedavi görürlerse cinsel yaşamlarını daha sağlıklı bir şekilde devam ettirirler bence” (K3, Erkek).

“Başka diyabetli bireylerle arkadaş olmalarını öneririm. Akıl akıldan üstündür çünkü. Benim bilmediğimi o bilir yardımcı olur...Mutlaka doktora başvurmalarını öneriyorum. Kan şekerlerini düzenlerler. Bir de psikiyatriste başvurmalarını öneririm. Psikolojik problemleri olabilir. Bunlarla tek başına başa çıkamayabilirler. İnsan anlatınca, konuşunca rahatlıyor çünkü” (K4, Kadın).

“Hastaların bu konuyu öyle içine atıp eşinden saklamaması, eşiyile paylaşması, anlatması lazım. Hani tamam karşıdaki eş her gün isteyebilir belki ama onu da konuşması lazım yani benden her gün bu potansiyeli bekleme ya da kendine planlama yaparsın eşinle haftada bir defa iki defa yapabilirim dersin ya da haftada bir defa benden bunu bekle diyebilirsin” (K5, Erkek).

“Doktorlarla görüşüp sağlıklı bir cinsel yaşam sürdürmeleri için destek almalarını öneririm. Çünkü cinsellik hayatımızda hep var olmaya da devam edecek” (K6, Kadın).

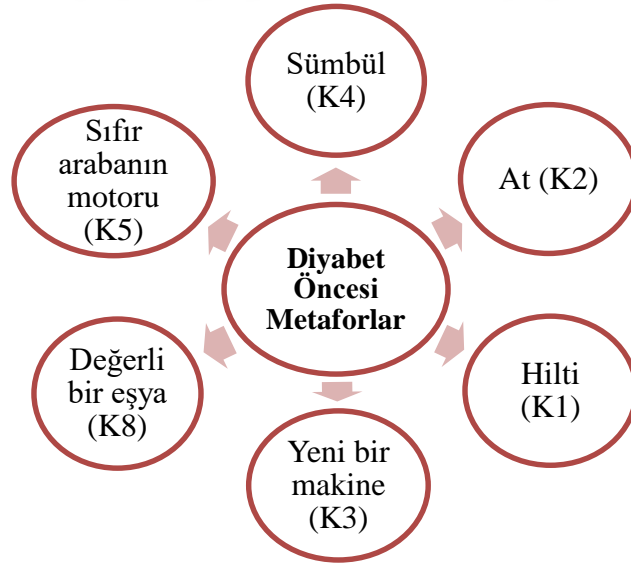
“Enfeksiyon konusunda benim önerim sadece doktora gitmeleri olabilir. Hani kendi başıma hiçbir şekilde üstesinden gelemedim. Doktorun verdiği ilaçlardan sonra düzeldi” (K8, Kadın).

Sonuç olarak; yukarıda verilen bulgular doğrultusunda katılımcıların diyabetin cinsellik üzerine etkisi, yaşadıkları cinsel sorunlarla nasıl baş edebilecekleri, yaşadıkları sorunların çözümleri için hangi kuruluşlara başvurmaları gerektiği konularında eğitim ve cinsel danışmanlığa ihtiyaç duydukları saptanmıştır.

4.3. Cinsellik Metaforları

Bu hastalıktan (tip 1 diyabetten) önce/sonra cinsel yaşamınızı bir şeye benzetmek isterseniz (makine, eşya, bitki, hayvan vb.) neye benzetirsiniz sorusu sorularak cinsellik metaforları ortaya konulmuştur. Katılımcıların diyabetten önce ve diyabetten sonra belirttikleri metaforlar Şekil 4.6 ve Şekil 4.7’de gösterilmiştir. Katılımcılardan dördünün diyabet öncesi ve diyabet sonrası metaforları değişmemiş sadece kullanılmış ya da eskimiş olarak ifade edilmiştir. Katılımcıların ikisi tip 1 diyabet tanıları çocukluk çağı döneminde konulduğundan cinselliği hiçbir şeye benzetemediklerini belirtmişlerdir. Diyabet öncesi ve diyabet sonrası metaforlara ilişkin ifadeler aşağıda verilmiştir.

Diyabet Öncesi Cinsellik Metaforları



Şekil 4.6. Diyabet öncesi cinsellik metaforları

“Ben inşaat işiyle uğraştığım için kırım işimiz çok olur hiltiyle. Tak tak tak diye işte ona benzetirdim yani. Neden hiltiye benzetirdim? Ben gençliğimde çok hovardaydım. Cinsel hayatım hareketli ve hızlıydı. Ondan dolayı hiltiye benzetirdim” (K1, Erkek).

“Yani o dönem her şey yolunda ve düzenliydi. O yüzden çevik bir ata benzetirdim. Tip 1 diyabetin etkileri oluyor hiçbir şeyde eskisi kadar verimli, hareketli, çevik olamıyorsunuz. Ben tanı konulmadan önce daha hareketli, verimli ve çevik olduğumu düşündüğüm için çevik bir ata benzetirdim” (K2, Kadın).

“Sağlam, performansı yüksek, yeni bir makineye benzetirdim. Nasıl ki sağlam bir makine iyi, güçlü ve güzel çalışıyorsa hastalıktan önce benim cinsel hayatımda öyleydi. Performansım yüksekti, isteğim fazlaydı” (K3, Erkek).

“Bir bitkiye benzetiyorum diyim o zaman. Neden? Belkide o zaman daha gençtim 18-19 yaşlarında. Hastalık yoktu o zaman daha bir saflık, daha bir sadelik vardı. Bitki olarak da ben sümbülü çok severim. Sümbüle benzetirdim” (K4, Kadın).

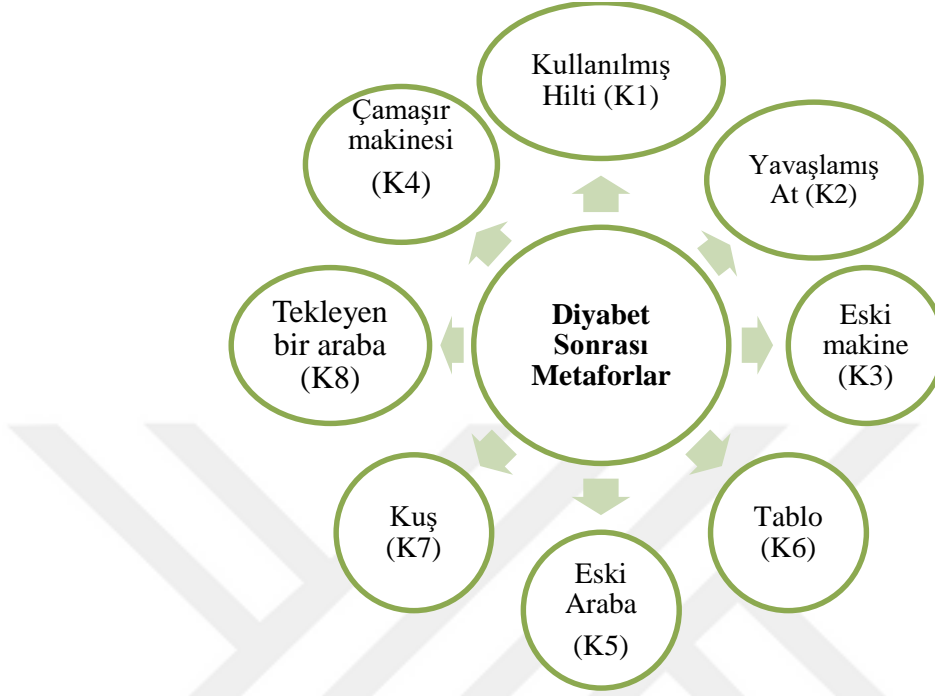
“Sağlam, yeni sıfır arabanın motoruna benzetebilirim. Haftada dört defa beş defa hanım da istediği zaman mutlu olabiliyorduk ama şimdi dediğiniz gibi ankette de dört haftada iki defa üç defa olunca o da istediğin gibi olmayınca insan üzüliyor yani. Tanı konmadan önce dediğim gibi sağlam bir motor nasıl çalışıyorsa öyleydi” (K5, Erkek).

“Hastalık öncesi cinsel yaşamım olmadığı için herhangi bir şeye benzetemiyorum” (K6, Kadın).

“Benim diyabetten öncesi cinsel yaşamım yoktu çünkü 8-9 yaşında oldu o yüzden bir şey diyemiyorum” (K7, Erkek).

“Diyabet olmadan önce evli değildim zaten. Diyabet olduktan bir 10 sene sonra falan evlendim. Hani o zaman daha cinsel yaşamla ilgili bu kadar içli dışlı olmadığımdan ne diye düşünürdüm? Yani korumam gereken kendimi sadece eşime saklamam gereken ne diyebilirim yani değerli bir eşya olarak görürdüm” (K8, Kadın).

Diyabet Sonrası Cinsellik Metaforları



Şekil 4.7. Diyabet sonrası cinsellik metaforları

“Valla ne diyeyim bilemedim ki. Kullanılmış hilti diyelim sıfır değil de iki senelik. Sonuçta bir şeyleri kullana kullana eskiyor o da illaki öyle oluyordur yani” (K1, Erkek).

“Biraz daha yavaşlamış bir at olabilir ama atlığından bir şey kaybetmiyor. Sadece yıllar geçtiği için hızı azalıyor” (K2, Kadın).

“Cinsel yaşamımı sürekli bozulan, ara ara çalışan bir makineye benzetiyorum. Yeni alınan bir makine yıllar içinde nasıl eskirse, performansı azalır bana şeker tanısı konduktan sonra yıllar içinde benimde cinsel yaşantımdaki performansım azaldı, isteksizliğim arttı. Bu yüzden tanı konduktan sonra cinsel hayatımı yıllar önce alınmış, eskimiş, çalışma gücü azalmış bir makineye benzetiyorum” (K3, Erkek).

“Bir makinaya diyelim mi bunu da. Çamaşır makinası olsun. Bazen çok güzel çalışıp sonra bir anda yorulup duran. En başta her şey çok güzelken, hızlı hızlı çalışırken sonra bir anda yavaşlayıp duruyor. O yüzden çamaşır makinasına benzetiyorum. Ben de cinsel ilişkiye en başta iyi başlıyorum sonra kan şekerim düşüyor, kendimi yorgun hissediyorum ve bırakmak zorunda kalıyorum maalesef” (K4, Kadın).

“Eski bir 131 araba diyelim yani onun gibi bir şey. Hastalıkla birlikte gücün azalıyor o yüzden eski bir arabaya benzettim” (K5, Erkek).

“Asılı bir tabloya benzetebilirim. Biz de şöyle derler “Ununu elemiş eleğini duvara asmış”. Evlilikte bu yıla gelmişiz. Her şeyi bitirmişiz. Cinsel yaşamımızı o tabloya sığdırmış duvara asmışız gibi geliyor bana” (K6, Kadın).

“Hızlı bir kuşa benzetebilirim belki. Mesela kartal veya şahin diyebilirim çok hızlı kuş dediğim onlardan bahsediyorum. Hani bir anda çok yüksekten uçarken artık biraz daha böyle alçalmış gibi. Bazen böyle bir an hızlı giderken bir anda yavaşlayabiliyorsunuz şekeriniz tepki gösterdiği zaman. Hani bir anda çok yüksekten uçarken bir anda yani kademe düşürtebiliyor öyle.” (K7, Erkek).

“Düz yolda giden bir aracın teklemesi gibi. İnsandan kaynaklı değil, sürücüden kaynaklı değil ama arabanın kendisinden, mekaniğinden kaynaklı bir arıza olabilir. Bu sorun nasıl arabada arızaya sebep oluyorsa diyabette cinsellikte sorunlara sebep oluyor. Bu yüzden diyabette sonra cinselliği düz yolda giden aracın teklemesine benzetiyorum” (K8, Kadın).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Ölçeği ve derinlemesine bireysel görüşme yöntemi kullanılarak elde edilen bulgular, nicel ve nitel olmak üzere iki bölümde tartışılmıştır.

5.1. Nicel Bulguların Değerlendirilmesi

Cinsel fonksiyon bozukluğu diyabetli bireylerin sık karşılaştığı bir problemdir (Varkonyı ve Kempler, 2014; Bijlsma-Rutte ve ark., 2017). Erkeklerde erektil disfonksiyon, ejakülasyon sorunları, cinsel istek ve cinsel tatmin olmada problemler görülmektedir (Varkonyı ve Kempler, 2014; Bjerggaard ve ark., 2015; Pozzo ve ark., 2016; Kizilay ve ark., 2016). Kadınlarda ise libido kaybı, orgazm, lubrikasyon ve uyarılma problemleri, disparoni, vajinal kuruluk ve genel olarak cinsel tatmin düşüklüğü meydana gelmektedir (Enzlin ve ark., 2009; Seddigh Fatemi ve Morteza Taghavi, 2009; Bjerggaard ve ark., 2015).

Araştırmada erkeklerin Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme formundan aldıkları toplam puan ortalaması $45 \pm 11,5$ 'dir. Erkeklerin %50'sinde orta derecede, %50'sinde hafif derecede olmak üzere %100'ünde ED bulunmuştur. Ayrıca erkek katılımcıların %25'inin cinsel istek, %50'sinin genel tatmin ve ilişki tatmini alt boyutlarında sorun yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Bak ve arkadaşları (2018) tarafından tip 1 diyabetli bireylerle yapılan çalışmada erkeklerin %50'sinde erektil disfonksiyon olduğu bulunmuştur.

Erden ve Kaya'nın (2015) tip 2 diyabetli bireylerle yaptığı çalışmada erkeklerin Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme formundan aldıkları toplam puan ortalaması $46,44 \pm 15,66$ olarak bulunmuştur. Ayrıca birylerin %82'sinde ED saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir.

Araştırmada tip 1 diyabetli kadınların Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ölçeğinden aldıkları puan ortalaması $30,1 \pm 4,0$ 'tür. Kadınların %50'sinin istek, %25'inin uyarılma alt

boyutlarında sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Ayrıca kadınların %25'inde ise cinsel fonksiyon bozukluğu saptanmıştır (Tablo 4.4).

Enzlin ve arkadaşları (2009) tarafından tip 1 diyabetli kadınlarla yapılan çalışmada kadınların %57'sinde cinsel istekte azalma, %38'inde uyarılma, %47'sinde lubrikasyon sorunları saptanmıştır.

Büyükkayacı Duman'ın (2014) tip 1 ve tip 2 diyabetli kadınlarla yaptığı çalışmada kadınların %26,2'sinde cinsel fonksiyon bozukluğu olduğu bulunmuştur.

Enzlin ve arkadaşları (2003) tarafından tip 1 diyabetli bireylerle yapılan çalışmada kadın bireylerin %27'sinde cinsel fonksiyon bozukluğu saptanmıştır. Araştırma bulguları literatürle paralellik göstermektedir.

5.2. Nitel Bulguların Değerlendirilmesi

Bu bölümde katılımcılardan elde edilen nitel bulgular anlamlandırma, ilişkide yaşanan güçlükler, profesyonel destek almanın önündeki engeller, yardım arama davranışı, cinsel bakım önerileri ana temalarının alt tema başlıkları ile cinsellik metaforları başlıkları altında tartışılmıştır.

5.2.1. Anlamlandırma

Katılımcılara “Sizce cinsel yaşam bir insan için önemli midir? ve cinsel yaşam deyince aklınıza ne geliyor?” diye sorulduğunda katılımcıların bazıları cinsel yaşamın kendileri için bir ihtiyaç olduğunu ifade ederken bazıları ise mutluluk kaynağı olduğunu ifade etmişlerdir. İki erkek, bir kadın katılımcı cinsel yaşamı hayatlarının olmazsa olmazı olarak görürken; iki kadın, bir erkek katılımcı ise kendileri için çok önemli olmadığını ifade etmişlerdir. Bu ifadeler doğrultusunda araştırmada ihtiyaç, mutluluk kaynağı, yaşamdaki yeri alt temalarının yer aldığı “Anlamlandırma” ana temasına ulaşılmıştır.

Yaşadığımız toplumda bireylerin cinselliğe bakış açıları ve cinsellikle ilgili düşünceleri farklılık göstermektedir. Bireylerin içinde yaşadıkları kültür, din, kişisel özellikler, duygular, bilişsel işlevler, geçmiş yaşantılar, toplumsal inanış gibi faktörler bireylerin bakış açısını ve düşüncelerini etkilemektedir (Avcı ve Kızılkaya Beji, 2011; Bilgin ve

Kömürcü, 2016). Bu araştırmadaki katılımcılarda kişisel özelliklerindeki (yaş, cinsiyet vb.) farklılıklardan dolayı cinselliği çeşitli şekillerde anlamlandırmışlardır.

İhtiyaç

Cinsellik bir bireyin yaşamı boyunca insan varlığının temel bir parçasıdır (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70434/who_rhr_10.12_eng.pdf;jsessionid=7ACDF4C2E27449CF75F781DB270A504E?sequence=1, Erişim tarihi: 21 Mayıs 2019). İnsan ihtiyaçlarının piramit şeklinde bir hiyerarşıye tabi olduklarını ifade eden Maslow bazı ihtiyaçların tatmininin diğerlerinden daha önemli olduğunu varsaymaktadır. Cinsellik insanların davranışlarının temeli olan beş ihtiyaç basamağının ilk sırasında yer alan fizyolojik ihtiyaçlar arasındadır. Araştırmada katılımcıların %75'i (f=6) cinsel yaşamı ihtiyaç olarak gördüklerini belirtmişlerdir (şekil 4.1). Örneğin K3, "*Cinsel yaşam deyince ihtiyaç yani ihtiyacını gidermek, rahatlamak ve zevk almak geliyor aklıma*", K4, "*O da bir ihtiyaçtır çünkü vücuttan atılması gerekiyor*" ve K7, "*Bir gereksinim, yemek yemek, su içmek gibi o da bir ihtiyaç. Vücutumuzun da ihtiyacı, psikolojimizin de ihtiyacı... Yani her şeyin olduğu gibi bu da bir ihtiyaç, çocuk sahibi olmak için de bir ihtiyaç*" diye ifade etmiştir.

Coimbra ve Teixeira'nın (2015) yaptığı nitel çalışmada, tip 2 diyabetli sekiz erkek bireyle yapılan görüşmelerde "cinsellik algısı" ana temasında yedisinin cinselliği biyolojik ihtiyaç olarak ifade ettikleri görülmüştür. Araştırmadan elde edilen sonuç literatürle paralellik göstermektedir. Katılımcıların cinselliği temel bir ihtiyaç olarak ifade etmelerinin araştırmanın beklenen bir sonucu olduğu söylenebilir.

Mutluluk Kaynağı

Cinselliğin fiziksel, psikolojik ve sosyal bileşenleri içeren karmaşık ve çok yönlü bir olay olması cinselliği anlamlandırmada çeşitliliğe neden olmaktadır (Coimbra ve Teixeira, 2015). Cinsellik biyolojik düzeyde üreme ile nesillerin devamının sağlanması, psikolojik düzeyde cinsel ilişkiden haz alma, sevme, sevilme gibi bireyin temel ihtiyaçlarının doyurulması ile ilişkilidir (Bilgin ve Kömürcü, 2016).

Araştırmada örneklem grubunun %87,5'i (f=7) "*Eşinle hoş zaman geçirmek, bir şeyler paylaşmak ve mutlu olmak bana göre*" (K3), "*Cinsellik insanlarda bir mutluluktur bir*

özgüvendir eşine karşı. Mutlu oluyor insan. İşten geliyorsun yoruluyorsun ya da izinli gününde eşinle birlikte mutlu oluyorsun” (K5), “Bu da bir mutluluk. Hem kendi adına hem de eşini mutlu etme” (K6), “O gereksinimi mutluluğumu ne bileyim o anki enerjimi o anki güzelliği onu karımla eşimle paylaşmak, yapmak karşılıklı olunca daha iyi” (K7) gibi ifadeleriyle cinsel yaşamın mutluluğa neden olduğunu ifade etmişlerdir. Bu bulgu Coimbra ve Teixeira’nın (2015) yaptığı çalışmadaki bireylerin cinselliği zevk, mutluluk ve sevgiyle bağlantılı olarak ifade ettikleri bulguyla uyumludur.

Yaşamdaki Yeri

Cinsellik yaşamın doğal bir parçası olarak görülmektedir. Doğumdan önce başlayıp ömür boyu devam eden cinsellik temel yaşam gereksinimlerinden biridir (Yıldız, 2002; Fışkın ve Kızılkaya Beji, 2014; Bilgin ve Kömürcü, 2016).

Katılımcıların %75’inin (f=6) “Yaşamdaki Yeri” temasına ilişkin ifadelerde bulunduğu görülmüştür (Şekil 4.1). *“Yemek yemek, uyumak nasıl yaşamsal bir faaliyetse cinsel hayatta insan için bu kadar değerlidir...Bir insanın cinsel hayatı iyi değilse hayatta hiçbir şey yolunda değilmiş gibidir (K3)”, “Normal yaşamın bir parçası. Çocuk için, üremek için, mutlu bir evlilik için önemli...Hani öyle olmazsa olmazım, vazgeçilmezim değil ama dediğim gibi evliliğimin bir parçası (K2)”, “Yaşam koşulları, geçinme şartları, stres, sıkıntılar, çocuklar, ev bu düşüncelerin cinselliği etkilediğini düşünüyorum. Kadının aklında bunlar erkekte daha fazla. Erkek cinsellikle rahatlıyor. Kadının buna ayıracağı vaktinin olmadığını düşünüyorum (K6)”. Katılımcılardan üçü (iki erkek, bir bayan) cinselliği hayatlarının olmazsa olmazı olarak görürken, iki katılımcı (bir erkek, bir bayan) ise ikinci planda görmektedir.*

Coimbra ve Teixeira’nın (2015) tip 2 diyabetli erkeklerle yaptığı çalışmada “cinsellik algısı” temasında bireylerin cinselliğin hayatlarındaki yeri ile ilgili ifadeleri gözlenmiştir. Örneğin 57 yaşında evli bir birey cinselliğin hayatındaki yerini şöyle ifade etmiştir: *“Sağlık için çok önemlidir! Huzur içinde sessizce yaşamak için seks yapmak zorundasın”*. Bir başka birey ise; *“Temel. Evlilik hayatını tamamlar. Kişinin refahına ve ilişkiye yardımcı olur. Bulduğum yaştaki cinsellik, sahip olduğum problemlerle, artık eskisi kadar önemli değil”* şeklinde ifade etmiştir. Çalışmada cinselliğin bireylerden biri için

çok önemli olduğu görülürken diğer birey için biraz daha ikinci plana atıldığı görülmüştür. Araştırmamızın bulguları literatürdeki bu bulguyla paralellik göstermektedir. Her bireyin cinselliği ifade etme biçiminin, cinselliğe verdiği önemin kendine özgü olduğu göz önüne alındığında bireylerin günlük yaşamlarındaki sorunların, önceliklerin ve cinselliğe yükledikleri anlamların bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

5.2.2. İlişkide Yaşanılan Güçlükler

Diyabet hem kadınlarda hem de erkeklerde cinsel fonksiyonları etkilemekte ve cinsel fonksiyonlarda bozulmaya neden olmaktadır (Guay, 2001; Enzlin, 2002; Hindistan ve Cilingir, 2013; Edwards, 2013; Varkonyı ve Kempler, 2014). Cinsel fonksiyonlardaki bozulma diyabetli bireylerde endişe ve korkuya neden olmakta, endişe ve korku da cinsel sorunların gelişimine neden olmaktadır. Cinsel fonksiyon bozukluğu ile endişe ve korku belirtilerinin bir arada bulunması hastalığın tedavisini ve gidişatını etkileyebilir (Erden ve Kaya, 2015). Bunun yanında cinsel fonksiyon bozukluğu; ilişkilerin devamlılığı, benlik saygısı ve yaşam kalitesi üzerinde de zararlı etkilere neden olabilir (Bhasin ve ark., 2007; Coimbra ve Teixeira, 2015). Diyabetli birçok bireyde fiziksel faktörler cinsel problemlerin temelini oluştururken duygusal faktörler de uzun vadeli bir ilişkide cinsel ilişkileri zorlaştırabilir (Nash ve Talisa Arya, 2014). Araştırmada diyabetin bireylerin cinsel yaşamı üzerine etkileriyle ilgili elde edilen veriler incelenerek “İlişkide Yaşanılan Güçlükler” ana temasına ulaşılmıştır. Bu ana tema fizyolojik güçlükler, psikolojik güçlükler (engellenme, endişe, korku, yetersizlik ve anksiyete durumları üzerinden incelenmiştir) ve evlilik süreçlerinde güçlükler olmak üzere üç alt tema üzerinden tartışılmıştır.

Fizyolojik Güçlükler

Diyabetli bireylerde; libido kaybı, cinsel istekte azalma, cinsel tatmin düşüklüğü, disparoni, uyarılma, orgazm ve ereksiyon sorunları gibi cinsel fonksiyon bozuklukları görülmektedir (Erol ve ark., 2003; Enzlin ve ark., 2009; Seddige Fatemi ve Morteza Taghavi, 2009; Lindau ve ark., 2010; Varkonyı ve Kempler, 2014; Bak ve ark., 2018).

Tip 1 diyabet tanılı katılımcıların tamamı (Şekil 4.2) “*Cinsel ilişki sırasında ufak tefek terleme, kan şekeri düşme oluyor, hissediyorum onları. Bir de yorgunluğum oluyor (K1)*”, “*Sertleşme sorunu yaşıyor. Bu yüzden zamanla isteksizlik oluştu. Bu durum*

cinsel hayatımın kalitesini ve performansımı düşürüyor. Haftada iki sefer değil de üç haftada iki sefer oluyor bazen bir oluyor...(K3)”, “Kuruluk, enfeksiyon, enfeksiyona bağlı acı bunların diyabetten kaynaklı olduğunu düşünüyorum ve bu gerçekten beni etkiliyor. İlişki sırasında yaşadığım acı ve ilişki sonrasında yaşadığım o kaşıntıdan dolayı ilişkiye girmek istemediğim zamanlar oluyordu (K8)” gibi ifadelerle diyabetten dolayı cinsel yaşamlarında fizyolojik sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Enzlin ve arkadaşlarının tip 1 diyabetli kadınlarla yaptıkları çalışmada (2009) kadınların %57'sinin libidoda azalma, %51'inin orgazm, %47'sinin lubrikasyon, %38'inin uyarılma ve %21'inin ağır problemleri yaşadığı belirlenmiştir.

Pinhas-Hamiel ve arkadaşlarının (2017) tip 1 diyabetli bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada tip 1 diyabetli bireylerin %61'i cinsel ilişki sırasında hafif hipoglisemik ataklar yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Bak ve arkadaşları (2018) tarafından 115 tip 1 diyabetli, 105 sağlıklı birey ile yapılan çalışmada erkeklerin %50'sinde erektil disfonksiyon olduğu bulunmuştur. Ayrıca Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formundaki dört alanın (erektil fonksiyon, cinsel istek, cinsel birleşmeden duyulan tatmin, genel tatmin) puanlarının sağlıklı gruptan daha düşük çıktığı görülmüştür. Tip 1 diyabetli kadınların ise %35,1'inde cinsel disfonksiyon saptanmıştır.

Yapılan tanımlayıcı ve nitel bir çalışmada ise; diyabetli kadınların cinsel yaşamlarında yaşadıkları sorunlarla ilgili ifadeler rastlanmıştır. Örneğin 43 yaşındaki KE “*İsteğim olmadan cinsel ilişki yaşadığımda zorluk çekiyorum ve acı hissediyorum.*” şeklinde ifade etmiştir (Kaya Erten ve ark., 2015).

LeMone'nun (1993) beş kadın, altı erkek tip 1 diyabetli bireylerle yaptığı nitel bir çalışmada kadınların hepsi vajinal enfeksiyonlarla ilgili problemler yaşadıklarını ve cinsel ilişkiden ağrı nedeniyle kaçındıklarını ifade etmişlerdir. Dört erkek birey ise ilişkiye girebilecek kadar güçlü bir ereksiyon sağlayamadıklarını belirtmişlerdir.

Coimbra ve Teixeira'nın (2015) tip 2 diyabetli erkeklerle yaptığı bir çalışmada diyabetin cinsel yaşam üzerine etkisiyle ilgili ifadeler rastlanmıştır. Katılımcılardan bazıları

“Hastalığın kendisi sizi etkiler. Sahip olduğumuz günlük sorunların yanı sıra, uyarıyı kaybediyoruz”, “İktidarsızlık? 40 yaşın üzerinde uyum sağlıyoruz. Fakat güç düşmüyor!” şeklindeki ifadeleriyle yaşadıkları sorunları ifade etmişlerdir. Literatürle uyumlu bulunan araştırma sonuçları, araştırmanın nicel verileriyle de benzer niteliktedir. Diyabetin neden olduğu fizyolojik sorunların bireylerin cinsellikle ilgili beklentilerinde, cinsel ilişki sıklıklarında değişikliğe ve cinsel yaşam kalitelerinde azalmaya neden olduğu söylenebilir.

Psikolojik Güçlükler (Engellenme, Endişe, Korku, Yetersizlik ve Anksiyete durumları üzerinden incelenmiştir)

Diyabetin cinsel fonksiyonlar üzerine etkisinden dolayı bireyler kendilerini yetersiz, başarısız olarak görmekte, cinsel aktivite sırasında rahatsızlık duymakta, güvenlerinde azalma ve çaresizlik yaşamaktadırlar (Coimbra ve Teixeira, 2015; Rutte ve ark., 2016). Ayrıca cinsel ilişki sırasında hipoglisemiye girme korkusu yaşamaktadırlar (Rockliffe-Fidler ve Kiemle, 2003; Pinhas-Hamiel ve ark., 2017).

Araştırmada katılımcıların %87,5’inin (f= 7) cinsel yaşamlarında psikolojik güçlükler yaşadıkları ortaya konulmuştur (Şekil 4.2). Katılımcılardan bazıları; *“Ben kontrollü biri olduğum için ilişki anında kan şekerim düşebilir diye öncesinde mutlaka kan şekerimi ölçüyorum. Kan şekerim normalse ilişkiye başlıyorum, düşükse mutlaka bir şeyler yiyorum ondan sonra tekrar kan şekerimi ölçüp ilişkiye öyle başlıyorum...(K2)”*, *“Sertleşme problemi yaşayacağım korkusuyla eşimle birlikte olmak istemiyorum. İsteksizlikte bu yüzden oluyor...Cinsel hayat zevk haz almakken korkuyla yaklaşıyorsun maalesef böyle oluyor işte...Sertleşme sorunundan dolayı kendimi eksik hissediyorum, mutsuz hissediyorum, yetersiz hissediyorum. Bu da bütün hayatımı olumsuz etkiliyor (K3)”*, *“...Başka bir gün ya da tekrar sevişmeye başladığımızda işte yine aynı şey olacak mı diye düşünüyorum. Kan şekerim normal seviyede olduğu zaman ilişkiye girdiğimizde de düşer mi diye sürekli bir korku yaşıyorum (K8)”* şeklindeki ifadeleriyle yaşadıkları psikolojik güçlükleri ifade etmişlerdir.

Pinhas-Hamiel ve arkadaşlarının (2017) tip 1 diyabetli bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada bireylerin %35'i cinsel ilişki sırasında hipoglisemi korkusu yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Rockliffe-Fidler ve Kiemle (2003) tarafından 18 tip 1, 25 tip 2 diyabetli birey üzerinde yapılan bir çalışmada, tip 1 diyabetli bireylerden biri *“Kan şekerime bakmadan önce cinsel ilişkiye girmeyi düşünemiyorum ve çok düşmemesine dikkat ediyorum. İlişkiye başladıktan sonra hipoglisemiye girmektense kan şekerimi kontrol etmeyi tercih ederim”* şeklinde ifade etmiştir.

LeMone (1993) tarafından tip 1 diyabetli bireyler üzerinde yapılan çalışmada kadınların fiziksel çekicilik ve başkaları tarafından nasıl göründükleri konusunda daha çok endişelendiği, erkeklerin ise hastalığın cinsellikte fiziksel işlev üzerindeki etkisi konusunda daha çok endişe duyduğu belirlenmiştir.

Rutte ve arkadaşlarının (2016) tip 2 diyabetli bireylerle yaptığı çalışmada “cinsel sorunlarla ilgili deneyimler” temasına ilişkin erkek bir katılımcı *“Karımın benim hastalığımın dolaylı zorluk yaşadığını hissediyorum ve o zaman kendimi biraz suçlu hissediyorum”* şeklinde ifade ederek cinsel hayatıyla ilgili sorunlardan suçluluk duyduğunu belirtmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular Pinhas-Hamiel ve ark.’nın, Rockliffe-Fidler ve Kiemle, Rutte ve ark.’nın çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Diyabetli bireylerin yaşamış oldukları semptomların (kuruluk, sertleşme, kan şekerinde düşme vb.) bireylerde endişe, korku ve anksiyete yarattığı bunlara bağlı olarak da cinsel ilişkide yetersizlik duygusu yaşadıkları ve bu duygunun cinsel ilişki yaşamada bir engellenme nedeni olduğu düşünülmektedir.

Evlilik Süreçlerinde Güçlükler

Diyabetin cinsel fonksiyonlar üzerine etkisi hem bireyin hem de ailesinin yaşamını olumsuz etkilemekte ve cinsel yaşamlarında zorunlu değişikliklere neden olmaktadır (Kaya Erten ve ark., 2013). Bunun yanı sıra evlilikte eşler arası çatışmalara yol açtığı görülmektedir (Coimbra ve Teixeira, 2015; Rutte ve ark., 2016).

Araştırmada örneklem grubunun %50'si (f=4) “Zaman zaman aramızda sıkıntı çıkıyor. Eşimin de cinsel hayat beklentisi değişti artık. Ben hazır olduğum zaman birlikte oluyoruz sadece. Sağlıklı bir cinsel hayatımız yok bu yüzden eşimle yaşantımın etkilendiğini düşünüyorum...(K3)”, “Eşim çok sinirlendiği zaman hep kendini düşünüyorsun işte kendin mutlu oluyorsun. Ben ne zaman mutlu olacağım? Ya da beni ne zaman mutlu edeceksin? diye söylüyor. Ufak çaplı tartışmalar oluyor aramızda...Eşimle yaşadığımız bu sıkıntılar ölümü bile düşünmeme neden oldu. İki hafta önce denedim. Başka problemlerde var ama cinsellik konusunda yaşadığım problemler daha ağır bastı...Zaten artık eşimin bana duyduğu ilginin azaldığını görüyorum beklediklerini veremediğim için (K5)” gibi ifadeleriyle evlilik süreçlerinde güçlük yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Kaya Erten ve arkadaşlarının (2013) tip 2 diyabetli kadınlarla yaptığı tanımlayıcı ve nitel bir çalışmada kadınlardan biri “DM için ilaç aldığımdan beri, kocamla olan ilişkim cinsellik açısından kötüleşti ve bu da aramızdaki kaygının artmasına neden oldu. Bu yüzden gerçekten istemediğim halde cinsel ilişkiye giriyorum” ifadesiyle eşiyle yaşadığı problemi dile getirmiştir.

Cooper ve arkadaşları (2018) tarafından tip 2 diyabetli erkeklerle yapılan nitel çalışmada bireylerin kendilerinin veya eşlerinin daha önceki cinsel performans seviyelerine ilişkin beklentilerini karşılayamamalarının erkeklerin kişisel imajını, özellikle de erkeklik duygularını olumsuz etkilemesine neden olduğu belirtilmiştir. Bireylerden biri “Artık gerçek erkekler değiliz. Tekrar çocuk olduk ya da eşlerimizin bir arkadaşı olduk” ifadesiyle erkeklik rollerinin azaldığını dile getirmiştir. Başka bir birey ise; “Benim ve karım için sorunlara neden oluyor. Diğer kadınlarla seks yaptığımı düşünüyor...Karım performansımı görünce şöyle şeyler söylüyor: ‘Neden bu kadar zayıfsın? Gün boyunca seks mi yaptın?’” ifadesiyle cinsel yaşamlarında eşiyle sorunlar yaşadığını belirtmiştir. Araştırma bulgularımız literatürdeki bu bulguyla tutarlılık göstermektedir. Bireylerin yaşadığı cinsel fonksiyon bozukluklarının eşleri ile aralarında sorunlara neden olduğu, cinsel ilişki sıklıklarının ve karşı taraftaki eşin cinsel yaşam beklentisini değiştirdiği söylenebilir.

5.2.3. Profesyonel Destek Almanın Önündeki Engeller

Diyabetli bireyler cinsel sorunlarını sağlık çalışanlarıyla paylaşırken zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Bu zorluklar; diyabetli bireylerin utanması, sağlık çalışanlarının ulaşılabilir olmaması, sağlık çalışanlarının hastaları ile cinsellikle ilgili konularda iletişimi başlatmakta güçlük yaşamaları ve bu konuyla ilgili konuşmaktan kaçınmaları olarak sıralanabilir (Rutte ve ark., 2016).

Araştırmada katılımcılara “Cinsel yaşamınızla ilgili yaşadığınız sorunlarınızı sağlık çalışanlarıyla rahatça paylaşabiliyor musunuz?” diye sorulduğunda katılımcılardan bazıları ortam müsait olmadığı için, bazıları doktor sormadığı için, bazıları bu konuları konuşmaktan çekindiği için, bazıları ise yaşanan sorunlarla ilgili hangi doktora başvurulacağını bilmediği için paylaşamadıklarını belirtmişlerdir. Bu ifadeler doğrultusunda araştırmada fiziki ortamın uygun olmaması, bilgi eksikliği, sağlık çalışanlarının ulaşılabilir olmaması ve cinsellikle ilgili konuşmaktan çekinme alt temalarının olduğu “Profesyonel Destek Almanın Önündeki Engeller” ana temasına ulaşılmıştır.

Fiziki Ortamın Uygun Olmaması

Cinsel konularda hasta ile iletişimi başlatabilmek için bireyin gizliliğinin sağlanması esastır. Hastalar ile cinsel konularda iletişim kurmanın önündeki en önemli engellerden birinin birden fazla hastanın aynı ortamda bulunması olduğu belirtilmektedir (Olsson ve ark., 2012)

Tip 1 diyabet tanılı katılımcıların %50'sinin (f=4) “Fiziki Ortamın Uygun Olmaması” temasına ilişkin ifadelerde bulunduğu görülmüştür (Şekil 4.3). “*Doktor odası dolu olunca rahat bahsedemiyorum. Bir hafta önce doktor hanıma geldim kan şekeri düşüklüğü için. Cinsel ilişki sırasında da kan şekerimin düştüğünü, yorulduğumu söyleyecektim ama oda kalabalık olduğu için söylemekten vazgeçtim...Poliklinikler genelde böyle kalabalık oluyor. Öyle olunca cinsellikle ilgili bir şey paylaşmak zor oluyor, paylaşamıyorum(K4)*”, “*Doktorun yanında sekreteri var bazen iki hasta birden oluyor. Bayan hasta oluyor. O yüzden birkaç defa aklıma geldi söylemek ama söyleyemedim. Oda da sekreterle doktor*

üçümüz olsak belki yine anlatacağım da olmuyor. Ortamda müsait olmadığı için anlatamıyorum (K5)”.

Hastanelerde cinsellikle ilgili konuları konuşmak için hastayla sağlık profesyonellerinin baş başa kalabileceği uygun ortamların olması gerekmektedir (Mick, 2007). Coimbra ve Teixeira'nın (2015) yaptığı çalışmada “sağlık profesyonelleri ile cinsel konularda ilişkiler” ana temasına ilişkin ifadelerden birisinin “*temel olarak burası insanların çok fazla zaman geçirebilecekleri bir yer değil*” şeklinde olduğu belirtilmiştir. Bu alt temaya ilişkin sonuçlarımız bu bulguyla benzerlik göstermektedir. Bireylerin kendini rahat hissedebilecekleri, sağlık çalışanlarıyla yalnız kalabilecekleri bir ortamda yaşadıkları cinsel sorunları sağlık çalışanlarıyla paylaşabilecekleri düşünülmektedir.

Bilgi Eksikliği

Cinsel problemleri olan bireylerin çoğu bu sorunları kimlerle konuşabilecekleri ve kimlerden yardım alabilecekleri konusunda bilgi eksikliği yaşamaktadır (Sarkadi ve Rosenqvist, 2003).

Katılımcıların %37,5'i (f=3) “*Diyabet hastalığının sonucunda cinsel yaşantımda sorun yaşayacağımı hiç düşünmedim. Hiç aklıma gelmedi. Sadece benim aklıma gelen insan vücudunun diğer bölümlerinin iflas etmesi işte böbreğinin falan o tür şeyler aklıma geliyordu. Cinselliği etkileyebileceğini ilk defa sizden duydum...(K1)”, “Bu sorunlarla ilgili hangi doktora gidileceğini bilmiyorum. Kimden tedavi alındığını da bilmiyorum hiç merakta etmedim...Birçok şeyi kendi içimde yaşamaya çalışıyorum kendimle konuşuyorum. Bir şeyler üretmeye çalışıyorsun beyninde ama olmuyor yani. Tıpta çözümü olmadığı için sen kendince ne yapacaksın ne yapabilirsin? diyorum. Belki de vardır ben bilmiyorumdur (K5)” gibi ifadelerle diyabetin cinsel sorunlara neden olacağını ve sorunlarla ilgili neler yapabileceklerini bilmediklerini belirtmişlerdir.*

Rutte ve arkadaşlarının (2016) tip 2 diyabetli bireylerle yaptıkları çalışmada erkeklerin %65'inin kadınların ise %35'inin diyabet ile cinsel fonksiyon bozukluğu arasındaki ilişkinin farkında oldukları bulunmuştur. Araştırmada bilgi eksikliği olduğunu ifade eden katılımcıların üçünün de erkek olduğu, kadın katılımcıların bilgi eksikliği ile ilgili ifadelerinin bulunmadığı görülmüştür. Araştırma bulguları Rutte ve ark.'nın

çalışmasındaki bu bulguyla paralellik göstermemektedir. Bu sonuçta kültürel etkenlerin ve bireysel değerlerin etkili olduğu düşünülmektedir.

Sağlık Çalışanlarının Ulaşılabilir Olmaması

Diyabetli bireylerde cinsel sorunlar yaygın olmasına rağmen sağlık çalışanları tarafından nadiren hastalar ile tartışılmaktadır (Coimbra ve Teixeira, 2015).

Tip 1 diyabet tanılı katılımcıların %37,5'inin (f=3) "Sağlık Çalışanlarının Ulaşılabilir Olmaması" temasına ilişkin ifadelerde bulunduğu görülmüştür (Şekil 4.3). *"20 yıldır ben şeker hastasıyım daha bir tane doktor sormadı. İnsan doktorun sormasını, içini dökmek istiyor. Hastaya öyle bir fırsat verilmiyor Sorsa belki anlatırım, içimi dökerim varsa tedavisi yaparım (K5)", "İlk defa sizinle bu kadar açık ve net konuşuyorum. Onun dışında bana böyle soran olmamıştı ben de gidip kimseye böyle rahat rahat şöyle yaşadım böyle oldu şunu yaptık diye anlatmamıştım. Doktora kontrole gittiğimde zaten doktorlar gerek başı kalabalık olduğu için gerekse yorgun oldukları için ya da başından savmak için cinsel hayatımla ilgili hiçbir şey sormuyorlar. Ben de kalkıp bana ters davranan bir doktora hani cinsel hayatımda şunları şunları yaşıyorum diye anlatmıyorum anlatmamda (K8)".*

LeMone (1993) tarafından yapılan çalışmada bireylerden biri *"...bana söylenen şeyler gözlerini, böbreklerini ve ayaklarını kaybedersin oldu. Cinsel yönüyle ilgili bir şey söylendi mi diye soruyorum çünkü benim için her zaman çok önemli bir şeydi. Söylenmiş olsaydı hatırlardım ve kendime daha iyi bakardım"* şeklindeki ifadesiyle sağlık çalışanlarının cinsellikle ilgili konularda konuşmadıklarını belirtmiştir.

Coimbra ve Teixeira'nın (2015) yaptığı çalışmada bireyler sağlık profesyonelleri ile cinsel konularda ilişkiler temasına ilişkin ifadelerde bulunmuştur. *"Hemşirelerden hiç kimse bunu sormadı. Çoğu zaman, konuşmak istiyordum gibiydim ama cesaretim yoktu", "Hayır, benimle bu konuda hiçkimse konuşmadı".*

Rutte ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada bireyler sağlık profesyonellerinin cinsel sorunlar için ulaşılabilir olup olmadığının farkında olmadıklarını belirtmişlerdir. Araştırma bulguları literatürle paralellik göstermektedir. Sağlık çalışanlarının bakım verdikleri bireyle pozitif bir ilişki geliştirmesi, bakım verdikleri bireylere cinsel

yaşamlarında sorun yaşayıp yaşamadıklarını sormaları ve bu konuyu konuşmak için zaman ayırmaları önemlidir. Bireyler ile sağlık çalışanları arasında güven ve hassasiyet ortamının oluşması, bireylerin cinsel yaşamlarındaki sorunlarını rahatça paylaşmalarına, bu konuda konuşmak için cesaretlenmelerine yardımcı olacaktır. Ayrıca sağlık çalışanlarının cinsel sağlıkla ilgili problemleri olan bireylere yardımcı olmak için hazır olmaları önemlidir.

Cinsellikle İlgili Konuşmaktan Çekinme

Birçok insan kendi cinsellikleri ve cinsel sorunları hakkında yabancılarla konuşmakta tereddüt yaşayabilirler. Kültürel etkenler, bireysel değerler, dini inançlar cinselliğe ilişkin görüşleri şekillendirir (Craven ve ark., 2015). Dolayısıyla cinsel sorun yaşayan bireyler mahcubiyet, utanma ve korku gibi nedenlerden dolayı profesyonel destek almaktan kaçınırlar (Gott ve Hinchliff, 2003).

Katılımcıların %50'sinin (f=4) "Cinsellikle İlgili Konuşmaktan Çekinme" temasına ilişkin ifadelerde bulunduğu görülmüştür (Şekil 4.3). Dört katılımcıdan üç tanesi cinsellikle ilgili konuşmaktan çekindiğini ifade ederken bir tanesi çekinmediğini, konuştuğunu ifade etmiştir. Katılımcıların ifadeleri şöyledir: *"İlk defa sizinle paylaşıyorum. İnsan bu konuyu konuşurken rahat olamıyor, illaki içimde biraz sıkıntı oluyor. Bazen bunları anlatırken şöyle düşünüyorum parantez içinde başka konuyu anlatarak düşünüyorum. Yani cinsellik değil de başka bir şey gibi anlatmaya çalışıyorum yani. Daha önce hiç kimseyle konuşmadım. Hiç kimseyle de paylaşmadım (K1)", "Türkiye genelinde diyabetli ya da diyabetsiz hiç farketmez bayanlar genelde doktora gittiklerinde işte benim cinsel yaşantım şöyleydi diye bir konuşmaya girmekte çekiniyorlar (K8)".*

Kaya Erten ve arkadaşlarının (2013) tip 2 diyabetli kadın bireylerle yaptıkları çalışmada kadınların %26,7'sinin mahcubiyet ve çekinmeden dolayı cinsel sorunlarıyla ilgili yardım almadıkları bulunmuştur.

Nicolosi ve ark. (2006) tarafından yapılan çalışmada bireylerin %37'si cinsel sorunlarının tartışılmasında utanç duyduğunu ifade etmişlerdir.

Rutte ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında “cinsel sorunları konuşmadaki engeller” alt temasına ilişkin ifadelerden birisinin “*Buna cesaret edemezdim...Bu konuda utandığımı hissediyorum*” şeklinde olduğu belirtilmiştir.

Gott ve Hinchliff'in (2003) çalışmasında cinsel problemleri olan bireylerin yardım arayışında bulunmasının önündeki engellerle ilgili ifadeler rastlanmıştır. Katılımcılardan birinin “*Bence seks halının altına çok fazla itilmiş bir şey ve bunun hakkında konuşmuyoruz, bunun hakkında konuşmaktan utanıyoruz, doktorunuza gittiğiniz bir şey değil*” ifadesini kullandığı bildirilmiştir. Cinsellikle ilgili konuşmaktan çekinme alt temasıyla ilgili bulgular literatürle uyumlu bulunmuştur. Bireylerin cinsellikle ilgili paylaşımlarda bulunurken rahatsızlık hissi, mahcubiyet ve utanma duygusu yaşamalarına; cinselliğin çok özel bir konu olması, kültürümüzde toplumun cinselliğe ilişkin baskın görüşünün olmasından dolayı cinselliğin bir tabu olarak algılanması ve konuşulması güç bir konu olarak görülmesinin neden olduğu söylenebilir.

5.2.4. Yardım Arama Davranışı

Yardım arama davranışı problemin fark edilmesi, problemin kabul edilmesi ve sağlık çalışanlarıyla iletişime geçilmesi gibi basamakları içermektedir. Bireylerin kişisel özellikleri, yaşam şekli, bilişsel ve duygusal etmenler, yaşadığı toplumun kültürel özellikleri gibi birçok faktör yardım arama davranışını etkilemektedir (Özkorumak ve ark., 2002; Çakmak ve Nural, 2017).

Katılımcılara yaşadıkları cinsel sorunların üstesinden gelmek için neler yaptıkları sorulduğunda alternatif tedavilere, tıbbi tedavilere ve kendi kendilerine çözüm bulmaya yöneldiklerini ifade etmişlerdir. Bu ifadeler doğrultusunda “Yardım Arama Davranışı” ana temasına ulaşılmıştır.

Alternatif Tedavilere Yönelim

Diyabetin tedavi sürecinin karmaşık olması ve akut-kronik komplikasyonlara neden olan bir hastalık olması diyabetli bireylerin alternatif tedavilere yönelmesine neden olmuştur (Ching ve ark., 2013).

Bu araştırmada katılımcıların %50'si (f=4) yardım arama davranışı olarak alternatif tedavilere yöneldiklerini ifade etmişlerdir (Şekil 4.4). Alternatif tedavilere yönelen dört hastanın üçü kadın biri erkektir. Kadınların erkeklere göre yaşadıkları problemlere yönelik daha fazla çözüm arama nedeninin çevredekilerin önerilerinden daha çok etkilenmeleri olduğu söylenebilir.

Ching ve arkadaşlarının (2013) tip 2 diyabetli bireylerle yaptığı çalışmada bireylerin %62,5'inin alternatif tedavi kullandıkları, %50'sinin alternatif tedavi yöntemlerinden bitkisel ürünleri içeren biyolojik bazlı terapiyi kullandıkları saptanmıştır.

Manya ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında bireylerin %28,9'unun diyabetlerini tedavi etmek için alternatif tedavilere başvurdukları ve sıklıkla multivitamin, tarçın, koenzim q10 ve dua etmeyi kullandıkları bulunmuştur. Araştırma bulguları literatürle paralellik göstermektedir. Bireylerin alternatif tedavilere yönelim göstermesine; cinsel sorunlarını sağlık çalışanlarıyla rahatça paylaşamamalarının ve çözüm bulamamalarının neden olduğu söylenebilir.

Tıbbi Tedavilere Yönelim

Tip 1 diyabetli bireylerin insülin tedavisinin düzenlenmesi, komplikasyonların değerlendirilmesi, komplikasyonlara özgü tedavilerin planlanması, diyabet eğitimi ve becerilerin değerlendirilmesi için 3-6 ayda bir düzenli kontrollere gitmesi gerekmektedir. (http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 23 Mayıs 2019). Bazı bireyler bu kontrollerinde yaşadıkları cinsel problemlerle ilgili sağlık çalışanlarından yardım istemektedirler (Rutte ve ark., 2016).

Katılımcıların %62,5'i (f=5) *“Ben yaşadığım sıkıntılarda sağlık kuruluşuna başvururum. Doktorum, hemşirem ne derse onu yaparım, ne ilacı verirse onu kullanırım. Enfeksiyon, kaşıntı problemlerim olduğunda da sağlık kuruluşuna başvurup verilen ilaçları kullandım (K2)”, “İlaç raporum bittiğinde doktora gitmiştim. O zaman bir kere doktora söyledim. O da bana vitamin ilacı verdi. O ilacı kullandım sadece. Onun dışında bir yardım arayışına girmedim (K3)”* gibi ifadelerle yaşadıkları cinsel problemlerle ilgili sağlık kuruluşuna başvurduklarını belirtmişlerdir.

Nicolosi ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada bireylerin %31'inin tıbbi yardım istediği bulunmuştur.

Rutte ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları kesitsel ve nitel çalışmada diyabetli bireylerin %50'sinin cinsel sorunlar için sağlık kuruluşuna başvurdukları bulunmuştur.

Lindau ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada bireylerin %66'sı cinsel problemleri için doktorla görüştiklerini ifade etmişlerdir. Literatürle uyumlu bulunan araştırma sonuçları, araştırmanın nicel verileriyle de benzer niteliktedir. Katılımcıların cinsel sorunları için tıbbi tedaviye yönelmelerinde düzenli kontroller için sağlık kuruluşlarına başvurmalarının etkili olduğu düşünülmektedir.

Kendi Kendine Çözüm Bulmaya Yönelim

Diyabetli bireyler cinsellikle ilgili pek çok soruları olduğu, diyabet ve cinsellikleriyle ilgili bilgileri sağlık çalışanlarından alamadıkları için cinsel problemlerine kendi kendilerine çözüm bulmaya çalışmaktadırlar (Rutte ve ark., 2016).

Araştırmada örneklem grubunun %75'i (f=6) yaşadıkları sorunlarla ilgili kendi kendilerine çözüm bulmaya çalıştıklarını ifade etmiştir (Şekil 4.4). Bununla ilgili katılımcıların ifadeleri şöyledir: *“Kendi çapımda uğraşıyorum. En son işte bu enerji içecekleri, viagra haplar falan denedim. İki defa viagra hapi kullandım yarım yarım. Onda da kusma olayı falan oldu. Ondan sonra bir daha kullanmadım. Bu kullandıklarımın hepsinde bir etki gördüm. Enerji içeceklerinin kullanımına hala devam ediyorum (K5)”, “Spor yaptım bir müddet hani yüzmeye gittim ne bileyim hatta her gün, hafta sonları falan yürüyüş yapıyorum. Biraz daha sağlığıma dikkat etmeye çalışıyorum...Sigarayı bıraktım. Sigara gerçekten beni çok etkiliyormuş bunu sigarayı bıraktıktan sonra fark ettim. Sigara şeker hastasının cinsel yaşamında hani performans olarak değil de sperm sayısını gerçekten çok etkiliyor. Beslenme yani sebze, meyve hani bir de çalıştığım iş konusıyla her şeyimi vakitlice yapıyorum...(K7)”, İlişki sırasında çok kuru olduğumu ve acıyacağını düşündüğüm zamanlarda bebek yağı kullanıyoruz...İlişki sırasında şekerim düştüğü için de ilişkiye başlamadan önce bir şeyler atıştırıyoruz (K8)”*.

Pinhas-Hamiel ve arkadaşlarının (2017) tip 1 diyabetli bireylerle yaptığı çalışmada cinsel ilişki sırasında hipoglisemi korkusu yaşadığını ifade eden hastaların %55,6'sının cinsel ilişki öncesi bir şeyler yedikleri, %77,8'inin cinsel ilişki sonrası glikoz seviyelerini ölçtükleri bulunmuştur. Araştırma bulguları literatürdeki bu çalışmayla paralellik göstermektedir. Cinsellikle ilgili sağlık çalışanlarıyla konuşmalarının, cinsel yaşamlarında engellenme duygusu yaşamlarının bireyleri sorunlarına ilişkin kendi kendine çözüm arama davranışına yönlendirdiği düşünülmektedir.

5.2.5. Cinsel Bakım Önerileri

Araştırmada katılımcıların cinsel problemlerin üstesinden gelmek için söyledikleri önerilerle ilgili elde edilen veriler incelenerek “Cinsel Bakım Önerileri” ana temasına ulaşılmıştır. Bu ana tema sağlık kuruluşlarına yönelik öneriler, alternatif tedavilere yönelik öneriler, diğer bireylerle paylaşmaya yönelik öneriler olmak üzere üç alt tema üzerinden tartışılmıştır.

Sağlık Kuruluşlarına Yönelik Öneriler

Sağlık profesyonellerinin diyabet ve cinsel problemler hakkında bilgi vermeyi geliştirmesi ve bu problemlere daha fazla dikkat etmesi önemlidir (Rutte ve ark., 2016). Ayrıca sağlık çalışanlarının iletişime açık olmaları ve iyi bir görüşmeci olmaları gereklidir (Coimbra ve Teixeira, 2015).

Katılımcıların %37,5'inin (f= 3) “Sağlık Kuruluşlarına Yönelik Öneriler” alt temasına ilişkin ifadelerde bulunduğu görülmüştür (Şekil 4.5). “*Bence doktorlar tek tek almali odaya. Hasta sıkıntısını daha rahat ifade eder öyle olursa (K4), “Tedavi gördüğün kurumun bunu kesinlikle sana birebir sorması lazım. Hani gittiğinde işte üç aylık şekerin ne kadar 9, 8 bilmem kaç, işte sen bu insülini düşürecek sin falan diye anlatıyorlar ya cinsellik konusunu da konuşmalılar. Hatta bununla ilgili bir tedavi ünitesinin %100 açılması lazım. Yani diyabet hastalarının cinsellikle ilgili yaşadığı sıkıntılarla ilgili bir yer açılması lazım...(K5)”*

Rutte ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada diyabetli bireylerin cinsel sorunlara bakım geliştirmede öneriler temasına ilişkin ifadelerine rastlanmıştır. Katılımcılardan birinin “*Sadece cinselliğin nasıl gidiyor diye sorabilirsin? Bununla ilgili herhangi bir*

sorunuz var mı veya kuruluşu artan bir vajinanın kötü komplikasyonundan rahatsız mı oldunuz?” ifadesini kullandığı bildirilmiştir. Sağlık profesyonellerinin diyabetli bireylere diyabette yaşanabilecek cinsel problemler ve bunların çözümleri hakkında bilgi vermesinin, bireylerin sorunlarını rahatça ifade edebilmeleri için uygun ortam oluşturmasının bireylerin sağlık kuruluşlarına yönelimini arttıracacağı düşünülmektedir.

Alternatif Tedavilere Yönelik Öneriler

Diyabet hastalığının kronik olması, tedavisinin fizyolojik ve psikolojik olarak yıpratıcı olması nedeniyle diyabetli bireyler alternatif tedavilere yönelmekte ve memnun kaldıkları yöntemleri çevrelerindeki diğer diyabetli bireylere önermektedirler (Kaynak ve Polat, 2017).

Araştırmada katılımcıların %37,5’inin diyabetli diğer bireylere cinsel sorunlarıyla baş etmeleri için alternatif tedavilere yönelik önerilerde bulunduğu görülmüştür (Şekil 4.5). *“Tarçınlı süt öneririm. Ben bunu üç gündür içiyorum. Etkili olduğunu düşünüyorum” (K4), “Bitkisel ilaçlar kullanmalarını öneririm. Şimdi her şey alternatif tıba yöneldi (K6)”.*

Diyabetli bireylerle yapılan bir çalışmada alternatif tedavilerle ilgili bilgiyi katılımcıların %55,5’inin arkadaş, komşu ve akrabalarından öğrendikleri saptanmıştır (Kaynak ve Polat, 2017). Araştırma bulguları literatürdeki bu çalışmayla kısmen uyumlu bulunmuştur. Diyabetli bireylerin yaşadıkları cinsel sorunlara çözüm bulurken çevresindeki kişilerin önerilerinden etkilendiği ve yaşadıkları sorunları rahatlatan alternatif tedavileri diğer diyabetli bireylerle paylaşarak onların da sorunlarına çözüm bulmalarına yardımcı olmak istedikleri söylenebilir.

Diğer Bireylerle Paylaşmaya Yönelik Öneriler

Diyabetli bireyler cinsel problemleri paylaşmayı yaşadıkları sorunlara uygun çözümler bulmak için gerekli görmektedirler (Rutte ve ark., 2016).

Araştırmada örneklem grubunun %87,5’i (f=7) “Diğer Bireylerle Paylaşmaya Yönelik Öneriler” alt temasına ilişkin ifadelerde bulunduğu görülmüştür (Şekil 4.5). *“Eşlerine karşı açık olmalarını, fizyolojikte olsa psikolojikte olsa her şeylerini eşleriyle*

paylaşmalarını öneririm. Kadınların naz yapma huyu vardır bazen ama eşler bunun naz olmadığını gerçek bir hastalık olduğunu bilsinler ve eşlerine destek olsunla...(K2)”, “Bu konuda uzman kişilerle, doktorlarla görüşmelerini, cinsel yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürmeleri için destek almalarını öneririm. Yaşadıkları sorunlar için tedavi görürlerse cinsel yaşamlarını daha sağlıklı bir şekilde devam ettirirler bence (K3)”, “Başka diyabetli bireylerle arkadaş olmalarını öneririm. Akıl akıldan üstündür çünkü. Benim bilmediğimi o bilir yardımcı olur...Bir de psikiyatriste başvurmalarını öneririm. Psikolojik problemleri olabilir. Bunlarla tek başına başa çıkamayabilirler. İnsan anlatınca, konuşunca rahatlıyor çünkü (K4)”

Nitel bir çalışmada belirtildiğine göre cinsel sorunlar yaşayan bir bireyin ifadesi şöyledir; *“Onunla konuşmaya çalıştım ama beni başka bir kadınla olmakla suçladı. Ben de danışmanlık için gitmeyi önerdim...Gittiğimizde iktidarsızlık gibi komplikasyonlar dahil diyabet hakkında bilgi aldı...O zamandan beri daha iyi anlıyor ve şimdi mutlu bir şekilde yaşıyoruz, ancak bazen istediği kadar iyi performans gösteremiyorum.”* Bireyin ifadesinden de anlaşılacağı gibi diyabetli bireylerin yaşadığı cinsel sorunları eşleriyle ve sağlık çalışanlarıyla paylaşmaları yaşadıkları sorunlara çözüm bulmalarını kolaylaştırmaktadır (Cooper ve ark., 2018). Literatürdeki bu çalışmayla kısmen tutarlılık gösteren araştırma sonuçları, araştırmanın nicel bulgularıyla da benzer niteliktedir. Tip 1 diyabetli bireylerin cinsel problemlerini sağlık çalışanları, eşleri, aynı tanıyı almış diğer bireylerle paylaşmalarının yaşadıkları sorunlara çözümler bulmalarına ve kendilerini daha rahat hissetmelerine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

5.3. Cinsellik Metaforları

Tip 1 diyabetli katılımcıların cinsel yaşamlarına ilişkin metaforik algıları için hastalık öncesi ve sonrası olmak üzere görüşleri alınmıştır. Bu bölümde katılımcıların diyabet öncesi ve diyabet sonrası cinsellikle ilgili bilişsel imgeleri bir arada tartışılmıştır.

Araştırmada katılımcıların %50’si (f=4) diyabetten sonra cinselliklerini diyabet öncesi benzettiği şeylerin yavaşlamış, eskimiş, kullanılmış hallerine benzetmişlerdir. K1, K2, K3, K5 katılımcıları cinselliği diyabetten önce sırasıyla hilti, at, yeni bir makine ve sıfır arabanın motoruna benzetmişlerdir. *“Ben inşaat işiyle uğraştığım için kırım işimiz çok*

olur hiltiyle. Tak tak tak diye işte ona benzetirdim yani... (K1)”, “Yani o dönem her şey yolunda ve düzenliydi. O yüzden çevik bir ata benzetirdim...Ben tanı konulmadan önce daha hareketli, verimli ve çevik olduğumu düşündüğüm için çevik bir ata benzetirdim (K2)”, Sağlam, performansı yüksek, yeni bir makineye benzetirdim. Nasıl ki sağlam bir makine iyi, güçlü ve güzel çalışıyorsa hastalıktan önce benim cinsel hayatımda öyleydi...(K3)”, “Sağlam, yeni sıfır arabanın motoruna benzetebilirim. Haftada dört defa beş defa hanım da istediği zaman mutlu olabiliyorduk...Tanı konmadan önce dediğim gibi sağlam bir motor nasıl çalışıyorsa öyleydi (K5)”. Aynı katılımcılar cinselliği diyabetten sonra ise kullanılmış hilti, yavaşlamış at, eski makine ve eski arabaya benzetmişlerdir. “Valla ne diyeyim bilemedim ki. Kullanılmış hilti diyelim sıfır değil de iki senelik. Sonuçta bir şeyleri kullana kullana eskiyor o da illaki öyle oluyordur yani (K1)”, “Biraz daha yavaşlamış bir at olabilir ama atlığından bir şey kaybetmiyor. Sadece yıllar geçtiği için hızı azalıyor (K2)”, “Cinsel yaşamımı sürekli bozulan, ara ara çalışan bir makineye benzetiyorum. Yeni alınan bir makine yıllar içinde nasıl eskirse, performansı azalursa bana şeker tanısı konduktan sonra yıllar içinde benimde cinsel yaşantımdaki performansım azaldı, isteksizliğim arttı. Bu yüzden tanı konduktan sonra cinsel hayatımı yıllar önce alınmış, eskimiş, çalışma gücü azalmış bir makineye benzetiyorum” (K3), “Eski bir 131 araba diyelim yani onun gibi bir şey. Hastalıkla birlikte gücün azalıyor o yüzden eski bir arabaya benzettim (K5)”. Bu bulgular literatürde belirtilen diyabetin kronik komplikasyonlarının bireylerin bütün yaşamlarını olumsuz etkilediği gibi cinsel yaşamlarını da olumsuz etkilediği görüşleriyle benzerlik göstermektedir (Hintistan ve Cilingir, 2013; ADA, 2019; http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190506164501-2019tbl_kilavuz377c7a453d.pdf, Erişim tarihi: 30 Nisan 2019). Diyabetin fizyolojik semptomlarının bireylerin diyabet sonrası cinselliğe ilişkin metaforik algılarını olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Katılımcılardan iki tanesinin diyabet öncesi ve sonrası metaforik algılarında değişiklik olduğu ifadelerinden anlaşılmıştır. K4 cinsel yaşamını diyabet öncesi sümbüle benzetirken, diyabet sonrası çamaşır makinesine benzetmiştir. K8 ise diyabet öncesi değerli bir eşyaya benzetirken diyabet sonrası tekleyen arabaya benzetmiştir. Katılımcıların diyabetten öncesi cinsellikle ilgili ifadeleri; “Bir bitkiye benzetiyorum

diyim o zaman. Neden? Belkide o zaman daha gençtim 18-19 yaşlarında. Hastalık yoktu o zaman daha bir saflık, daha bir sadelik vardı. Bitki olarak da ben sümbülü çok severim. Sümbüle benzetirdim (K4)”, “Diyabet olmadan önce evli değildim zaten. Diyabet olduktan bir 10 sene sonra falan evlendim. Hani o zaman daha cinsel yaşamla ilgili bu kadar içli dışlı olmadığımndan ne diye düşünürdüm? Yani korumam gereken kendimi sadece eşime saklamam gereken ne diyebilirim yani değerli bir eşya olarak görürdüm (K8)” şeklindedir. Bu bulgular yaşadığımız toplumda bireylerin cinselliğe yüklediği anlamın farklılık gösterebileceğini ifade etmesi açısından literatürle tutarlılık göstermektedir (Avcı ve Kızılkaya Beji, 2011; Bilgin ve Kömürcü, 2016).

Diyabet sonrası cinsel yaşamlarıyla ilgili ifadeleri ise şöyledir: “Bir makinaya diyelim mi bunu da. Çamaşır makinası olsun. Bazen çok güzel çalışıp sonra bir anda yorulup duran. En başta her şey çok güzelken, hızlı hızlı çalışırken sonra bir anda yavaşlayıp duruyor. O yüzden çamaşır makinasına benzetiyorum. Ben de cinsel ilişkiye en başta iyi başlıyorum sonra kan şekerim düşüyor, kendimi yorgun hissediyorum ve bırakmak zorunda kalıyorum maalesef (K4), “Düz yolda giden bir aracın teklemesi gibi. İnsandan kaynaklı değil, sürücüden kaynaklı değil ama arabanın kendisinden, mekaniğinden kaynaklı bir arıza olabilir. Bu sorun nasıl arabada arızaya sebep oluyorsa diyabette cinsellikte sorunlara sebep oluyor. Bu yüzden diyabetten sonra cinselliği düz yolda giden aracın teklemesine benzetiyorum (K8)”. Bu bulgular tip 1 diyabetin cinsel fonksiyonlar üzerine etkisini ifade etmesi açısından literatürle benzerlik göstermektedir (Enzlin 2003; Doruk ve ark., 2005; Mazzili ve ark., 2015; Braffett ve ark., 2016; Bak ve ark., 2018).

Araştırmada K6 ve K7 cinselliği diyabet öncesi herhangi bir şeye benzetmemişlerdir. Diyabet sonrası ise K6 tabloya, K7 kuşa benzetmiştir. “Asılı bir tabloya benzetebilirim. Biz de şöyle derler “Ununu elemiş eleğini duvara asmış”. Evlilikte bu yıla gelmişiz. Her şeyi bitirmişiz. Cinsel yaşamımızı o tabloya sığdırmış duvara asmışız gibi geliyor bana (K6)”, “Hızlı bir kuşa benzetebilirim belki. Mesela kartal veya şahin diyebilirim çok hızlı kuş dediğim onlardan bahsediyorum. Hani bir anda çok yüksekte uçarken artık biraz daha böyle alçalmış gibi. Bazen böyle bir an hızlı giderken bir anda yavaşlayabiliyorsunuz şekeriniz tepki gösterdiği zaman. Hani bir anda çok yüksekte uçarken bir anda yani kademe düşürtebiliyor öyle (K7)”.

Tip 1 diyabet tanılı katılımcıların diyabet tanısı konulmadan önce ve konulduktan sonra cinsel yaşamları hakkındaki metaforik algıları sayesinde cinselliğin anlamını, diyabetin cinsellik üzerindeki etkisini ve bireylerin deneyimlerini daha iyi anlamak mümkün olabilir. Böylece bireylerin dünyasına girerek onlara rehberlik etme ve daha iyi bakım verme imkanına ulaşılabilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Tip 1 diyabetli bireylerin cinsellik algılarının ve cinsel bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar iki başlık altında sunulmuştur. Birinci bölümde katılımcıların bireysel özellikleri, Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Ölçeği puanlarına; ikinci bölümde ise derinlemesine bireysel görüşmeye ilişkin sonuçlara yer verilmiştir.

Katılımcıların Bireysel Özellikleri, Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi Ölçeği Puanlarına İlişkin Sonuçlar

- Katılımcıların yaş ortalamasının $37,5 \pm 2,42$, %50,0'sinin erkek, %37,5'inin lise ve üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.
- Araştırma kapsamına giren katılımcıların %37,5'inin işçi olarak çalıştığı ve %62,5'inin gelirinin giderini dengelediği bulunmuştur.
- Katılımcıların %62,5'inin birden fazla çocuğa sahip olduğu, %87,5'inin sosyal güvencesinin olduğu bulunmuştur.
- Araştırma kapsamına giren bireylerin %37,5'inin 3 ayda bir sağlık kuruluşuna başvurduğu saptanmıştır.
- Katılımcıların %37,5'inin cinsel sorunları konusunda konuşmadığı, %87,5'inde hipogliseminin, %50'sinde yorgunluk ve psikolojik sorunların cinsel yaşamlarını etkilediği bulunmuştur.
- Katılımcıların diyabet yılı ortalaması $15,75 \pm 3,17$, HbA1c ortalaması $8,51 \pm 0,68$ olarak bulunmuştur.
- Erkeklerin %50,0'sinde orta derecede, %50,0'sinde ise hafif derecede olmak üzere %100'ünde erektil disfonksiyon saptanmıştır.
- Erkeklerin ereksiyon işlevi uluslararası değerlendirme formundan aldıkları toplam puan ortalaması $45 \pm 11,5$ olarak bulunmuştur.
- Ereksiyon işlevi uluslararası değerlendirme formunda erkek katılımcıların %25'inin cinsel istek, %50'sinin genel tatmin ve ilişki tatmini alt boyutlarında sorun yaşadıkları belirlenmiştir.

- Tip 1 diyabetli kadınların kadın cinsel fonksiyon indeksi ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması $30,1 \pm 4,0$ olarak bulunmuştur.
- Kadın cinsel fonksiyon indeksi ölçeğinde kadınların %50'sinin istek, %25'inin uyarılma alt boyutlarında sorun yaşadıkları belirlenmiştir.
- Kadınların %25'inde ise cinsel fonksiyon bozukluğu saptanmıştır.

Derinlemesine Bireysel Görüşmeye İlişkin Sonuçlar

- Katılımcılardan elde edilen nitel veriler doğrultusunda; “Anlamlandırma” ana temasının alt temaları “ihtiyaç, mutluluk kaynağı ve yaşamdaki yeri”, “İlişkide Yaşanılan Güçlükler” ana temasının alt temaları “fizyolojik güçlükler, psikolojik güçlükler, evlilik süreçlerinde güçlükler”, “Profesyonel Destek Almanın Önündeki Engeller,” ana temasının alt temaları “fiziki ortamın uygun olmaması, bilgi eksikliği, sağlık çalışanlarının ulaşılabilir olmaması, cinsellikle ilgili konuşmaktan çekinme”, “Yardım Arama Davranışı” ana temasının alt temaları “alternatif tedavilere yönelim, tıbbi tedavilere yönelim, kendi kendine çözüm bulmaya yönelim”, “Cinsel Bakım Önerileri” ana temasının alt temaları “sağlık kuruluşlarına yönelik öneriler, alternatif tedavilere yönelik öneriler, diğer bireylerle paylaşmaya yönelik öneriler” olarak belirlenmiştir.
- Cinselliği katılımcıların %75'i (f=6) ihtiyaç, %87,5'i (f=7) mutluluk kaynağı, %75'i (f=6) yaşamdaki yeri alt temaları altında tanımlamışlardır.
- Katılımcıların ifadelerinden yola çıkılarak belirlenen “İlişkide Yaşanılan Güçlükler” ana temasıyla ilişkili olarak katılımcıların tamamının fizyolojik güçlük (erektil disfonksiyon, vajinal kuruluk, cinsel isteksizlik, kan şekerinde düşme), %87,5'inin (f=7) psikolojik güçlük (korku, yetersizlik hissi, engellenme) %50'sinin (f=4) evlilik süreçlerinde güçlük yaşadıkları bulunmuştur.
- “Profesyonel Destek Almanın Önündeki Engeller” ana teması ile ilgili ifadeler incelendiğinde fiziki ortamın uygun olmaması, bilgi eksikliği, sağlık çalışanlarının ulaşılabilir olmaması ve cinsellikle ilgili konuşmaktan çekinme alt temaları ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlarla, katılımcıların cinsel sorunlarıyla ilgili destek almak istediklerinde hangi engellerle karşılaştıkları ortaya konmuştur.

- Katılımcıların “Yardım Arama Davranışı” ana temasıyla ilişkili olarak %50’sinin (f=4) alternatif tedavilere, %62,5’inin (f=5) tıbbi tedavilere, %75’inin (f= 6) kendi kendine çözüm bulmaya yönelim gösterdiklerini ifade ettiği belirlenmiştir.
- Katılımcıların ifadelerinden yola çıkılarak belirlenen “Cinsel Bakım Önerileri” ana temasıyla ilişkili olarak sağlık kuruluşlarına yönelik öneriler, alternatif tedavilere yönelik öneriler ve diğer bireylerle paylaşmaya yönelik öneriler alt temaları ortaya çıkmıştır.
- Katılımcıların diyabetin cinsellik üzerine etkisi, yaşadıkları cinsel sorunlarla nasıl baş edebilecekleri, yaşadıkları sorunların çözümleri için hangi kuruluşlara başvurmaları gerektiği konularında eğitim ve cinsel danışmanlığa ihtiyaç duydukları saptanmıştır.
- Araştırmada katılımcıların diyabetten önce ve diyabetten sonra cinselliklerini tanımlamada ne tür bilişsel imgeler (metaforlar) ürettikleri, bunu neden ürettikleri ortaya konulmuştur. Katılımcılar diyabetten önce sümbül, at, hilti, yeni bir makine, sıfır arabanın motoru, değerli bir eşya metaforlarını üretirken, diyabetten sonra yavaşlamış at, kullanılmış hilti, eski makine, tablo, eski araba, kuş, tekleyen bir araba, çamaşır makinesi metaforlarını üretmişlerdir. Katılımcıların diyabet tanısı aldıktan sonra olumsuz metaforlar ürettikleri görülmüştür.

Sonuç olarak; katılımcıların cinselliği mutluluk kaynağı ve ihtiyaç olarak gördüğü, diyabetin cinselliğe etkisinden dolayı katılımcıların tamamının fizyolojik güçlük, tamamına yakınının psikolojik güçlük yaşadığı, hastanelerde fiziki ortamın uygun olmaması, sağlık çalışanlarının ulaşılır olmaması ve cinsellekle ilgili konuşmaktan çekindikleri için yaşadıkları sorunlarla ilgili profesyonel destek almaktan kaçındıkları, yaşadıkları sorunlarla ilgili katılımcıların çoğunun kendi kendilerine çözüm bulmaya çalıştıkları, aynı sorunları yaşayan diğer tip 1 diyabetli bireylere sağlık çalışanları, eşleri ve diyabetli bireylerle paylaşmaları için önerilerde buldukları belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Cinsellik, diyabette yaşanabilecek cinsel sorunlar ve cinsel bakım gereksinimleri ile ilgili konuların standart diyabet bakımına entegre edilmesi,
- Diyabetli bireylerin cinsellik konusunda rahatça paylaşımında bulunabilmeleri için sağlık çalışanlarıyla yalnız kalabileceği bir ortam oluşturulması,
- Sağlık profesyonellerinin diyabet nedeniyle cinsel sorunların ortaya çıkma ihtimaline karşı daha dikkatli olması,
- Sağlık profesyonellerinin diyabetli bireyleri cinsel sorunları paylaşması için cesaretlendirmesi, cinsel sorunların tartışılması için zaman ayırması, cinsel sorunların erken saptanması için cinsellikle ilgili ayrıntılı tanılama yapması,
- Sağlık profesyonellerinin cinsellik, cinsel sağlık, cinsel sorunlar, cinsel sorunların tedavisi ve cinsel danışmanlık konusunda eğitilmesi,
- Diyabetli bireylere ve eşlerine birlikte cinsel danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,
- Diyabetli bireylere cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili başvuracakları yerler hakkında bilgi verilmesi,
- Diyabetli bireylere bakım veren hemşirelerin cinselliği değerlendirmeye yönelik bilgi ve becerilerini geliştirmesi,
- Hemşirelerin cinsellikle ilgili donanıma sahip olması için çalıştıkları kurumlarda hizmet içi eğitim programlarının ve kursların düzenlenmesi önerilmektedir.

Araştırmaya Yönelik Öneriler

- Çok merkezli ve daha büyük örneklem gruplarında tip 1 ve tip 2 diyabetli bireylerin cinsel sorunlarına ve cinsel bakım gereksinimlerine yönelik daha fazla çalışmaların yapılması,
- Diyabetli bireylerin yaşadıkları cinsel sorunlarla ilgili eşlerinin tutumlarını, çiftlerin tükenmişliklerini, yaşadıkları sorunların üstesinden nasıl geldiklerini derinlemesine incelemek amacıyla nitel ve nicel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Ahmed MR, Shaaban MM, Sedik WF, Mohamed TY. Prevalence and differences between type 1 and type 2 diabetes mellitus regarding female sexual dysfunction: a cross-sectional Egyptian study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2017; 1-6.

Al-Hunayan A, Al-Mutar M, Kehinde EO, Thalib L, Al-Ghorory M. The prevalence and predictors of erectile dysfunction in men with newly diagnosed with type 2 diabetes mellitus. *Journal Compilation*. 2006;99: 130-134.

American Diabetes Association (ADA). Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes-2019. *Diabetes Care*. 2019;42(1): 13-28.

American Diabetes Association (ADA). Microvascular complications and foot care: standards of medical care in diabetes-2019. *Diabetes Care*. 2019;42(1): 124–138.

Amerikan Psikiyatri Birliği. Cinsel işlev bozuklukları eviren: Koroğlu E. DSM-5 Tanı lutleri Başvuru El Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara; 2014, s: 205-217.

Arıng AM, Jones DE, Falko JM. Evaluation and prevention of diabetic neuropathy. *America Family Physician*. 2005;71(11): 2123-2128.

Avcı N, Kızılkaya Beji N. Toplumlarda cinselliğe bakış, etkileyen faktörler. *Androloji Bülteni*. 2011;45: 155-159.

Aygin D, Eti Aslan F. Kadın cinsel işlev leğinin Trkeye uyarlanması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2005;25: 393-399.

Bacon CG, Hu FB, Giovannucci E, Glasser DB, Mittleman MA, Rimm EB. Association of type and duration of diabetes with erectile dysfunction in a large cohort of men. *Diabetes Care*. 2002;25(8): 1458-1463.

Bak E, Marcisz C, Krzeminska S, Dobrzyn-Matusiak D, Foltyn A, Drosdzol-Cop A. Does type 1 diabetes modify sexuality and mood of women and men?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(5): 1-14.

Bargiota A, Dimitropoulos K, Tzortzis V, Koukoulis GN. Sexual dysfunction in diabetic women. *Hormones*. 2011;10(3): 196-206.

Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *The Journal of Urology*. 2000;163(3): 888–893.

Basson RJ, Rucker BM, Laird PG, Conry R. Sexuality of women with diabetes. *J Sex Reprod Med* 2001;1(1): 11-20.

Baş Topcu K. Tip II Diyabetes Mellituslu Bireylerde Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Antalya (Danışman: Doç. Dr. H Bektaş).

Bhasin S, Enzlin P, Coviello A, Basson R. Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders. *Lancet*. 2007;369: 597–611.

Bijlsma-Rutte A, Braamse AMJ, Van Oppen P, Snoek FJ, Enzlin P, Leusink P, et al. Screening for sexual dissatisfaction among people with type 2 diabetes in primary care. *Journal of Diabetes and Its Complications*. 2017;31(11): 1614-1619.

Bilgiç Çelik D. Kadında cinsel fonksiyon değerlendirmesi. *Androloji Bülteni*. 2012;50: 211-215.

Bilgin Z, Kömürcü N. Kadın cinselliği ve kanıt temelli yaklaşımlar. *Androloji Bülteni*. 2016;18(64): 48–55.

Binmoammar TA, Hassounah S, Alsaad S, Rawaf S, Majeed A. The impact of poor glycaemic control on the prevalence of erectile dysfunction in men with type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine Open*. 2016; 0(0): 1–10.

Bjerggaard M, Charles M, Kristensen E, Lauritzen T, Sandbæk A, Giraldi A. Prevalence of sexual concerns and sexual dysfunction among sexually active and inactive men and women with screen-detected type 2 diabetes. *Sexual Medicine*. 2015;3: 302-310.

Bortolotti A, Fedele D, Chatenoud L, Colli E, Coscelli C, Landoni M, et al. Cigarette smoking: a risk factor for erectile dysfunction in diabetics. *European Urology*. 2001;40: 392-397.

Boulton AJM, Vinik AI, Arezzo JC, Bril V, Feldman EL, Freeman R, et al. Diabetic neuropathies: a statement by the American diabetes association. *Diabetes Care*. 2005; 28, (4): 956-962.

Büyükkayacı Duman N. Cinselliğin fizyolojisi. İçinde: Büyükkayacı Duman N, editör. *Cinsel Sağlık*. Nobel Tıp Kitapevleri; 2019, s: 15-21.

Büyükkayacı Duman N. Frequency of sexual dysfunction and its causative factors among diabetic women in Turkey. *Pak J Med Sci*. 2014;30(3): 558- 563.

Cao S, Yin X, Wang Y, Zhou H, Song F, Lu Z. Smoking and risk of erectile dysfunction: systematic review of observational studies with meta-analysis. *PLoS One*. 2013;8(4): 1-6.

Castela Â, Costa C. Molecular mechanisms associated with diabetic endothelial-erectile dysfunction. *Nature Reviews Urology*. 2016;13(5): 266–274.

Ching SM, Zakaria ZA, Paimin F, Jalalian M. Complementary alternative medicine use among patients with type 2 diabetes mellitus in the primary care setting: a cross-sectional study in Malaysia. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2013;13(148): 1-7.

Coimbra L, Teixeira ER. Sexuality perception on men with diabetes mellitus. *Cienc Cuid Saude*. 2015;14(1): 970-977.

Cooper S, Leon N, Namadingo H, Bobrow K, Farmer AJ. "My wife's mistrust. That's the saddest part of being a diabetic": a qualitative study of sexual well-being in men with Type 2 diabetes in sub-Saharan Africa. PLoS One. 2018;13(9): 1-17.

Copeland KL, Brown JS, Creasman JM, Van Den Eeden SK, Subak LL, Thom DH, et al. Diabetes mellitus and sexual function in middle-aged and older women. Obstetrics & Gynecology. 2012;120(2): 331–340.

Coşansu G, Erdoğan S. 21. yüzyılın sağlık krizi: diyabet. İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi. 2009;17(2): 115-122.

Coşansu G. Diyabet: küresel bir salgın hastalık. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2015;31: 1-6.

Craven RF, Hirnle C, Jensen S. Fundamentals of Nursing: Human Health and Function Çeviren: Uysal N, Çakırcalı E. Hemşirelik Esasları: İnsan Sağlığı ve Fonksiyonları. 7. basım, Palme Yayın, Dağıtım, Dağıtım, Pazarlama, İç ve Dış Ticaret Ltd. Şti., Ankara; 2015, s: 1337-1367.

Creswell JW. Research design qualitative, quantitative and mixed methods approaches. Çeviren: Demir SB. Araştırma deseni nitel, nicel ve karma yöntem yaklaşımları. 2. basım, Eğiten Kitap Yayıncılık Org. Tic. Ltd. Şti., Ankara; 2013, s: 215-240.

Çakmak S, Nural N. Kronik hastalıklarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamaları. Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics. 2017;3(2): 57-64.

Devendra D, Liu E, Eisenbarth GS. Type 1 diabetes: recent developments. BMJ. 2004;328: 750–754.

Doruk H, Akbay E, Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Acar D. Effect of diabetes mellitus on female sexual function and risk factors. Archives of Andrology. 2005;51(1): 1–6.

Edwards D. Sexual health and dysfunction in men and women with diabetes. Diabetes & Primary Care. 2013;15(6): 309-318.

Ege E, Akın B, Yaralı Arslan S, Bilgili N. Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri. *Tübav Bilim Dergisi*. 2010;3(1): 137-144.

Enzlin P, Mathieu C, Bruel AVD, Bosteels J, Demyttenaere K. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: a controlled study. *Diabetes Care*. 2002;25(4): 672-677.

Enzlin P, Mathieu C, Bruel AVD, Vnderschueren D, Demyttenaere K. Prevalence and predictors of sexual dysfunction in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2003;26(2): 409-414.

Enzlin P, Rosen R, Wiegel M, Brown J, Wessels H, Gatcomb P, et al. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2009;32(5): 780-785.

Erden S, Kaya H. Sexual dysfunction and anxiety levels of type 2 male diabetics. *Applied Nursing Research*. 2015;28: 239–243.

Erden S. Tip 2 Diyabetik Erkek Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğu ve Anksiyete Düzeyi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. H Kaya).

Erol B, Tefekli A, Sanli O, Ziyilan O, Armagan A, Kendirci M, et al. Does sexual dysfunction correlate with deterioration of somatic sensory system in diabetic women?. *International Journal of Impotence Research*. 2003;15: 198–202.

Fıfşkın G, Kızılkaya Beji N. Cinsel fonksiyonun değeriendirilmesi ve hemşirenin rolü. *Androloji Bülteni*. 2014;16(56): 73-76.

Giugliano F, Maiorino M, Bellastella G, Gicchino M, Giugliano D, Esposito K. Determinants of erectile dysfunction in type 2 diabetes. *International Journal of Impotence Research*. 2010;22: 204-209.

Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Family Practice*. 2003;20(6): 690-695.

Goyal A, Singh, Ahuja A. Prevalence and severity of erectile dysfunction as assessed by nef-5 in north indian type 2 diabetic males and its correlation with variables. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2013;7(12): 2936-2938.

Gölbaşı Z, Evcili F. Hasta cinselliğinin değerlendirilmesi ve hemşirelik: engeller ve öneriler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;16(3): 182-189.

Guay AT. Sexual dysfunction in the diabetic patient. *International Journal of Impotence Research*. 2001;13(5): 47–50.

Günbayı İ, Akcan F. İlköğretim kurumları yöneticilerinin yaşadıkları iş streslerine ilişkin görüşleri: bir durum çalışması. *Öğretmen Eğitimi ve Eğitimcileri Dergisi*. 2013;2(2): 195-224.

Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Erectile dysfunction and diabetes mellitus. *Insulin*.2009;4 (2): 114-122.

Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. How to treat erectile dysfunction in men with diabetes: from pathophysiology to treatment. *Curr Diab Rep*. 2014; 14:545-554.

Hintistan S, Cilingir D. Sexual dysfunction in Turkish men and women with type 2 diabetes mellitus. *Sex Disabil*. 2013;31: 31-41.

Hotaling JM, Sarma AV, Patel DP, Braffett BH, Cleary PA, Feldman E, et al. Cardiovascular autonomic neuropathy, sexual dysfunction, and urinary incontinence in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2016;39: 1587–1593.

İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*. 2004;3: 3-13.

Kaplan HS. Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 1977;3(1): 3-9.

Karakoyunlu FB, Öncel S. 15-49 yaş grubu evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı (Antalya/Türkiye). *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2014;6(2): 63-74.

Kaya Erten Z, Zincir H, Özkan F, Selçuk A, Elmalı F. Sexual lives of women with diabetes mellitus (type 2) and impact of culture on solution for problems related to sexual life. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;23: 995–1004.

Kaynak İ, Polat Ü. Diabetes mellitus’lu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanma durumları ve diyabet tutumları ile ilişkisi. *Genel Tıp Dergisi*. 2017;27(2): 56-64.

Khodabakhshi Koolae A, Asadi E, Mansoor L, Mosalanejad L, Fathabadi A. A holistic approach to psychological sexual problems in women with diabetic husbands. *Iran J Reprod Med*. 2014;12(3): 175-182.

Kizilay F, Gali HE, Serefoglu EC. Diabetes and sexuality. *Sexual Medicine Reviews*. 2016:1-7.

Kouidrat Y, Pizzol D, Cosco T, Thompson T, Carnaghi M, Bertoldo A, et al. High prevalence of erectile dysfunction in diabetes: a systematic review and meta-analysis of 145 studies. *Diabetic Medicine*. 2017;34(9): 1185-1192.

LeMone P. Human sexuality in adults with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Nursing Scholarship*. 1993;25(2): 101-106.

Levy J. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts male aging study. *British Journal of Diabetes & Vascular Disease*. 2002;2: 278-280.

Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, et al. Epidemiology/Risk factors of sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*. 2004;1(1): 35-39.

Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Laumann EO, Moreira ED, et al. Definitions epidemiology risk factors for sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*. 2010;7(4): 1598–1607.

Lindau ST, Tang H, Gomero A, Vable A, Huang ES, Drum ML, et al. Sexuality among middle-aged and older adults with diagnosed and undiagnosed diabetes. *Diabetes Care*. 2010;33(10): 2202-2210.

Lu CC, Jiann BP, Sun CC, Lam HC, Chu CH, Lee JK. Association of glycemic control with risk of erectile dysfunction in men with type 2 diabetes. *International Society for Sexual Medicine*. 2009;6: 1719-1728.

Maiorino MI, Bellastella G, Castaldo F, Petrizzo M, Giugliano D, Esposito K. Sexual function in young women with type 1 diabetes: the METRO study. *Journal of Endocrinological Investigation*. 2016;40(2): 169–177.

Maiorino MI, Bellastella G, Esposito K. Diabetes and sexual dysfunction: current perspectives. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*. 2014;6: 95-105.

Malavige LS, Levy JC. Erectile dysfunction in diabetes mellitus. *J Sex Med* 2009;6(5): 1232–1247.

Manya K, Champion B, Dunning T. The use of complementary and alternative medicine among people living with diabetes in Sydney. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2012;12(2): 1-5.

Masters WH, Johnson VE. *İnsanda Cinsel Davranış. Çeviren: Demiriz G. Bilimsel Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, İstanbul; 1994, s: 3-9.*

Mazzilli R, Imbrogno N, Elia J, Delfino M, Bitterman O, Napoli A, et al. Sexual dysfunction in diabetic women: prevalence and differences in type1 and type 2 diabetes mellitus. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*. 2015;8: 97–101.

McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Risk factors for sexual dysfunction among women and men: a consensus statement from the fourth

international consultation on sexual medicine 2015. *Journal of Sexual Medicine*. 2016;13(2): 153-167.

McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Women's Health*. 2018;18(108): 1-15.

Mick J. Sexuality assessment: 10 strategies for improvement. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2007;11(5): 671-675.

Mirone V, İmbimbo C, Bortolotti A, Di Cintio E, Colli E, Landoni M, et al. Cigarette smoking as risk factor for erectile dysfunction: results from an Italian epidemiological study. *European Urology*. 2002;41: 294-297.

Mollaoğlu M, Tuncay FÖ, Fertelli TK. Investigating the sexual function and its associated factors in women with chronic illnesses. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22: 3484–3491.

Nash J, Talisa Arya S. Diabetes in the bedroom: Discussing the psychological element of diabetes-related sexual difficulties. *Journal of Diabetes Nursing*. 2014;18(3): 101-106.

National Institutes of Health Consensus Conference. Impotence. *JAMA*. 1993;270(1): 83-90.

Nazik E. Cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılması ve epidemiyolojisi. İçinde: Büyükkayacı Duman N, editör. *Cinsel Sağlık*. Nobel Tıp Kitapevleri; 2019, s: 35-43.

Nicolosi A, Buvat J, Glasser DB, Hartmann U, Laumann EO, Gingell C. Sexual behaviour, sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle-aged and elderly europeans: the global study of sexual attitudes and behaviors. *World Journal of Urology*. 2006;24(4): 423–428.

Nowosielski K, Droszol A, Adam Sipinski A, Kowalczyk R, Skrzypulec V. Diabetes mellitus and sexuality—does it really matters?. *J. Sex Med*. 2010;7: 723–735.

Olsson C, Berglund AL, Larsson M, Athlin E. Patient's sexuality - a neglected area of cancer nursing?. *European Journal of Oncology Nursing*. 2012;16(4): 426-31.

Özkorumak E, Güleç H, Kose S, Borckardt J, Sayar K. Depresyon hastalarında tıp dışı yardım arama davranışı: aleksitimi bir etken olabilir mi?. *Klinik Psikiyatri*. 2006;9: 161-169.

Pegge NC, Twomey AM, Vaughton K, Gravenor MB, Ramsey MW, Price DE. The role of endothelial dysfunction in the pathophysiology of erectile dysfunction in diabetes and in determining response to treatment. *Diabet. Med*. 2006;23(8): 873–878.

Phe V, Roupret M. Erectile dysfunction and diabetes: A review of the current evidence-based medicine and a synthesis of the main available therapies. *Diabetes & Metabolism*. 2012;38: 1–13.

Pinhas-Hamiel O, Tisch H, Levek N, Ben-David RF, Graf-Bar-El C, Yaron M, et al. Sexual lifestyle among young adults with type 1 diabetes. *Diabetes Metabolism Research and Reviews*. 2017;33(2): 1-6.

Pozzo MJ, Mociulsky J, Martinez ET, Senatore G, Farias JM, Sapetti A, et al. Diabetes and quality of life: initial approach to depression, physical activity, and sexual dysfunction. *American Journal of Therapeutics*. 2016;23: 159–171.

Rockliffe Fidler C, Kiemle G. Sexual function in diabetic women: a psychological perspective. *Sexual and Relationship Therapy*. 2003;18(2): 143-159.

Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. 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.

Rosen RC, Cappelleri JC, Gendrano N 3rd. The international index of erectile function (IIEF): a state-of-the-science review. *International Journal of Impotence Research*. 2002;14(4): 226-244.

Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1997;49: 822-830.

Rutherford D, Collier A. Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *Gynecological Endocrinology*. 2005;21(4): 189–192.

Rutte A, Welschen LMC, Van Splunter MMI, Schalkwijk AAE, Vries L, Snoek FJ, et al. Type 2 diabetes patients' needs and preferences for care concerning sexual problems: a crosssectional survey and qualitative interviews. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2016;42(4): 324-337.

Sarkadi A, Rosenqvist U. Intimacy and women with type 2 diabetes: an exploratory study using focus group interviews. *The Diabetes Educator*. 2003;29(4): 641-652.

Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol*. 2013;28: 169–180.

Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care*. 2002;25(9): 1551-1556.

Seddigh Fatemi S, Morteza Taghavi Z. Evaluation of sexual function in women with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Vasc Dis Res*. 2009;6: 38–39.

Siddiqui AA, Siddiqui SA, Ahmad S, Siddiqui S, Ahsan I, Sahu K. Diabetes: mechanism, pathophysiology and management- a review. *International Journal of Drug Development & Research*. 2013;5(2): 1-23.

Siu SC, Lo SK, Wong KW, Ip KM, Wong YS. Prevalence of and risk factors for erectile dysfunction in Hong Kong diabetic patients. *Diabetic Medicine*. 2001;18: 732-738.

Şahin D, Ertekin E. Fiziksel hastalıklar ve cinsel işlev bozukluğu. Klinik Gelişim. 2009;4(22): 75-79.

Tekin Vatansever B, Tekin S, Karabayraktar T, Çinkıt B, Temizkan Ş, Orbay E, et al. Diyabetik erkeklerde erektil disfonksiyon risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Ankara Med J. 2015;15(2): 59-66.

Thorve VS, Kshirsagar AD, Vyawahare NS, Joshi VS, Ingale KG, Mohite RJ. Diabetes-induced erectile dysfunction: epidemiology, pathophysiology and management. Journal of Diabetes and Its Complications. 2011;25(2): 129–136.

Tuğut N. Cinsel işlev bozukluğu ve güncel yaklaşımlar. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics. 2016;2(1): 70-75.

Tuncel A, Güzel Ö, Atan A. Erektıl disfonksiyonda rol oynayan risk faktörlerini belirleme. Androloji Bülteni. 2013;15(54): 158-163.

Tuncel E, Durgun O, Peynirci H, Ersoy C. Sexual dysfunction in female patients with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional single-centre study among Turkish patients. Human Fertility. 2017;20(3): 192–199.

Varkonyı T, Kempler P. Sexual dysfunction in diabetes. Handbook of Clinical Neurology, (3rd series) Diabetes and the Nervous System. 2014;126: 223-232.

Vınık AI, Maser RE, Mitchell BD, Freeman R. Diabetic neuropathy. Diabetes Care. 2003;26(5): 1553-1579.

Wallner LP, Sarma AV, and Kim C. Sexual functioning among women with and without diabetes in the Boston Area Community Health Study. J Sex Med. 2010;7: 881–887.

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): 1-20.

Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004;27(5): 1047-1053.

Wyatt LH, Ferrance RJ. The musculoskeletal effects of diabetes mellitus. *JCCA*. 2006;50(1): 43–50.

Yamasaki H, Ogawa K, Sasaki H, Nakao T, Wakasaki H, Matsumoto E, et al. Prevalence and risk factors of erectile dysfunction in Japanese men with type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2004; 66: 173–177.

Yencilek F, Attar R, Erol B, Narin R, Aydın H, Karateke A, et al. Factors affecting sexual function in premenopausal age women with type 2 diabetes: a comprehensive study. *Fertility and Sterility*. 2010;94(5): 1840-1843.

Yeşil S, Akıncı B. Diyabetik nöropati. İçinde: Özata M, editör. *Metabolizma ve Diyabet*. Tıp Kitapevi, İstanbul; 2011, s: 609-620.

Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 10. basım, Seçkin Yayıncılık San. ve Tic. A.Ş., Ankara; 2016, s: 118-286.

Yıldız H. Sağlığın bozulduğu durumlarda hemşirelerin cinsel sağlığa yaklaşımları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi*. 2002;49(12): 81-90.

Yönem A. Diabetes mellitus fizyoloji, tanımlama, sınıflama, etiyopatogenez, klinik özellikler. İçinde: Özata M, editör. *Metabolizma ve Diyabet*. Tıp Kitapevi, İstanbul; 2011, s: 543-564.
















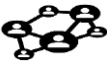
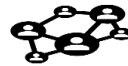



Yumuk V. Diabetes mellitusa genel bir bakış. İçinde: Özata M, editör. *Metabolizma ve Diyabet*. Tıp Kitapevi, İstanbul; 2011, s: 539-541.

Ziaei-Rad M, Vahdaninia M, Montazeri A. Sexual dysfunction in patients with diabetes: a study from İran. *Reproductive Biology and Endocrinology*. 2010;8(50): 1-8.



ARAŞTIRMANIN ZAMANLAMASI

EK-1

UYGULAMA	TARİHLER										
	ŞUBAT- NİSAN 2017	HAZİRAN 2017	TEMMUZ 2017	AĞUSTOS- EKİM 2017	ŞUBAT 2018	AĞUSTOS 2018-NİSAN 2019	OCAK 2019	OCAK- NİSAN 2019	NİSAN- MAYIS 2019	HAZİRAN 2019	
Literatür Taranması											
Tez Önerisi											
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan Onay Alınması											
Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nden İzin Alınması											
Uzman Görüşlerinin Alınması											
Antalya Özel Yaşam Hastanesi'nden İzin Alınması											
Verilerin Toplanması											
Verilerin Analizi ve Değerlenmesi											
Tez Yazımı											
Tez Sunumu											

KATILIMCI İÇİN İZİN FORMU

Bu formdaki imzam Şefika Dedemoğlu tarafından yürütölen “ Tip 1 Diabetes Mellitusu Olan Hastaların Cinsellik Algılarının ve Cinsel Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi” adlı çalışmaya katılmayı kabul ettiğimi gösterir. Bu araştırmadaki katılımım bir görüşme, bir gözlem ve laboratuvar sonuçlarının incelendiği doküman analizini kapsayacaktır. Araştırmacıyla birlikte ilave bir görüşmenin gerekli olduğuna karar verirsek ilave görüşme yapılacaktır. Ayrıca bu araştırmaya katılmakla aşağıda belirtilenleri anladığımı da beyan ederim.

1. Ben araştırma için bir gönüllüyüm ve istediğim zaman bu araştırmadan çekilebilirim.
2. Araştırmada fiziksel ve psikolojik bir zarar içeren hiçbir risk yoktur.
3. Araştırmada vereceğim bilgiler gizli olacaktır ve bütün veriler araştırmacı tarafından toplanıp analiz edilecek ve Akdeniz Üniversitesi’nde 7 yıl saklandıktan sonra imha edilecektir.
4. Araştırma bittikten sonra istediğim takdirde araştırmanın bir özetini alabileceğim.
5. Araştırmada vereceğim bilgilere dayalı sonuçların bilimsel ortamlarda tartışılmasına ve yayınlanmasına izin veriyorum.

Ben,.....(isim) görüşme ve gözleme katılmayı kabul ederim.

Katılımcının imzası

Tarih:

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı: Bu araştırma tip 1 diyabetli bireylerin cinsellik algılarını, cinsel yaşantılarındaki sorunları, cinsel fonksiyonlarını etkileyen faktörleri ve cinsel bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Çalışmaya yapacağınız katkı ve sabrınız için teşekkür ederim.

I. Sosyo-Demografik Özellikler

Protokol No:

Telefon No:

1. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

2. Yaşınız:

3. Evlilik süreniz:

4. Çocuk sahibi olma durumunuz: Var Yok (ise 6. Soruya geçiniz)

5. Çocuk sayınız:

6. Eğitim durumunuz:

Okur yazar değil Okur yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite ve üzeri

7. Mesleğiniz / İşiniz:

Memur İşçi Serbest meslek Emekli Ev hanımı Diğer (açıklayınız):

.....

8. Sosyal güvenceniz: Var Yok

9. Gelir durumunuz:

Gelir gidere göre az Gelir gideri dengeler Gelir gidere göre fazla

10. Sigara kullanıyor musunuz?

Evet Hayır Bıraktım

II. Hastalık Bilgisi

11. Kaç yıldır tip 1 diyabet hastasıısınız?yıl/.....ay

12. Kullandığınız insülinin adı nedir?

13. Diyabetinizin kontrolü için ne sıklıkla sağlık kuruluşuna başvuruyorsunuz?

- Rahatsızlandığımda Ayda bir Üç ayda bir 6 ayda bir Yılda bir

14. Aşağıda belirtilen sorunlardan cinsel yaşantınızı olumsuz etkilediğini düşündüklerinizi işaretler misiniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)?

- Kan şekerinin yükselmesi (Hiperglisemi)
 Kan şekerinin düşmesi (Hipoglisemi)
 Denge kaybı/düşme
 Yorgunluk/güçsüzlük
 Göz problemi (Retinopati)
 Böbrek sorunu (Nefropati)
 His kaybı (Nöropati)
 Cinsel sorunlar
 Diyabetik ayak
 Kalp-damar sorunları
 Hipertansiyon
 Psikolojik sorunlar
 Uykusuzluk
 Enfeksiyon
 Diğer (açıklayınız)

15. En son HbA1C düzeyi:.....

III. Cinsel Yaşam Bilgisi

16. Eşinizle cinsel ilişkinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- İyi Orta Kötü

17. Aktif bir cinsel ilişkiye girme yaşıınız:

18. Cinsel sorunlarınız olduğunda bunu kim/kimlerle paylaşırsınız?

- Bu konuda konuşmam
 Doktor
 Hemşire
 Aynı tanıyı almış diğer kişiler
 Diğer (Açıklayınız).....

KADIN CİNSEL FONKSİYON İNDEKSİ

Sayın katılımcı; son dört haftada devam eden cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçekte 19 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

Teşekkür ederim.

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

** Cinsel ilişki: Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)

*** 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 tatminkardı?**

- 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 imkansızdı
- 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 / imkansızdı
- 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 tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi

- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar 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

EREKSİYON İŞLEVİ ULUSLARARASI DEĞERLENDİRME FORMU

Sayın katılımcı; son dört haftada devam eden cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçekte 15 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

Teşekkür ederim.

1. Son 4 hafta içindeki cinsel faaliyetleriniz sırasında peniste sertleşme ne sıklıkla oldu?

- 0 Cinsel faaliyet olmadı
- 5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
- 4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 2 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç

2. Son 4 hafta içindeki cinsel uyarılma ile oluşan sertleşmelerin ne kadarlık bir kısmı cinsel ilişkiyi sağlayacak düzeyde idi?

- 0 Cinsel uyarılma olmadı
- 5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
- 4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 2 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç

3. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişki girişimlerinde hazneye giriş (duhul) ne sıklıkla mümkündü?

- 0 Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
- 5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
- 4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 2 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç

4. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkiler sırasındaki sertliği ne sıklıkla devam ettirebildiniz?

- 0 Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
- 5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
- 4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 2 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç

5. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkileri tamamlamak için sertleşmeyi sürdürmekte ne kadar zorlandınız?

- 0 Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
- 1 Aşırı zorlandım
- 2 Çok zorlandım
- 3 Zorlandım
- 4 Biraz zorlandım
- 5 Hiç zorlanmadım

6. Son 4 hafta içinde kaç kez cinsel ilişki girişiminde bulundunuz?

- 0 Hiç girişimde bulunmadım
- 1 1-2
- 2 3-4
- 3 5-6
- 4 7-10
- 5 10 dan fazla

7. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişki girişimlerinizde ne sıklıkla memnun oldunuz?

- 0 Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
- 5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
- 4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 2 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç

8. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkilerden ne kadar zevk aldınız?

- 0 Cinsel ilişki olmadı
- 1 Hiç zevk almadım
- 2 Pek zevk almadım
- 3 Az derecede zevk aldım
- 4 Çok zevk aldım
- 5 Son derece zevk aldım

9. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkta boşaldınız?

- 0 Cinsel uyarılma veya cinsel ilişki olmadı
- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç
- 2 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)

10. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkta orgazm (doyum) hissi yaşadınız?

- 0 Cinsel uyarılma veya cinsel ilişki olmadı
- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç
- 2 Nadiren (yarısından çok daha azında)

- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)

11. Son 4 hafta içinde ne sıklıkla cinsel istek duydunuz?

- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç
- 2 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 5 Her zaman

12. Son 4 hafta içinde cinsel isteğinizin düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1 Çok az veya hiç yok
- 2 Az
- 3 Orta
- 4 Fazla
- 5 Çok fazla

13. Son 4 hafta içindeki cinsel hayatınız genel olarak ne kadar tatminkardı?

- 1 Hiç tatminkar değildi
- 2 Pek tatminkar değildi
- 3 Ne tatminkardı, ne de değildi
- 4 Orta derecede tatminkardı
- 5 Çok tatminkardı

14. Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel ilişkiniz ne kadar tatminkardı?

- 1 Hiç tatminkar değildi
- 2 Pek tatminkar değildi
- 3 Ne tatminkardı, ne de değildi
- 4 Orta derecede tatminkardı
- 5 Çok tatminkardı

15. 4 hafta içinde sertleşmeyi sağlamak ve devam ettirme konusunda kendinize güveninizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1 Çok az
- 2 Az
- 3 Orta derecede
- 4 Tama yakın
- 5 Tam

GÖRÜŞME REHBERİ

1-GİRİŞ (AÇILIŞ –TANITIM)

Merhaba benim adım Şefika Dedemoğlu, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Tip 1 Diabetes Mellitus (DM) tanısı konmuş hastaların cinsellik algılarını, yaşadıkları cinsel sorunları, bu sorunlara bakış açılarını, bu sorunlar karşısında neler hissettiklerini, bu sorunları çözmek için neler yaptıklarını ve cinsel bakım gereksinimlerini belirlenmek amacıyla bir araştırma yapıyorum. Araştırma sonunda elde edilen bilgiler sizin durumunuzdaki bireylerin cinsellik algılarını, diyabet sonrası cinsel hayatının nasıl etkilendiğini, yaşadığı sorunları, bu sorunlara bakış açısını, bu sorunlar karşısında hissettiği duyguları ve cinsel bakım gereksinimlerini anlamamıza yardımcı olacaktır. Bu bir sınav değildir. Burada vereceğiniz yanıtlarda doğru veya yanlış yoktur. Görüşmemiz sırasında soruların cevaplandırılmasına göstereceğiniz ilgi ve samimiyet araştırmamızın geçerlik ve güvenilirliğini yükseltecektir. Böylece bu sorunlara yönelik daha uygun danışmanlık ve bakımın planlanması mümkün olabilecektir.

2-İŞLEM BASAMAKLARI

Bu araştırma sürecinde sizlerle yüz yüze görüşmeler yaparak birkaç soru sormak istiyorum. Görüşmemize başlamadan önce şunu belirtmek isterim; bu görüşmeden elde edilecek bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır ve araştırmanın amacından başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Görüşme sorularını içtenlikle cevaplamanız için isimleriniz yer almayacak ve isimleriniz yerine kod ismi kullanılacaktır. Görüşmenin yaklaşık 45-60 dakika süreceğini tahmin ediyorum. İzin verirseniz ses kayıt cihazı kullanmak istiyorum. Bu şekilde hem zamanı daha iyi kullanabiliriz hem de sorulara vereceğiniz yanıtların kaydını daha ayrıntılı tutma fırsatı elde edebilirim. Kayıt cihazı kullanmama izin vermezseniz not tutacağım.

Araştırmaya katılımınız bütünüyle gönüllü olmanıza bağlıdır. Araştırmaya devam etmek istemezseniz istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Görüşmeye başlamadan önce sormak istediğiniz soru ya da belirtmek istediğiniz herhangi bir düşünceniz var mı? Bu

araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim. İzin verirseniz sorulara başlamak istiyorum.

3- YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

1) Sizce cinsel yaşam bir insan için önemli midir? Neden?

Alternatif: Cinsel yaşam deyince aklınıza ne geliyor?

- Hayatınızda ne ifade ediyor?

2) Diyabet hastalarının cinsel yaşamlarının nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

Alternatif: Diyabet tanısı almanın cinsel problemleri beraberinde getirdiğini düşünüyor musunuz?

3) Diyabetin cinsel yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz? Neden?

- Nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?

4) Bu hastalıktan (Tip 1 Diyabetten) önce cinsel yaşamınızı bir şeye benzetmek isterseniz (Makine, eşya, bitki, hayvan vb.) neye benzetirsiniz? Neden?

5) Cinsel yaşamınızla ilgili sorun yaşadığınızı düşünüyor musunuz?

- Sorunlar ne kadar zamandır var?

- Sorunlar cinsel ilişki sıklığınızı değiştirdi mi?

- Sorunlar sizi nasıl etkiledi?

-Yaşadığınız bu sorunlarla ilgili neler hissediyorsunuz?

6) Cinsel yaşamınızla ilgili yaşadığınız sorunların eşinizle yaşantınızı etkilediğini düşünüyor musunuz? Neden?

- Nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?

7) Cinsel yaşamınızla ilgili yaşadığınız sorunlarınızı sağlık çalışanlarıyla rahatça paylaşabiliyor musunuz?

8) Yaşadığınız problemlerin üstesinden gelmek için neler yaptınız?

(Sağlık kuruluşuna başvurma, İlaç kullanma, Alternatif tedavi yöntemleri kullanma)

9) Diyabet tanısı alan bireylere cinsel yaşamla ilgili problemlerin üstesinden gelmeleri için neler önerirsiniz?

10) Bu hastalıktan (Tip 1 Diyabetten) sonra cinsel yaşamınızı bir şeye benzetmek isterseniz (Makine, eşya, bitki, hayvan vb.) neye benzetirsiniz? Neden?

4-KAPANIŞ

Bana zaman ayırdığınız ve yaşadıklarınızı tanımladığınız için verdiğiniz katkıdan dolayı çok teşekkür ederim. Verdiğiniz bilgiler diyabetli bireyler ve sağlık ekibi için çok değerlidir. Bu konuda görüşmeden sonra eklemek istediğiniz başka görüş ve önerileriniz olursa, beni no'lu telefondan arayabilirsiniz.

İyi günler





ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ


Re: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

2.05.2017 Sal 23:27 tarihinde yanıtladınız

DA Dilek Aygün <daygin@sakarya.edu.tr>
2.05.2017 Sal 23:25
Siz ∨

 Anket FormuKCÖ-ek bilgi.doc
60 KB

 FSFI değerlendirme_Dilek Ayg...
31 KB

 pdf_MSD_120.pdf
408 KB

4 ekin (715 KB) tümünü göster Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

Sayın Bayraktar,
KCİÖ'ni kullanmanızda hiç bir sakınca yoktur. Makalelerimi gönderiyorum. Tezimin tamamını indirebilir kaynak gösterebilirsiniz.

Sevgilerimle

Doç. Dr. Dilek AYGÜN

Sakarya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölüm Başkanı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAYI



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu


Sayı : 70904504/ 271
Konu :

26.02.2017

Sayın
Yrd.Doç.Dr.Serpil İNCE
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz, "Tip 1 Diabetes Mellitusu Olan Hastaların Cinsellik Algılarının ve Cinsel Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi" adlı çalışmaya ait etik kurul kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı


Eki: Etik Kurul Kararı

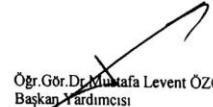
T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

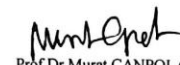
2017

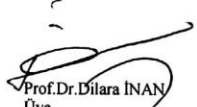
KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Serpil İNCE	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Tip 1 Diabetes Mellitusu Olan Hastaların Cinsellik Algılarının ve Cinsel Bakım Gereklerinin Belirlenmesi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 450	Tarih: 19.07.2017
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında <u>bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.</u> Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

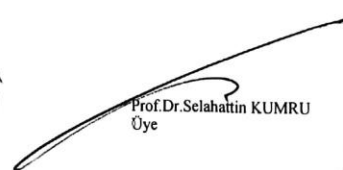

Prof.Dr. Arça TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı


Öğr. Gör. Dr. Mustafa Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı



Prof. Dr. Murat CANPOLAT
Üye



Prof. Dr. Dilara İNAN
Üye

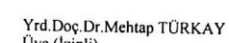

Prof. Dr. Necmiye HADİMOĞLU
Üye


Prof. Dr. Selahattin KUMRU
Üye

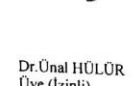

Doç. Dr. Gülşim Özge BAYSAK
Üye



Doç. Dr. Dijle KİPMEN KORGUN
Üye (izinli)



Doç. Dr. Oğuz DURSUN
Üye


Yrd. Doç. Dr. Mehtap TÜRKAY
Üye (izinli)


Yrd. Doç. Dr. Banu NUR
Üye


Dr. Ünal HÜLÜR
Üye (izinli)


Turgut ALTUN
Üye


Av. Mustafa AÇIKEL
Üye (izinli)

 Scanned with
CamScanner

ANTALYA ATATÜRK DEVLET HASTANESİ ARAŞTIRMA İZİN YAZISI



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Antalya Atatürk Devlet Hastanesi



Sayı : 71713619-619
Konu : Araştırma İzni (Şefika DEDEMOĞLU)

ANTALYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
Antalya Kamu Eğitim Bürosu

İlgi : 30.01.2018 tarihli ve 12394646-619-E.44 sayılı yazınız

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı öğrencisi Şefika DEDEMOĞLU'nun yüksek lisans tez çalışmasını kurumumuzda yapması Hastane Yönetimi tarafından uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Ali Vefa SAYRAÇ
Başhekim

Üçgen Mahallesi, Güllük Caddesi No:100 Muratpaşa/ANTALYA

Faks No:

e-Posta:demet.aktas2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Öğrenci İşler/ BİMER 0242

3454550/1101 Demet AKTAŞ

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 6dec5c31-ccc9-4ac4-8398-af271ea80b9b kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi İçin:Demet AKTAŞ

Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No:0242 3454550

ANTALYA ÖZEL YAŞAM HASTANESİ ARAŞTIRMA İZİN YAZISI



05.01.2019

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 2019/ 11
Konu : Şefika DEDEMOĞLU' nun
Araştırma İzni

İlgi: 31.12.2018 tarih ve E.42888 sayılı yazınız.
Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı öğrenciniz Şefika DEDEMOĞLU' nun
"Tip 1 Diabetes Mellitusu Olan Hastaların Cinsellik Algılarının ve Cinsel Bakım
Gereksinimlerinin Belirlenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmalarının yapması için
hastanemizde anket çalışması yapması uygundur.
Gereğini, bilgilerinize arz ederiz.


Uzm. Dr. Cengiz DENİZER
Başhekim
ÖZEL
ANTALYA YAŞAM HASTANESİ
Uzm.Dr. Cengiz DENİZER
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanı
Başhekim / Dlp.Tes.No:41462



TEZ PROJESİ ÖNERİ FORMU




T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA



YÜKSEK LİSANS TEZ PROJESİ DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı	Şefika BAYRAKTAR
Öğrenci Numarası	20165065002
Program Türü	Yüksek Lisans
Anabilim Dalı	Hemşirelik Esasları
Danışman Adı Soyadı	Serpil İNCE
Tez Başlığı	Tip 1 Diabetes Mellitusu Olan Hastaların Cinsellik Algılarının ve Cinsel Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi

Yukarıda kimlik bilgileri verilen öğrencinin tez proje önerisi aşağıda belirtilen öğretim üyeleri tarafından değerlendirilmiş olup, gereğini arz ederim. 06 / 06 / 2017


Yrd. Doç. Dr. Serpil İNCE
Danışman Öğretim Üyesi

DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Tez Önerisinin;
 Kabul Edilmesine
 Reddedilmesine

OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

ASIL ÜYELER *				
Sıra	Unvanı-Adı Soyadı	Anabilim Dalı	Uygun / Uygun Değil	İmza
1	Yrd. Doç. Dr. Emine KOL	Hemşirelik Esasları	<input checked="" type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değil	
2	Yrd. Doç. Dr. Öznur KÖRÜKÇÜ	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	<input checked="" type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değil	
3	Yrd. Doç. Dr. Serpil İNCE	Hemşirelik Esasları	<input checked="" type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Uygun Değil	

Sınav Yeri :Yüksek Lisans Dersliği
Sınav Tarihi ve Saati :06.06.2017

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Şefika	Uyruğu	T.C.
Soyadı	DEDEMOĞLU	Tel no	05323074854
Doğum tarihi	01.10.1988	e-posta	sdedemoglu@akdeniz.edu.tr

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Malcılar Lisesi	2005
Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi	2011
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi	Ağustos 2011- Mart 2016

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YDS	72.5

Burslar-Ödüller:

-Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İkinciliği (2011)

Yayımlar ve Bildiriler:

- Dedemoğlu Ş., İnce S., "Hemşirelik Sürecinde Tanılamaya Giden Yol", 2. International Health Science and Life Congress, Sözel Bildiri, 2019, Burdur.