

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DİYABETLİ KADINLARDA CİNSEL İŞLEV
BOZUKLUĞUNUN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Yük. Hem. Emel DİLEK

Danışman
Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN

İZMİR

2007

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DİYABETLİ KADINLARDA CİNSEL İŞLEV
BOZUKLUĞUNUN İNCELENMESİ**

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Yük. Hem. Emel DİLEK

Danışman
Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN

İZMİR
2007

ÖNSÖZ

Araştırmamın her aşamasında görüşlerine başvurduğum, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım değerli danışmanım Sn. **Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN'** a, lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca kendilerinden birçok şey öğrendiğim değerli **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği ABD öğretim üyelerine**, veri toplama aşamasında büyük yardımları olan **Ege Diyabetle Yaşamı Kolaylaştırma Derneği çalışanlarına**, araştırmaya katılan tüm hastalara ve hayatımın her aşamasında beni yalnız bırakmayıp yanımda olan, araştırmam süresi boyunca da maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli **AİLEM'** e teşekkürlerimi sunarım.

Eylül 2007

Emel DİLEK

İZMİR

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
Önsöz	iii
İçindekiler.....	iv
Tablolar Dizini	viii

BÖLÜM I

1.1. GİRİŞ	1
1.2. PROBLEMİN TANIMI	3
1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI	5
1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	5
1.5. HİPOTEZLER	6
1.6. SINIRLAMALAR	6
1.7. TANIMLAR	7
1.8. GENEL BİLGİLER	8
1.8.1. Diabetes Mellitus'un Tanımı	8
1.8.2. Diabetes Mellitus'un Tanı Kriterleri	9
1.8.3. Diabetes Mellitus'un Klinik Bulguları	12
1.8.4. Diabetes Mellitus'un Tedavi Yöntemleri	14

1.8.4.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi	14
1.8.4.2. Egzersiz	15
1.8.4.3. İlaç Tedavisi	16
1.8.4.3.1. Oral Antidiabetikler (OAD)	16
1.8.4.3.2. İnsülin Tedavisi	18
1.8.4.3.2.1.İnsülin Tipleri ve Etkileri	18
1.8.4.3.2.2.İnsülin Tedavisinin Endikasyonları	20
1.8.4.3.2.3. İnsülin Tedavisinin Yöntemleri	21
1.8.4.3.2.4.İnsülin Tedavisinin Yan Etkileri	23
1.8.5. Diabetes Mellitus'un Komplikasyonları	25
1.8.5.1. Diabetes Mellitus'un Akut Komplikasyonları	25
1.8.5.2. Diabetes Mellitus'un Kronik Komplikasyonları	27
1.8.6. Diabetes Mellitus'lu Kadınlarda Cinsel İşlev	32
1.8.6.1. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğunun Nedenleri	38
1.8.6.2. Kadın Cinsel İşlev Bozukluğunda Tedavi Girişimleri	43
1.8.7. Diabetes Mellitus' ta Hasta Eğitimi	47
1.8.8. Diabetes Mellitus' ta Hemşirelik Yönetimi	50

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi	55
2.2. Kullanılan Gereçler	55
2.3. Kullanılan Yöntem	57
2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	58
2.5. Araştırmanın Evreni	58
2.6. Araştırmanın Örneklemi	58
2.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	59
2.8. Veri Toplama Yöntem ve Süresi	59
2.9. Araştırma Verilerinin Analizi	59
2.10. Süre ve Olanaklar	60
2.11. Etik Açıklamalar	60

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. Araştırmaya Katılan Hastalara Ait Tanıtıcı Bilgilere İlişkin Bulgular.....	62
3.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalığa İlişkin Bulguları.....	65
3.3. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalığı Kabullenme Ve Diyabete Bağlı Sorun Yaşama Durumlarına İlişkin Bulgular.....	69
3.4. Araştırmaya Katılan Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan	

Ortalamaları Ve Puan Ortalamaları İle Sosyo-Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular.....	72
3.4.1. Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Hastalığa İlişkin Özelliklere Ait Bulgular.....	80

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. Araştırmaya Katılan Hastalara Ait Tanıtıcı Bilgilere İlişkin Bulgular	86
4.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalığa İlişkin Bulguları.....	87
4.3. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalığı Kabullenme Ve Diyabete Bağlı Sorun Yaşama Durumlarına İlişkin Bulgular.....	88
4.4. Araştırmaya Katılan Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Ve Puan Ortalamaları İle Sosyo-Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular.....	90
4.4.1. Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Hastalığa İlişkin Özelliklere Ait Bulgular.....	93

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇ	96
5.2. ÖNERİLER	100

BÖLÜM VI

ÖZET VE SUMMARY

6.1. ÖZET	102
6.2. SUMMARY	104

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR	106
EK I HASTA TANITIM FORMU.....	112
EK II KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ	114
EK III KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ İZİN MEKTUBU	116
EK IV KURUM İZİNLERİ	117
EK V EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU ETİK KURUL İZİNİ	118
ÖZGEÇMİŞ	119

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 1-	Kan Şekeri Değerleri	9
Tablo 2-	Diabetes Mellitus' ta klinik belirtilerin karşılaştırılması	13
Tablo 3-	Hastalara Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	62
Tablo 4-	Hastaların Diyabet Tipi Ve Diyabet Tedavisi İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı.....	65
Tablo 5-	Hastaların Diyabete Bağlı Sorunlarına Göre Dağılımı.....	69
Tablo 6-	Hastaların Cinsel Yaşamlarında Diyabete Bağlı Sorun Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı.....	71
Tablo 7-	Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Yaş Grupları Arasındaki İlişkinin Dağılımı.....	72
Tablo 8-	Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Beden Kitle İndeksi Arasındaki İlişkinin Dağılımı.....	74
Tablo 9-	Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Öğrenim Durumları Arasındaki İlişkinin Dağılımı.....	75
Tablo 10-	Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Meslekleri Arasındaki İlişkinin Dağılımı.....	76

Tablo 11- Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Çocuk Sahibi Olma Durumları Arasındaki İlişkinin Dağılımı.....	78
Tablo 12- Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Çocuk Sayısı Arasındaki İlişkinin Dağılımı.....	79
Tablo 13- Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Diyabet Tipi Arasındaki İlişkinin Dağılımı.....	80
Tablo 14- Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Diabetes Mellitus Tanısı Alma Süreleri Arasındaki İlişkinin Dağılımı.	81
Tablo 15- Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile HbA1C Değerleri Arasındaki İlişkinin Dağılımı.....	82
Tablo 16- Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Gelişen Komplikasyon Durumları Arasındaki İlişkinin Dağılımı.....	83
Tablo 17- Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Diyabete Bağlı Cinsel Sorun Yaşama Durumları Arasındaki İlişkinin Dağılımı.....	84

BÖLÜM I

1.1 GİRİŞ

Diabetes Mellitus (DM), pankreasın beta hücrelerinden salgılanan insülin hormonunun yetersizliği veya etkisizliği sonucu oluşan, karbonhidrat, yağ ve protein metabolizma bozuklukları ile karakterize olan kronik hiperglisemi durumudur (40,41).

Diyabet, 1991 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization-WHO) sıralamasında sıklığı giderek artan epidemiyolojik hastalıklar grubunda, önemli bir sağlık sorunu, tedavisi zorunlu bir hastalık olarak kabul edilmiştir. Bu nedenle diyabet evrensel bir sağlık sorunudur (40).

Diyabetli bireylerin sayısı toplumdan topluma değişmektedir. Amerikan Diyabet Cemiyeti'ne göre dünyadaki diyabetli sayısı 50 milyon civarındadır. Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation – IDF) verilerine göre dünya nüfusunun %2.1'i diyabetlidir ve bu oranın 2010 yılında %3' e yükseleceği bir başka anlatımla 230 milyon diyabet hastasının olacağı tahmin edilmektedir. Ülkemizde yaklaşık 2.6 milyon diyabetli yaşamaktadır. WHO' nun yaptığı araştırmaya göre, 1990 yılında dünya nüfusunun %4.5' inin

diyabetli olduğu, 2000 yılında ise bunun %6.9' a yükseldiği belirtilmiştir (19, 42, 43).

DM, %0,5-2 arasında görülen yaygın kronik bir hastalıktır. Diyabet, insülin yetersizliğine (Tip 1) veya insüline yanıtta azalmanın (Tip 2) yapmış olduğu hiperglisemi ve bu hipergliseminin birçok organda hücre hasarına neden olması ile karakterizedir (30).

DM, cinsel işlev bozukluğunun etiolojisinde yer alan sistemik hastalıkların başında gelmektedir. Çalışmaların çoğunda bu etkiyi nörojenik, psikojenik ve vasküler faktörler ya da genellikle bunların kombinasyonunun oluşturduğu gösterilmiştir (13, 26).

Diyabet birçok organda olduğu gibi her iki cinste de genital organlar ve bu organların koordine çalıştığı birçok sistemi de etkileyerek cinsel işlev bozukluğuna yol açmaktadır. Diyabetli erkek hastalarda erektil disfonksiyon üç kat daha fazla görülmektedir. Diyabet ortaya çıktıktan 10 yıl sonra hastaların %50' sinde çeşitli derecelerde erektil disfonksiyon geliştiği bildirilmektedir. Komplikasyon gelişme olasılığını arttıran başlıca faktörler kan glikoz düzeyi ve hiperglisemiye maruz kalma süresidir (30).

Tanımlanmasından günümüze kadar yapılan çalışmalarda, hem anatomik hem de fizyolojik olarak kadın cinsel işlevlerinin erkek cinsel işlevleri ile benzerlik gösterdiği ve kadın cinsel işlevlerinin çok daha karmaşık olduğu ortaya çıkmıştır (27).

Diyabetli erkeklerde cinsel işlev bozukluğu sık görülen bir komplikasyondur. Değişik çalışmalar diyabetli erkeklerin erektil disfonksiyon için yüksek risk altında olduğunu göstermiştir. Diyabetli kadınlarda komplikasyon gelişme riski erkeklerle aynı olmakla birlikte diyabetli kadınların cinsel sorunlarına araştırmalarda ve klinik çalışmalarda daha az yer verilmiştir (10,11). Kronik bir hastalığı olan kadınların cinsel sorunlarına gereken ölçüde önem verilmemektedir (12). Diyabetin kadın cinsel işlevi üzerine bir etkisinin olmadığı sıkça öne sürülse de diyabetli kadınların da (erkeklerle karşılaştırıldığında) cinsel işlev bozukluğu için yüksek risk altında olduğu (11), diyabetli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu insidansının % 20-80 oranında değiştiği Fossati ve ark.'nın (1982) yaptıkları çalışmalarla ortaya konmuştur (21). Enzlin ve ark.'nın (2002) diyabet ve kadın cinselliği konusunda yaptıkları bir çalışmada, diyabetin, kadın cinsel işlev bozukluğu riskini az da olsa arttırdığı saptanmıştır. Diyabetli kadınlardaki en yaygın cinsel işlev bozukluğu yetersiz ve/veya yavaş lubrikasyonlu düşük cinsel uyarılmadır (10).

1.2 PROBLEMİN TANIMI

DM, bireylerin ve ailelerin yaşamlarının tüm yönlerini etkileyen, zorunlu yaşam biçimi değişiklikleri ve çeşitli komplikasyonlar ile yaşam kalitesini azaltan, bu etkileri ile yaşam boyu süren bir hastalıktır.

Cinsellik ve cinsel işlevler yıllardır tabu olarak görülen ve sağlık profesyonelleri de dahil konunun gündeme getirilmesinde çekince yaşanan bir konudur. Oysa bu sorunun kadınların %43' ü, erkeklerin ise %31' i tarafından deneyimlendiği bilinmektedir (4,6,9,15,23,31,33,34,45). Son yıllarda erkek erektil disfonksiyonunun (ED) moleküler patofizyolojisi ve tedavi aşamasındaki ilerlemeler, kadın cinsel işlev bozukluğunun erkek ED' ndan daha sık ortaya çıkması (% 43) diyabetli kadınlardaki bu soruna ilginin artmasına neden olmuştur (21). Araştırma sonuçlarından da anlaşıldığı gibi cinsel sorunlar kadınlarda daha yaygındır. Bunun nedenleri arasında son yıllara kadar konuya ilişkin araştırmaların erkek cinselliğine odaklanmış olmasının yanı sıra kadın cinselliğinin daha karmaşık olması, kadınlarda cinsel işlevi tanımlayan sınıflama sisteminin oluşturulmaması ve sınırlı sayıda araştırma yapılması sonucunda kadın cinsel işlev patofizyolojisi, psikolojisi ve tedavisinin tam olarak aydınlatılamamış olması sayılabilir (4).

Diyabet, bir kadının cinsel ilişkiye girmesini ve bu cinsel ilişkiden alacağı zevki etkileyebilir. Diyabetik komplikasyonlar, cinsel ilişkiyi, ağrılı ve sıkıntı yaratan bir duruma getirebilir ve cinsel ilişkide isteksizliğe neden olabilir. Ancak, geleneksel olarak kadınların cinsel işlevleri erkeklerin cinsel işlevleri gibi önemsenmemiştir (6).

1.3 ARAŞTIRMANIN AMACI

Yukarıda belirtilen gerekçelerle bu çalışma “ diyabetli kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun incelenmesi ” amacıyla planlanmıştır.

1.4 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Tıbbi bakımdaki ilerleme diyabet tedavisinde de bir değişime yol açmış ve yaşam kalitesi konusunu ön plana çıkarmıştır. Ancak, tıbbi tedavide cinsellik konusuna eğilim son zamanlarda önem kazanmış bir yaşam kalitesi konusudur (12). Hastanın gönüllü olma durumu, sağlık çalışmasının zamanı ve sosyal güvence kapsamı yaşam kalitesiyle ilişkili bu önemli konunun değerlendirilmesini sınırlayabilmektedir (15). Diyabetin erkek cinsel işlevlerini etkilediği bilinmektedir. Kadınlardaki cinsel işlevlere diyabetin etkisi ele alınması gereken önemli bir konudur (12).

Diyabet vasküler, renal ve nörolojik sistemi etkileyerek, diyabetli kadınlarda cinsel işlevleri diyabeti olmayan kadınlardan daha fazla oranda sekonder olarak bozmaktadır (15). Yapılan araştırmalar diyabetik kadınların cinsel işlev bozukluğu açısından yüksek risk altında olduğunu göstermektedir. Diyabetik erkeklerdeki cinsel işlev bozukluğunun etiyolojik faktörleri konusunda görüş birliği olmasına karşın, aynı faktörlerin diyabetik kadınlarda da geçerli olup olmadığı kesin değildir (15). Berman ve ark. “erkeklerde erektil işlev bozukluğuna neden olan sağlık sorunlarının (diyabet, yüksek kan basıncı

ve yüksek kolesterol gibi) kadınlarda da cinsel işlev bozukluğuna neden olabileceğini” bildirmişlerdir (49).

Cinsel işlev bozukluğu, diyabetli kadınlarda yaygın ve genel yaşam kalitesini etkileyen bir sorundur (10). Kadınların deneyimlediği cinsel işlev bozukluğu saptanıp, tedavi edildiğinde, yaşam kalitesinin düzelmesi kadını mutlu kılacaktır (15).

Çeşitli yayınlarda diyabetli erkeklerde erektil disfonksiyonunun çeşitli yönlerinden bahsedilmesine karşın, erkek cinsel işlev bozukluklarından daha yaygın olan kadın cinsel işlev bozukluklarından daha az bahsedilmektedir ve bu konuda daha az çalışma yapılmıştır (15).

1.5 HİPOTEZLER

H₁: Diyabetli kadınlar cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşamaktadır.

H₀: Diyabetli kadınlar cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşamamaktadır.

1.6 SINIRLAMALAR

Araştırma, süre, maliyet güçlükleri ve kontrol güçlükleri nedeniyle Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği Endokrinoloji Polikliniği’ nde ve Ege Diyabetle Yaşamı Kolaylaştırma Derneği’ nde yapılmıştır.

1.7 TANIMLAR

Disfonksiyon: Bir organın fonksiyonunun bozulması veya anormalliği (16).

Disparoni: Zor veya ağrılı cinsel birleşme (16).

Seksüel (cinsel) Disfonksiyon: Cinsel isteğin veya genellikle cinsel yanıtı oluşturan psiko fizyolojik değişikliklerin inhibisyonu ile karakterize bir grup seksüel bozukluklardan herhangi biri. Kadında cinsel uyanma bozukluğu, erkekte erektil bozukluk ve hipoaktif cinsel istek bozukluğu yer almaktadır (16).

Lubrikasyon: Kaygan hale getirme, yağ, krem gibi bir madde sürerek herhangi bir yüzey ya da oluşumu kayganlaştırma (16).

Orgazm: Cinsel birleşmede doyuma ulaşma, cinsel doyum (16).

1.8 GENEL BİLGİLER

1.8.1 DİABETES MELLİTUS' UN TANIMI

DM, karbonhidrat metabolizmasında bir dizi bozuklukların oluştuğu ve hiperglisemi ile seyreden bir sendromdur. Bu sendrom da insülinin rolü önemlidir. DM' deki temel bozukluk insülinin fonksiyonel olarak yetersizliğidir. Yeterli miktarda insülin etkisi olmayınca kandaki glikoz hücre içine giremez ve kan şekeri normal sınırlarının (70 – 110 mg/dl) üstüne çıkar. Hastalık hiperglisemi, glikozüri, poliüri, polifaji daha ağır vakalarda ketonemi, ketonüri, asidoz ve koma ile karakterizedir (36).

Diyabet sık görülen ve ömür boyu süren bir hastalıktır. Türkiye'de erişkin nüfusun %7.2'si diyabetten etkilenmektedir (20,40).

Amerika Birleşik Devletleri'nde “ Ulusal Diyabet Çalışma Grubu” tarafından yapılmış olan DM sınıflandırılmasına, 1985 yılında WHO son şeklini vermiştir. Bu sınıflamaya göre en çok karşılaşılan tipler Tip 1, Tip 2 ve Gestasyonel DM'dir. Tip1 DM, daha çok çocuklarda ve genç erişkinlerde görülmektedir. Bunun tedavisinde mutlaka insülin kullanılması gerekmektedir. Tip 2 DM, ailede diyabet öyküsü bulunan 40 yaşın üzerindeki kişilerde görülmektedir. Komplikasyonsuz olgularda insülin tedavisi gerekli değildir.

Gestasyonel DM, ilk kez gebelik sırasında ortaya çıkan glikoz tolerans bozukluğudur (17,40).

Diyabetin en iyi tedavisi, gelişiminin önlenmesidir. Diyabet tedavisinde hedef, kan şekeri düzeyini kontrol altında tutmak, yani bunun “normale” yakın değerlerde kalmasını sağlamaktır (Tablo 1) (20,40).

Tablo 1. Kan Şekeri Değerleri

	AÇ KARNINA	YEMEKLERDEN 2 SAAT SONRA	GLİKOLİZE HEMOGLOBİN
İDEAL– NORMAL	110mg/dl'e kadar	140 mg/dl' e kadar	%7' e kadar
KABUL EDİLEBİLİR	<140mg/dl'e kadar	< 200 mg/dl' e kadar	%8' e kadar
YÜKSEK	≥ 140 mg/dl den fazla	≥ 200 mg/dl' den fazla	%8 ve üzeri

1.8.2 DİABETES MELLİTUS' UN TANI KRİTERLERİ

Hastada poliüri, polidipsi ve polifaji gibi semptomlar varsa veya diyabetik ketoasidoz koması ve hiperosmalar koma ile doktora getiriliyorsa, açlık hipergliseminin saptanması tanı için yeterlidir. Ancak özellikle Tip 2

DM'ta komplikasyonların önlenmesi için erken tanı son derece önemlidir (17).

Yeni Tanı Kriterleri

1979' da National Diabetes Data Group (NDDG), 1985 yılında WHO, 1998 yılında Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association-ADA) ve Avrupa Diyabet Kurallar Grubu (European Diabetes Policy Group-EDPG) tarafından diyabet ile ilgili tanı göstergeleri gözden geçirilerek yeni kurallar getirilmiştir.

1- Diyabete özgü semptomların varlığına ek olarak günün herhangi bir zamanında ölçülen plazma glikoz değerinin ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol /L) olması.

2- Açık plazma glikoz değerinin 126 mg/dl (7,0 mmol /L)' ye eşit veya bu değerden yüksek olması. (Açlık : en az sekiz saat hiç kalori alınmamış olması demektir.)

3- 75 gram glikoz ile yapılan Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT) sırasında ilk iki saat içinde glikoz değerinin ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol /L) olması koşulları aranmaktadır.

Hipergliseminin ve metabolik dengesizliğin belirgin olmadığı durumlarda testler tekrar edilmelidir. Üçüncü kriter olan OGTT' nin rutin olarak uygulanması tavsiye edilmektedir (17, 35,40, 41).

- Açlık plazma glikozu <110 = Normal açlık glikoz değeridir.

- Açlık plazma glikozu >110 ve <126 mg/dl = Bozulmuş açlık glikozu (IFG = Impaired fasting glucose) olarak tanımlanır. Bu durum OGTT' nin yapılmasını gerektirir.

- Açlık plazma glikozu >126 = Diyabetin kesin olmayan tanısıdır ve kesin tanı diğer göstergelerle doğrulanmalıdır.

- OGTT ile 2. saat plazma glikozu < 140 mg/dl ise normaldir.

- OGTT ile 2. saat plazma glikozu $140 - 200$ mg/dl ise bozulmuş glikoz toleransıdır.

- OGTT ile 2. saat plazma glikozu ≥ 200 mg/dl = diyabet (17,35,41).

Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT)

- Genellikle açlık ve tokluk kan şekeri değerleri normal ile diyabet değerleri arasında ise, OGTT' ye başvurulur.
- OGTT için test öncesi kişi son 3 gün içinde günde en az 150 gr karbonhidrat almalıdır.
- OGTT 10 – 16 saat açlık sonrası yapılır.
- Test sabahı önce açlık kan şekeri bakılır. Daha sonra 75 gr glikoz 250 – 300 ml su içinde eritilerek içirilir ve ilk 2 saat içinde 30 dakika ara ile (30, 60, 90, 120 dakikalarda) kan glikoz örnekleri alınır.
- İstenirse insülin, C – peptit düzeylerini incelemek için eş zamanlı kan örneği alınabilir.

- Test sırasında kişi sakın durumda istirahat etmeli, ek gıda almamalı, sigara veya su içmemelidir (17,35,40).

İntravenöz Glikoz Tolerans Testi (IVGTT)

Bu testin iki amacı vardır : Birinci amacı, hızlı bir şekilde damar içine verilen glikozun birim zamanda ortamdaki uzaklaştırılma hızının hesaplanması, ikincisi ise damar içerisine verilen glikoza insülin yanıtının saptanmasıdır. Testin yorumlanması zordur ve araştırma amacıyla kullanılmaktadır. Diyabet tanısında OGTT' den daha fazla bir tanısal değeri taşıdığı gösterilmemiştir (17,35).

1.8.3 DİABETES MELLİTUS' UN KLİNİK BULGULARI

DM çok kısa, orta uzunlukta ya da biraz uzun bir subklinik, preklinik dönemlerle belirti veren kronik bir durumdur. Preklinik dönemde hastaya şeker yüklemesi yapılsa bile hastalık tam olarak yakalanamaz. Bu dönemdeki en önemli yakınma hipogliseminin gelişmesidir. Tip 1 DM ve Tip 2 DM' de zaman zaman çok şiddetli hipoglisemi görülebilir. Subklinik dönemde Tip 2 DM daha çok belirti verir. İyileşmeyen mantar enfeksiyonları, deride kaşıntı ve açıklanamayan kaşıntılar DM' un ön belirtileri olabilir (2).

En sık rastlanan semptomlar; poliüri (çok idrara çıkma), polidipsi (çok su içme), polifaji (çok yeme), noktüri (gece idrara çıkma), zayıflama/şişmanlama,

halsizlik, ağız kuruluğu, kaşıntı, vaginal enfeksiyonlar, görmede azalma, his kaybı, kramplar, deri ve tırnak enfeksiyonları ve baş dönmesidir (2, 20, 40, 41).

DM' ta belirti ve bulgular glikozun böbrek eşiğini aştığında (genellikle 180 mg/dl) idrarla atılması sonucunda görülür. Glikoz hiperosmolar olduğundan büyük miktarlarda su çeker ve poliüri gelişir. Glikoz hücrelere giremediği zaman hücresel bir açlık görülür ve enerji için proteinlerin ve yağların kullanımı artar. Kanda yağların artık ürünlerinden asit niteliğindeki keton cisimlerin birikmesi sonucu ketozis ve ketonüri gelişir. Hastada polifaji gelişir (2).

Tablo 2. DM' ta klinik belirtilerin karşılaştırılması (2)

Klinik Belirtiler	Tip 1	Tip 2
Kardinal Bulgular		
Poliüri	++	+
Polidipsi	++	+
Polifaji	++	+
Kilo kaybı	++	-
Tekrarlayıcı görme bozuklukları	+	++
Kaşıntılı ve kuru deri enfeksiyonları	+	++
Vaginitis, idrar yolu enfeksiyonları	+	++
Ketonüri	++	-
Yorgunluk, halsizlik, uyuşma	++	+
Ellerde ve ayaklarda his kaybı	-	+
Mide rahatsızlığı, bulantı hissi	+	-
İrritabilite ve ruhsal değişim	+	-

1.8.4. DİABETES MELLİTUS' UN TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Diyabetin zamanla geriye dönüşümü olmayan değişikliklere yol açması ve bireyin yaşamı süresince hastalığın devam etmesi dikkate alındığında, diyabet yönetiminde iyi bir kontrol yapılabilmesi ve yaşam süresini ve kalitesini artırmak amacı ile uygulanan 5 temel adım bulunmaktadır: Tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz, izlem, ilaç tedavisi ve eğitim (35,40).

1.8.4.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Diyabete özgü beslenme programının hazırlanmasında ADA ve European Association for the Study of Diabetes (EASD) tarafından oluşturulan standartlar dikkate alınmaktadır. ADA; 1994 yılından itibaren beslenme tedavisinin terminolojisini değiştirerek “diyet tedavisi” yerine “tıbbi beslenme tedavisi (TBT)” terimini kullanmaya başlamıştır (20). ADA; TBT’ nin bireyin fiziksel özellikleri, aktivite düzeyleri, yaşam tarzı, beslenme alışkanlıkları, ekonomik durumu, hastalığına ilişkin laboratuvar sonuçları ve almakta olduğu tıbbi tedaviye bağlı olarak bireyselleştirilmesi gerekliliğine dikkat çekmiştir (35,37,40).

Beslenme Planı :

- Metabolik gereksinim ve iştahı karşılayacak yeterli enerji ve besinleri içermelidir.
- Optimal büyüme ve gelişmeye olanak vermelidir.

- Obesiteye yol açmayacak şekilde düzenlenmelidir.
- Ailenin yaşam biçimine en az düzeyde rahatsızlık vererek sağlıklı beslenme alışkanlığını teşvik etmelidir.
- Kan lipid değerlerini normal düzeylerde tutmalıdır.
- Teşhisten bir ay sonra yeniden gözden geçirilmelidir.
- Düzenli olarak yılda en az bir kez yeniden değerlendirilmelidir (35).

1.8.4.2. Egzersiz

Düzenli egzersiz, kilo kaybına yardımcı olup, vücut tarafından üretilen insülinin (Tip 2 diyabetiklerde) etkisini artırdığından diyabetikler için özellikle önemlidir. Ancak, kontrollü çalışmalar fiziksel egzersiz ile daha iyi bir diyabet kontrolü olmadığını göstermiştir. Bununla birlikte diyabetik bireyler düzenli bir fiziksel aktiviteye katılmaları için yönlendirilmelidir. Bazı hastalarda egzersiz ve kas aktivitesinin azlığı, artmış insülin direnci, kilo almaya eğilim ve zayıf kan şekeri kontrolü ile ilişkilidir (19).

Egzersizin Yararları :

1. Glikozun etkili bir şekilde kullanılmasını sağlayarak gerekli insülin miktarını azaltır, kan şekerini düşürür.
2. Harcanan kaloringin artırılması kilo kaybına neden olur, vücut ağırlığının korunmasını sağlar.

3. Kardiyovasküler risk faktörlerini azaltır, tansiyonu düzenler, soluk alıp vermeyi düzenler, kan yağlarını azaltır.

4. Hastanın kendisini daha iyi hissetmesini sağlar, stresin etkilerini azaltır (40).

1.8.4.3. İlaç Tedavisi

DM' ta ilaç tedavisi oral antidiyabetik ilaçlar ve insülin olmak üzere iki tiptir.

1.8.4.3.1. Oral Antidiyabetikler (OAD)

Tip 2 diyabetli bir hastada diyet + egzersize karşın bir-iki ay içinde anlamlı değişiklik yoksa veya üç ay içinde hedef glisemi düzeyine ulaşamamış ise (açlık plazma glukozu % 110 mg'ın, tokluk plazma glukozu da % 140 mg'ın üzerinde ise) OAD ilaçlara başlanır (20). OAD ilaçlar şunlardır :

- Biguanidler (metformin)
- Sülfanilürealar
- Alfa – glukozidaz inhibitörleri
- Nonssülfonilürea İnsülin Sekretegoları (Repaglinide, Nateglinide)
- Thiazolidinedione = Glitazonlar (Rosiglitazone, Pioglitazone) (20,39,40).

1. Biguanidler (metformin): Vücutta yeteri kadar insülin varsa organlara glikoz girişini artırarak şekeri düşürürler. Barsaktan glikoz emilimini azaltırlar,

iştahi azaltırlar. Özellikle obez diyabet hastaları için uygundur. En önemli yan etkileri gastrointestinal irritasyondur (39,40).

2. Slfanilrealar: Vücudun kendi insülin salınımını düzene sokar, insülinin etkinliğini artırır. Mutlaka yemeklerden 15 –20 dakika önce a karnına alınmalıdır. En önemli yan etkisi hipoglisemi ve kaşıntı, döküntülerdir (20, 40).

3. Alfa–glukozidaz inhibitörleri (Akarboz): Bağırsaklarda glikozun parçalanmasını yavaşlatarak yemeklerden sonra kan şekerinin yükselmesini engeller. Mutlaka yemekle beraber, en iyisi yemeğin ilk lokması ile alınmalıdır. Gaz, diyare, abdominal ağrı ve karaciğer enzimlerinde yükselme yapabilirler (39,40).

4. Nonslfonilrea nslin Sekretegogları (Repaglinide, Nateglinide): Pankreastan insülin salınmasını sağırlar. Etki mekanizması slfanilrealar gibidir. Hızlı emilir, hızlı atılır. Açlık kan şekerini etkilemezler, tokluk kan şekerine etkilidirler. Yemeklerden 5 – 15 dakika önce alınır. Hipoglisemi riskleri azdır (40).

5. Thiazolidinedione=Glitazonlar (Rosiglitazone, Proglitazone): Türkiye’de henüz bulunmayan OAD ajanlardır. Karaciğer üzerinde yan etkileri (toksisiteleri) yüksek olduğu için kullanımlarında güçlük vardır (40).

1.8.4.3.2. İnsülin Tedavisi

İnsülin, normal karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasının sürdürülebilmesi için gerekli, pankreastaki beta hücreleri tarafından salınan bir hormondur. İnsülin, enzimler tarafından parçalanarak şekere dönüşen yiyeceklerin, kandan hücre içine girişini sağlar (19).

1920’li yıllarda Bonting ve Best, kendilerine daha sonra Nobel Ödülü getirecek olan insülinin keşfi ile diyabet tedavisinde bir dönüm noktası oluşturmuşlardır (19).

İnsülin domuz pankreasından elde edilir ya da domuz insülininin kimyasal değişimi ya da insan insülinine kimyasal olarak en uygun olan Rekombinant DNA teknolojisi ile üretilir. Hap ya da tablet şeklinde kullanılamaz, bir enjektörle cilt altına enjekte edilmek üzere sıvı halde bulunmaktadır (20).

İnsülin tedavisinin bütün amacı sağlam pankreasa benzer biçimde vücuda insülin sağlayabilmektir. İnsülin tedavisi bağımlılık, alışkanlık yapıcı özellik taşımaz. İnsülin tedavisinin geciktirilmesi için doktorun veya hastanın kendini zorlaması çok yanlıştır. Olabildiğince erken ve yeterli dozda insülin verilmesi meydana gelecek hasarları önleyici ya da yavaşlatıcıdır (19, 20).

1.8.4.3.2.1. İnsülin Tipleri ve Etkileri

1980’li yıllarda Rekombinant DNA teknolojisinin geliştirilmesine kadar insülin domuz veya sığır pankreasından elde ediliyordu. Bugün human insülin olarak isimlendirilen Rekombinant DNA teknolojisi ile elde edilen biyosentetik

insülinler kullanılmaktadır. Sığır kökenli insülinler ikinci seçenektirler ve insülin etkisinin pik yaptığı sırada hipoglisemi eğilimi artan hastalarda tercih edilme özelliğini korumaktadır (19,35,40).

Çok Kısa Etkili İnsülin : İnsülinin dimerler (ikili) ve heksomerler (altılı) şeklinde kümeleşme eğiliminin olması emilimini ve biyo yarlılığını geciktirmektedir. Monomerik insülinlerin (örneğin Lispro) etkisi çok hızlı başlamakta, 1 saat içinde pik yapmakta ve etki süresi 4 saatten daha az sürmektedir. Bu insülin yemekten hemen önce verilebilir, aynı zamanda hiperglisemi ve potansiyel ketoziste kullanılabilir (19,35).

Kısa Etkili İnsülin : Kısa etkili insülinler “ çözülebilir” (soluble) veya “regüler” insülin olarak da bilinen katkı maddesi içermeyen saf insülinlerdir ve berrak solüsyonlardır. Akut diyabetik sorunların (ketoasidoz ve cerrahi girişimi öncesi) insülin tedavisi için uygun olan tek formdur (19,20,35).

Orta Etkili İnsülin : Bulanık görünümlü insülinlerdir. Etki süreleri açısından günde iki kez yapıldığı zaman bazal insülin, gün içinde çok sayıda enjeksiyon yapıldığında ise gece insülini yerine geçer. Halen kullanılmakta olan iki ara preparatı vardır :

- Isophane veya NPH (Neutral Protomine Hagedorn) insülin,
- Crystalline zinc – Acetate insülin (Lente insülin) (19,20,35).

Uzun Etkili İnsülin : Etkisi en az 24 saat devam eder. Liltrator / ultralente insülin genellikle günde iki kez enjekte edilir. Bu insülinler henüz ülkemizde kullanıma girmemiştir (19,35).

Karışım İnsülinler : Kısa ve orta etkili insülinlerin belli oranlarda hazırlanmış karışımlarıdır. Hazır karışım kombinasyonları aşağıdaki durumlarda yararlı olabilir:

- İnsülini doğru çekme ve karıştırma konusunda güçlük varsa,
- Karışım oranları stabil ise,
- Diyabet tedavisini olumsuz etkileyen aile içi ciddi psikososyal sorunların olması durumunda,
- Adölesanların insülin rejimine uyumda zorluk çekmesi durumunda (20,35).

1.8.4.3.2.2. İnsülin Tedavisinin Endikasyonları

- Tip 1 diyabet
- Tip 2 diyabetlide diyet, egzersiz, OAD ilaçlarla
- Tip 2 diyabetlide ağır enfeksiyon, hipertiroidi gibi araya giren olaylar geliştiği zaman
- Gebelik oluştuğu veya planlandığı zaman
- Ameliyat, travma durumlarında
- Diyabetik ketoasidoz veya hiperosmalar non – ketotik durumda
- Böbrek ve karaciğer yetmezliğinde

- OAD ilaçlara karşı alerji veya yan etki oluştuğu zaman
- LADA = Erişkinde latent otoimmün diyabet varsa
- Başlangıç kan şekeri çok yüksek ($> \%300\text{mg}$) Tip 2 diyabetli de glikoz toksisitesini kırmak için (40).

1.8.4.3.2.3. İnsülin Tedavisi Yöntemleri

İnsülin tedavisi hastaya uygun, basit, uygulanabilir ve etkin kan şekeri kontrolünü sağlayacak yöntemle uygulanmalıdır (39).

Klasik (Konvansiyonel) İnsülin Tedavisi: 0,5 – 1 Ü/kg/gün sabah-akşam ve karışım insülinler biçiminde insülin uygulanmasıdır. Hastaya uygun doz ayarlaması zor olduğu gibi doz arttırıldıkça yemek öncesi ve gece hipoglisemileri, sabah hiperglisemisi görülme olasılığı artar. Akut enfeksiyonlar, gebelik ve stres karşısında doz ayarlaması giderek güçleşir. Bu nedenle günümüzde pek fazla önerilmemektedir (40).

İntensif (Yoğun) İnsülin Tedavisi: Yoğun insülin tedavisinin amacı kan şekerini normale yakın düzeylerde tutmak ve hipoglisemi gibi kısa süreli akut komplikasyonlardan kaçınmaktır. İntensif tedavi ya multipl günlük insülin enjeksiyonları ile ya da insülin pompası yolu ile sürekli cilt altı insülin infüzyonu ile gerçekleştirilir. Diabetes Complications Controls Trials (DCCT) çalışması yoğun insülin tedavisinin klasik insülin tedavisine göre retinopati, nefropati ve nöropati gibi mikrovasküler komplikasyonları ortalama % 60 oranında azalttığını göstermiştir (39).

Multipl doz (MDI = Multipl daily injection)

- Günde iki enjeksiyon, kısa ve orta etkili insülinlerin karışımı (kahvaltı ve akşam yemeğinden önce)
- Günde üç enjeksiyon, kahvaltıdan önce kısa ve orta etkili insülin karışımı, öğle ve akşam yemeğinden önce kısa etkili insülin, yatmadan önce orta etkili insülin ya da bunların varyasyonu olabilmektedir.
- Bazal rejim ayarları, ana öğünlerden 20 – 30 dakika önce kısa etkili insülin, yatma zamanında orta ya da uzun etkili insülin
- Bazal rejim ayarları, ana öğünlerden hemen önce çok kısa etkili insülin analogu, yatma zamanında orta ya da uzun etkili insülin, ara sıra öğle yemeğinde ve kahvaltıdan önce de olabilir.

2. Pompa tedavisi (Continuous Subcutaneous Insulin Infusion-CSII=Devamlı cilt altı insülin infüzyonu)

İnsülin pompası, intensif insülin tedavisinin en modern ve fizyolojiye en yakın olan uygulama şeklidir. Ancak maliyeti çok yüksektir. Avantajları şunlardır:

- Pankreas insülin salınım fizyolojisini taklit eder.
- Sabah hiperglisemisi engellenir.
- Bazal insülin gereksinimini daha geniş zamana yayarak, bir anda yüksek dozda insülin alımını engeller.
- Yemek öncesi alınması gereken insülini ek enjeksiyon gerekmeden sağlar.

- Aktif yaşam tarzı olanlar için kullanım şekli idealdir. Toplum içinde insülin yapmak için zaman ayırmaya gerek yoktur.
- İnsülin pompası ile şiddetli hipoglisemi riski ortadan kalkar (35,40).

1.8.4.3.2.4. İnsülin Tedavisinin Yan Etkileri

Hipoglisemi: Kan glikoz düzeyi 2.5 mmol/L veya 50 mg/dl'den az ise hipoglisemi görülür. Hipogliseminin nedenleri :

- Gereğinden fazla insülin alınması,
- İnsülin enjeksiyonundan sonra yemek yemede gecikme,
- Öğün atlama veya eksik öğün alma,
- Fiziksel aktivitede artma,
- Aşırı hava sıcaklığı veya stres yaratan bir durumla karşılaşmış olma.

Hipogliseminin belirtileri; titreme, terleme, yorgunluk, açlık hissi, dikkat dağılımı, bulanık görme, baş ağrısı, sinirlilik hali.

Hipoglisemide yapılması gerekenler; hasta bilinçli ise hemen şekerli su, meyve suyu verilir. Bilinçsiz ise intravenöz olarak %50 glikoz solüsyonu verilmeli. Hasta hipoglisemi konusunda eğitilmeli. Bütün hastalar yanlarında diyabet hastası olduklarını belirten bir kart taşımalıdır (40,41).

Kilo Artışı: İnsülin anabolik bir hormondur ve lipogenezi artırır. Hipoglisemi ortaya çıktığında, hasta, bu durumun farkına varamadan, bunu “ içindeki ezilme hissi” tanımı ile diyet kaçağı yaparak gideriyorsa kilo artışı daha belirgin olur (41).

İnsülin Ödemi: Oldukça seyrek görülür. Tedavi başlangıcında ve ilk 24 saatte gelişir. Nedeni, vücutta geçici sıvı birikmesidir ve iyi glisemik kontrol devam ettiği sürece gün ya da haftalar içinde kendiliğinden gerilemektedir (19,41).

İmmünolojik Komplikasyonlar:

Alerji: İnsülin içindeki saflaştırılmış proteinlere bağlıdır. Rekombinant teknikle elde edilen insan insülinleri kullanılması bu sorunu azaltmıştır (41).

Antikor Oluşumu: İyi saflaştırılmamış insülin kullanılması sonucu görülür (41).

İnsülin Direnci: İnsülin tedavisine biyolojik cevabın azalmasıdır. Bu hastaların günlük insülin gereksinimleri normalden daha fazladır. Akut hastalıklarda, cerrahi, enfeksiyon ve diyabetik ketoasidoz hallerinde geçici insülin ihtiyacı artmaktadır (41).

Lipodistrofiler: Lipoatrofi; derialtı dokuda bir boşluk olarak kendini gösterir. Lipohipertrofi; insülin enjeksiyonu bölgesindeki subkutan yağ dokusunun lokal olarak şişmesidir. Enjeksiyon yerlerinin sık değiştirilmesi gerekir (19,41).

Dawn, Somogy fenomeni: Gece kan şekeri düştüğünde hasta uyku nedeniyle kan şekeri düşüklüğünün farkına varmaz. Bununla birlikte insülin karşıtı hormonlar yükselir ve rebound fenomenine neden olarak sabahleyin kan şekerinin yükselmesine neden olurlar. Buna somogy fenomeni denir. Down fenomeni; kan şekerinin sabah yükselmesidir ve bu durum hastaların %80-

100'ünde görülür. Nedeni gece büyüme hormonu salgısının artmasıdır; buna bağlı olarak gecenin ilerleyen saatlerinde ve sabahın erken saatlerinde kan şekeri yükselir (19,35).

1.8.5. DİABETES MELLİTUS'UN KOMPLİKASYONLARI

1.8.5.1. Diabetes Mellitus'un Akut Komplikasyonları

➤ **Hipoglisemi:** Kan glikoz seviyesinin düşüklüğü olarak tanımlanmaktadır. Plazma glikozunun 60 mg/dl ya da kapiller kan örneğinde glikoz düzeyinin 50 mg/dl 'nin altına düşmesidir.

Belirti ve bulguları; açlık, titreme, terleme, çarpıntı, sinirlilik, güçsüzlük, dikkati yoğunlaştıramama, davranış değişikliği, amnezi, koma.

Hastanın bilinci yerindeyse, yutabiliyorsa;

- 2-3 adet glikoz tableti
- 2-3 adet kesme şeker
- 2 tatlı kaşığı toz şeker bir bardak suda eritilerek
- 1 bardak meyve suyu verilerek tablo düzeltilir (20,35,40).

➤ **Hiperglisemi**

Diabetik Ketoasidoz: İnsülin eksikliğine bağlı olarak gelişen diabetik ketoasidoz (DKA) çocukluk dönemindeki diyabete bağlı ölümlerin en sık nedenidir. Daha çok insüline bağımlı diyabet hastalarında gelişir. Glikoz

organizmanın başlıca enerji kaynağıdır ve enerji temini için hücre içinde yakılır. İnsülin eksikliğinde glikoz hücre içine giremez ve enerji kaynağı olarak kullanılamaz. Bunun sonucunda keton cisimleri kanda artar ve idrara geçer; idrarda aseton çıkar. Kan şekerinin artışı, kanda ve idrarda keton cisimlerinin artışı ile hastanın bilinci giderek bozulur ve tedavi edilmezse koma tablosu gelişir. DKA her zaman vücutta kısmi veya tam insülin eksikliğinden kaynaklanır. Yeterli tedavi imkanlarına karşın hala DKA koması nedeni ile ölümler gelişmiş ülkelerde % 2-5, gelişmekte olan ülkelerde ise % 6-24 arasında değişmektedir. DKA' da belirtiler;

- Her zamankinden şiddetli susuzluk ve iştahsızlık
- Çok sık idrar yapma
- Yemek miktarında azalma veya fiziksel aktivite miktarında artış olmaksızın kilo kaybetme
- Her zamankinden daha yorgun olma
- Bulantı, kusma
- Karında ağrı
- Ağır solunum, aseton kokusu
- Bilinç kaybı

Tedavide tıbbi yardıma gereksinim vardır (19,20,35,40).

Hiperglisemik Hiperosmolar Nonketotik Durum: Ciddi bir ketozis ve asidoz olmaksızın aşırı hiperglisemi, hiperosmolarite ve dehidratasyonun eşlik ettiği bir

sendromdur. Genellikle insüline bağımlı olmayan orta yaşlı-yaşlı Tip 2 diyabet hastalarında görülür. Kalp krizi, kalp yetmezliği, akciğer enfeksiyonu, pankreas enfeksiyonu, virüslere bağılı akut üst solunum yolu enfeksiyonu, böbrek yetmezliği geçiren veya aşırı miktarda karbonhidratlı gıda alan veya kalsiyum kanal blokerleri gibi kalp ritmini ve kan basıncını kontrol eden ilaçlar kullanan 70 yaş ve üzeri diyabet hastaları kolaylıkla bu tipteki komaya girebilirler. DKA komasında olduğu gibi ağır sıvı kaybı vardır. Ancak kanda keton cisimleri ve idrarda aseton yoktur. Hiperglisemi daha ciddi seviyededir (600-3000 mg/100ml). Tedavisi DKA komasında olduğu gibidir (20,40).

1.8.5.2. Diabetes Mellitus'un Kronik Komplikasyonları

Makroanjiyopatik Komplikasyonlar: Makroanjiopati orta ve büyük çaptaki damarların arterlerin ve arteriosklerotik hastalığıdır. Büyük damar hastalığının yol açtığı kardiyovasküler, serebral ve periferik damar lezyonları en önde gelen ölüm nedenleridir. Genetik faktörler, obezite, sigara içimi, hipertansiyon, yüksek kolesterol ve yetersiz fiziksel aktivitede bulunma makroanjiyopatiye eşlik eden risk faktörleridir. Makroanjiyopatik komplikasyonların temelinde arteriyoskleroz yatar. Arteriyosklerozun üç temel klinik tablosu vardır: (19, 40)

1. Kardiyovasüler hastalık (Angino Pectoris, Miyokard enfarktüsü, Ani ölüm)

Diyabetik hastalarda koroner arter hastalığı diyabetik olmayan hastalara göre iki-dört kez daha fazla görülür ve tip 2 diyabetli kadın hastalarda risk üç-dört kez fazladır. Diyabet süresi uzadıkça kalp hastalığı gelişme olasılığı artar. 15-20 yıl süreli diyabeti olan bir bireyde koroner arter hastalığı gelişme riski, diyabeti olmayan bireye göre 10 kez fazladır. Tip 2 diyabetli hastalarda insülin tedavisinin kilo artışı ve kan basıncı artışına neden olarak arteriosklerotik hastalık riskini arttırdığı ileri sürülmektedir (24).

2. Serebrovasküler hastalık (Baş dönmesi, Geçici iskemik ataklar, Stroke)

Serebrovasküler hastalıklar diyabetik hastalarda yaygındır ve daha ciddi seyreder. İnsidansı iki-üç kez fazladır, 50-60 yaş grubunda, hipertansiyon öyküsü olan kadın hastalarda risk göreceli olarak artar (24).

3. Periferik hastalık (Cladio intermitant, İstirahat ağrısı, Gangren)

Diyabetik hastalarda aralıklı topallama, ayak bileği basıncı alınamaması, iskemik gangren gibi riskler artar. Diyabetik hastalarda travma olmaksızın alt ekstremitte amputasyonu %50' den fazladır. Duyusal ve otonom nöropatiye bağlı periferik vasküler hastalık, enfeksiyon riskine bağlı olarak gelişir. Bunların tümü amputasyona yol açabilir (24).

Kan glikozunun iyi kontrolü arteriosklerotik süreci geciktirebilir (19,40).

Mikroanjyopatik Komplikasyonlar: Mikroanjyopatik komplikasyonlar retina, böbrek ve periferik kapillerde değişikliğe neden olarak ortaya çıkmaktadır. Mikroanjyopati arteriyollerin ve kapillerdeki bazal membranın

kalınlaşması sonucu gelişir. Vücudun değişik yerlerinde ortaya çıkar ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz olarak etkiler (40).

Diyabetik Retinopati: Diyabetin görmeyi engelleyen en önemli komplikasyonu göz küresinin arka bölümünde yer alan ve retina adı verilen ağ tabakanın hasarındır. Buna diyabetik retinopati adı verilir. Diyabetli hastaların tanı sonrası 10 yıl içinde %50 oranında diyabetik retinopati, 15 yıl sonrası ise %80 hastada bazı retina hastalıklarının görüldüğü bildirilmektedir. Göz sorunları erkenden fark edildiğinde, bunların hastanın yaşamını etkileyebilen boyutlara ulaşmalarını önleyecek önlemler ve tedaviler vardır. Örneğin diyabetik retinopatide zamanında yapılan lazer tedavisi ciddi görme kaybı riskini yaklaşık % 60 oranında azaltabilmektedir. Daha iyi bir glisemik kontrol sağlanması erken retinopati gelişmesini geciktiren en iyi tedavi şeklidir (19,20,35,40).

Diyabetik Nefropati: Diyabetik nefropati diğer adı ile diyabetik glomeruloskleroz tip 1 diyabetli hastalarda daha sık görülen ve önemli iş gücü kaybı ve ölüm nedeni olan bir komplikasyondur. Tip 1 diyabetli hastaların yaklaşık %45' inde tanıyı izleyen 15-20 yıl içinde, Tip 2 diyabetli hastaların %20' inde tanıyı izleyen 5-10 yıl içinde nefropati gelişir. İlk bulgusu mikroalbuminüridir. Mikroalbuminüri bakışı, diyabetik nefropatinin erken tanımlanmasında en önemli idrar testidir. Albüminüriye ya sabah ilk idrar testi ile ya da 24 saatlik biriktirilen idrar ile bakılır. Normal değeri sabah ilk idrarda <20 mikrog/kg/dak, 24 saatlik idrarda <30 mg albümin saptanmasıdır. Eğer

sabah ilk idrarda 20-200 mikrog/kg/dak, 24 saatlik idrarda 30-300 mg albüminüri saptanırsa, mikroalbüminüriden bahsedilir. Diyabet tanısının üzerinden 10 yılı geçmiş Tip 1 diyabetli hastaların bir çoğunda görülebilir. En önemli tedavi kan glikoz düzeylerinin iyi kontrolüdür. Kan basıncı yüksekliğinin erken dönemde tanınıp tedavi edilmesi de aynı derecede önemlidir (19,20,24,35,40).

Diyabetik Nöropati: Nöropati diyabetik erişkinlerde görülen hemen hemen en yaygın komplikasyondur. Nöropati prevelansı hastalığın süresi ve şiddeti ile orantılı artış göstermektedir. Prevelans: 10 yıllık diyabetiklerde % 30-40, 15 yıllık diyabetiklerde % 40-50, 20 yıllık diyabetiklerde % 50-60, 25 yıl ve üzeri diyabetiklerde % 60-70' dir. Kan şekeri yüksek olduğunda sinir hücreleri şişer ve nedbeleşir. Zamanla bunlar, vücutta organlara sinyaller taşımak şeklindeki temel görevlerini yerine getiremez olurlar. Bazı sinirlerin hasar görmesi ayaklarda ve bacakların aşağı kısımlarında karıncalanma, uyuşma, yanma, sızı veya zonklama hislerine neden olur. Diğer bazı hastalarda ise ayaklardaki kesikler, yaralar ağrı vermeyebilir. Diyabetin diğer komplikasyonlarında olduğu gibi sinir hasarının en iyi tedavisi kan şekerinin iyi kontrolüdür. Ayak bakımının iyi yapılması da çok önemlidir. Deri lezyonlarının iyileşmesi uzun sürüyorsa basınçlı oksijen tedavisi etkili bir yöntemdir (19,20,40).

Diyabetik nöropati:

1. Periferik nöropati

a) Mononöropati (fokal nöropati)

b) Polinöropati (yaygın nöropati)

2. Otonom nöropati olmak üzere iki şekilde görülür.

1. Periferik nöropati: Tek bir sinir veya sinir grubunun etkilendiği mononöropatide, III ve IV kranial sinirler, interkostal ve trunkal sinir kökleri, brakial, lumbar ve sakral sinirler etkilenebilir. Gözün dış kaslarını inerve eden III ve IV kranial sinir tutuluşuna bağlı olarak diplopi, göz ağrısı, göz kapaklarında düşme olabilir. Diyabetin ileri dönemlerinde ağrıyı algılamamanın bozulmasına bağlı olarak ağrısız nöropatiler gelişebilir. Ağrısız nöropati hasta için özellikle alt ekstremitelerde yaralanma riskini arttıran tehlikeli bir durumdur. Arteriyoskleroz sonucu ayak kan akımının bozulması aralıklı topallama, soğuk ayak, parestezi, enfeksiyon, ayak lezyonlarının iyileşmesinde gecikme ve gangrene kadar ilerleyebilir.

Polinöropatilerde birçok sinirin etkilenmesine bağlı olarak güçsüzlük, ağrı, pareteziler, uyuşukluk, duyu kaybı, reflekslerde azalma ya da kaybolma ortaya çıkar (24).

Otonom nöropati: Otonom nöropati otonom sinir sistemini etkileyerek bu sistemle ilgili sorunlara neden olur.

Pupil: Pupilin karanlığa uyum sağlama yeteneğini bozduğu için hastaların geceleri araba kullanması riskli olabilir.

Kardiyovasküler: Kalp kasını inerve eden sinirlerin dejenerasyonuna bağlı, postural hipotansiyon, ağrı olmaksızın gelişen sessiz miyokard enfarktüsü, istirahat taşikardisi, 80-90 olan kalp atım hızının uyku, egzersiz, stres durumlarında değişmemesi (kardiyak denervasyon sendromu).

GİS: Mideyi inerve eden sinirlerin dejenerasyonu sonucu mide hareketlerinin yavaşlamasına bağlı gastroparezis (mide içeriğinin boşalmasında gecikme), bulantı, kusma, iştahsızlık, çabuk doyma, kilo kaybı, post prandiyal hipoglisemiye neden olabilir.

Genitoüriner Sistem: Nörojenik mesane (miksiyon aralarının uzaması, idrar yaparken zorlanma, damla damla idrar, tam boşalmama hissi, idrar akımında azalma gibi bulgularla seyreder), idrar inkontinansı, erkeklerde impotans, kadınlarda vaginal kuruluk gelişebilir (24).

1.8.6. DİABETES MELLİTUS' LU KADINLARDA CİNSEL FONKSİYON

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün tanımına göre cinsel sağlık; kişilik, iletişim ve aşkı artıran yollarla cinsel varoluşun bedensel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerinin bir bütünleşmesidir. Cinsellikle ilgili sorunlar bu

bütünlüğün bozulmasına yol açarak, bireylerin ruhsal ve sosyal sorunlar yaşamasına sebep olur (45). DSÖ' nün tanımına göre cinsel işlev bozukluğu ise, farklı nedenlere bağlı olarak, kişinin istediği halde cinsel ilişkiye girememesi olarak tanımlamıştır (28).

Kadın cinselliği anatomik, psikolojik, fizyolojik, tıbbi ve sosyal komponentleri olan multifaktöryel bir durumdur (8). Kadın cinsel işlev bozukluğu prevalansı yaş gruplarına göre değişmekle birlikte kadınların % 22-93' ünü ilgilendiren (7), yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir sorundur (7,8,9).

Cinsel işlev bozukluğu ile ilgili oranlar ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Amerika' da saptanan % 43' lük orana karşın; İngiltere' de % 33, İzlanda' da ise % 22 oranları bulunmuştur (8). Kadın cinsel işlev bozukluğu prevalansı ile ilgili en geniş seriye sahip çalışmalardan biri, Amerikan Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması verilerinin derlendirildiği çalışmadır. Bu çalışmada, yaşları 18-59 arasında değişen 1749 kadından elde edilen veriler toplanmış ve kadınlarda cinsel sorun görülme oranı % 43 olarak saptanmıştır (4,6,9,15,23,31,33,34,45). Ülkemizde kadın cinsel işlevi ile ilgili çalışmalar sınırlı olmakla birlikte giderek artmaktadır (8).

Diyabet ve cinsel sorunlar arasındaki ilişki uzun zamandır bilinmektedir. Medikal ansiklopedisinde, “cinsel işlevin çöküşü”nü diyabetin spesifik bir komplikasyonu olarak bahseden ilk kişi Avicenna' dır (MS 960-1037). Sonraki yüzyıllarda, çeşitli yazarlar da bu gözlemi doğrulamış ve Naunyn (1906)

hastalığın en yaygın semptomlarından birinin impotans olduğunu belirtmiştir. Bu gözlemler, diyabet ile cinsellik arasında bir bağın varlığından söz etse de, Joslin, 1946 yılında impotanstan söz ettiğinde bunu “iyi bir terapi ile yok olabileceğinden önemszenmeyen nadir bir yakınma olarak ya da eğer iyileşmezse hastanın dikkati ne kadar az buna yöneltirse o kadar iyidir” şeklinde tanımlamıştır. Cinselliğin bu zamanda bir tabu olması nedeniyle önemszenmemesi şaşkırtıcı değildir. 1940’ ların başlarında, tıp kitaplarında, diyabetin cinsellik üzerine olan etkisine dikkat çekilmiştir. Ancak bu ilgi yalnız erkek cinselliği üzerine yoğunlaşmıştır (12).

Kadınlarda cinsel isteksizlik ve orgazm olamama ya da orgazm olmada güçlük yaşama en sık karşılaşılan sorunlardır. Kadınların en az üçte biri yaşamları boyunca hemen hemen hiç cinsel istek duymadıklarından yakınmakta, yine % 30-50’ si orgazm güçlükleri yaşadıklarını belirtmektedirler. Üçüncü sırada ise vaginismus bulunmaktadır (46).

Yapılan çalışmalarda derinlemesine bir analiz yapıldığında, diyabetli kadınların cinsel sorun bakımından yüksek risk altında oldukları konusunda önemli kanıtlar ortaya çıkmaktadır. Bu kanıtlar diyabetli kadınların yalnız düşük cinsel isteklilik ve cinsel ilişki sırasında daha çok disparoni yaşamaya meyilli olmadığını, bunların yanı sıra, yavaş ya da yetersiz vaginal lubrikasyon içeren cinsel uyarılmada azalma yaşamalarının da olası olduğunu göstermiştir. Bu bulgular dikkate alındığında şu varsayımda bulunulabilir: nasıl ki diyabetik

erkekler erektil disfonksiyon için yüksek risk altındaysa, diyabetik kadınlar da uyarılma evresinin baskın bir şekilde etkilendiği cinsel işlev bozukluğu için yüksek risk altındadır (12).

Diyabetli hastalar vasküler ve nörolojik komplikasyonlar ve psikolojik sorunlar konusunda risk altında olduklarından hem organojenik hem de psikojenik cinsel işlev bozukluğu için risk altındadırlar. Bu nedenle, cinsel işlev bozukluğunun etiyolojisini belirleme çalışmaları nörolojik, vasküler, endokrin ve psikolojik faktörleri; ilaç kullanımını; ya da ikisinin birleşimini öne çıkarmıştır (11). Şimdiye kadar, diyabetli erkeklerde cinsel işlev bozukluğunun etiyolojisinin somatik faktörlerle, diyabetli kadınlarda ise psikolojik faktörlerle ilişkili olduğu öne sürülmüştür (11,12,30).

Nöropati, vasküler bozukluk, kadın cinsel işlevinin istek, uyarılma, orgazm, ıslanma, ağırlı ilişki gibi hemen hemen bütün fazlarıyla ilişkili olarak cinsel işlevlerde bozukluk meydana getirmektedir. Diyabetli hastalarda en sık olarak görülen cinsel işlev bozukluğu cinsel uyarılmanın azalmasıyla beraber yavaş veya yetersiz ıslanmadır. Bununla birlikte diyabetli kadınlar cinsel isteksizlik, disparoni ve orgazmik sorunlar da yaşamaktadırlar (6,30). Klinik alanlardaki mevcut en yaygın sorunlar arasında cinsel istek ve uyarılma evresi bozuklukları bulunmaktadır. Erkek cinsel işlev bozukluğu oranını geçecek gibi görünen kadın cinsel işlev bozukluğuna, yüksek prevalansa karşın daha az önem verilmiştir (33).

Diyabeti olan kadınlarda görülen cinsel işlev bozukluğu ile ilgili bilimsel bilgi ilkel düzeydedir. Diyabetik kadınlarda cinselliği etkileyen problemler, yorgunluk, perimenstrüel dönemde kan şekeri kontrolündeki değişiklikler, cinsel isteğin azalması, vaginit, vaginal kayganlığın azalması ve orgazma ulaşmak için gereken sürenin uzamasıdır (32,44).

Diyabetli hastalardaki cinsel işlev bozukluğu prevalansı genel popülasyondakinden daha yüksektir. Hollanda’ da yapılan bir çalışmayla Diemont ve arkadaşları (2000), kadınlarda %14,9 ve erkeklerde %8,7’ lik bir cinsel işlev bozukluğu prevalansı bildirmiştir. Bu çalışmanın bulguları cinsel işlevin yalnız Tip 1 diyabetli erkeklerde değil Tip 1 diyabetli kadınlarda da etkilendiğini doğrulamaktadır (5, 10, 11).

Son yıllarda iliohipogastrik/pudental arter yatağının arterosklerozuna bağlı genital organlarda kan akımının azalması ile sonuçlanan klitoral ve vaginal vasküler yetmezlik sendromu tanımlanmıştır. Bu sendromda vaskülopatiye sekonder klitoris ve vaginada düz kas oranının azaldığı, bağ dokusunun ise arttığı bunun da vaginal kuruluk ve rahatsızlıkla sonuçlandığı tespit edilmiştir. Gerek aterogenez aracılıklı vaskülopati, gerekse muhtemel vagina yolunun hasara uğraması diyabette vaginal lubrikasyonun azalması ve sonuç olarak bu tür şikayetlerin ortaya çıkmasına neden olur (21).

Schiel ve arkadaşlarının (1987) 127 Tip 1 diyabetik ve 117 Tip 2 diyabetik hasta ile yaptıkları çalışmada diyabetik kadınlarda cinsel işlev

prevalansını Tip 1 diyabet için %18 ve Tip 2 diyabet için %42 olarak bulmuştur. Enzlin ve arkadaşları (2002)ise 120 Tip 1 diyabetik kadını 180 sağlıklı kadınla karşılaştırmış ve cinsel fonksiyon prevalansını diyabet grubunda %27, kontrol grubunda ise %15 olarak saptamıştır (5,10,30). Cinsel işlev bozukluğunun karakteristiğine bakıldığında ise diyabetik kadınlarda uyarılmanın anlamlı derecede düşük olmasına karşın cinsel istek, orgazm, ağırlı ilişki kontrol grubu ile aynıdır. Vaginal ıslanma ise istatistiksel olarak anlamlı derecede diyabetik kadınlarda yetersizdir (30). Vagina ıslaklığı, bir tür plazma sızıntısıdır ve bu nedenle yanıt verebilen genital vasküler yapıların varlığına gereksinim duyar. Vagina ıslaklığına neden olan bu plazma sızıntısını oluşturan genital organlara kan akışının arttırılamaması durumu ağırlı cinsel ilişkiye neden olabilir. Bu nedenle, vagina kan akımında azalma cinsel uyarılma bozukluklarıyla ilişkili olabilir (15).

Cinsel istek ya da libido, dopamin sensitiv eksitator merkez veya serotonin sensitiv inhibitör merkez tarafından kontrol edilir. Bu merkezlerin limbik sistemde, hipotalamusta ve preoptik alanda varolduğu yapılan deneysel çalışmalarla gösterilmiştir. Yapılan çalışmalarda cinsel işlev bozukluğu olan kadınların % 30 – 50' sinde libido kaybı varlığı tespit edilirken, 72 tip 2 diyabetik kadınlarla yapılan bir çalışmada % 77, yine başka bir çalışmada % 18 oranında libido kaybı olduğu saptanmıştır (21).

Kadınlarda depresyon erkeklerden daha fazla görülür ve bu da cinsel işlev bozukluğunun bir nedenidir ve tedavi edilmelidir. Vajinal enfeksiyon cinsel

işlev bozukluğuna neden olur. Sistit ise cinsel birleşme sırasında rahatsızlık kaynağıdır. Premenstrual sendrom sırasında kan şekeri ayarında bozuklukların olması bu dönemde cinsel işlev bozukluğuna neden olabilir. Kadın diyabetlilerin kullandığı tansiyon ilaçları gözden geçirilmelidir. Menopoz döneminde hormon tedavisi görmeyen kadınlarda cinsel istek kaybı görülebilir (47).

1.8.6.1. Kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun nedenleri

Cinsel sorunlar kadın ya da erkek bir bireyin ya da çiftin sağlıklı ve doyurucu bir cinsel yaşam kurmalarını ve sürdürmelerini engelleyen tıbbi, psikolojik, sosyal ve kültürel tüm sorunları içerir. Bunlar cinsellik ile ilgili korku ve kaygılar, utanma, suçluluk ve günahkarlık duyguları, cinsel isteksizlik ve soğukluk, cinsel birleşme kuramama, cinsel birleşme sırasında ağrı ya da kasılma, uyarılamama ya da orgazm olamama, ayrıca mastürbasyon, eşcinsellik vb. konulardaki çeşitli takıntı ya da korkulardan oluşmaktadır. Ayrıca eşler arası cinsel uyum, anlayış ve yaklaşım farklılıkları ile ilişkiden kaynaklanan çeşitli cinsel sorunlar da neden olabilmektedir (46).

Kadında orgazma erişme olgusu, kadına ruhsal ve cinsel doyum sağlayan, haz veren sevgiyi de içeren içsel değer yaşantısı biçimidir. Kadının orgazma ulaşabilmesi, birbirini tamamlayan ve etkileyen bazı koşulların yerine getirilmesine bağlıdır. Bunlar fizyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel koşullardır (29).

Cinsel işlev bozukluğu çeşitli organik ve psikolojik nedenlerle oluşabilir (45,48). DM, vaskülojenik, nörolojik, endokrin, psikojenik ya da bu faktörlerin kombinasyonu ile kadın cinsel işlev bozukluğuna yol açmaktadır (21). Kadının cinsel aktivitedeki rolü ve kadındaki cinsel işlev bozukluğu, yıllarca erkekteki kadar yoğun biçimde araştırılmamış ve sorunun sadece psikolojik kaynaklı olduğuna inanılmıştır. Fakat son yıllarda yapılan araştırmalar, sorunun organik boyutunun da önemini ortaya çıkarmıştır (28, 45,48).

Organik nedenler:

Sistemik hastalıklar ve vasküler (damarsal) nedenler: Diyabet, kalp hastalığı, hipertansiyon, yüksek kolesterol düzeyleri gibi çeşitli sistemik sorunlar, arteriyoskleroz gibi damar yapısına ait sorunlar ve sigara alışkanlığı gibi nedenlerle cinsel organlara kan akımı bozulabilir.

Nörolojik nedenler: Nörolojik hastalıklar veya çeşitli nedenlerle (diyabet, travma, cerrahi girişim gibi) sinir zedelenmeleri sonucunda beyinden cinsel organlara giden mesaj engellenir. Omurilik yaralanmaları, epilepsi, multipl skleroz, serebrovasküler hastalıklar, Alzheimer ve Parkinson hastalığı, sinir sistemine ait enfeksiyonlar nedeniyle cinsel işlev bozukluğu oluşabilir.

Hormonal nedenler: Üreme organlarının gelişmesini ve cinsel aktivitenin çeşitli aşamalarının gerçekleşmesini sağlayan hormonların, kandaki düzeyleri azaldığında cinsel işlev bozukluğuna rastlanabilir.

Cerrahi girişimler: Üreme organlarına ait çeşitli cerrahi girişimler sinir zedelenmesine yol açabilmenin yanı sıra, hormonal dengeyi bozabilmekte ve

vücutta meydana getirdiği değişiklikler nedeniyle de cinsel işlev bozukluğuna neden olabilmektedir.

Tedavi ve ilaçlar: Çeşitli tedavi yöntemleri, bazı ilaçlar ve madde kullanım alışkanlıkları cinsel yaşamı çeşitli yönlerden etkiler. Kalp hastalıkları, hipertansiyon, depresyon, hormonal sorunlar, kanser ve mide yakınmalarının tedavisinde kullanılan bazı ilaçlarla bazı diüretikler kemoterapi ve radyoterapi cinsel işlevlerin bozulmasına yol açabilmektedir.

İleri yaş: Yaş arttıkça klitoris ve vajinadaki düz kas/ bağ doku oranı, bağ doku lehine artar. Bunun sonucunda klitoristeki sertleşme ve vajinadaki genişleme yeteneği bozulur.

Menopoz: Menopozla birlikte azalan östrojen hormonuna bağlı olarak, vajinanın boyutlarında küçülme ve ıslaklığında azalma sonucu cinsel ilişki sırasında ağrı oluşumu nedeniyle sekse olan ilgi azalır.

Psikolojik nedenler: Çocukluk çağı, yetiştirilme tarzı ve bu dönemde kazanılan çeşitli yaşam deneyimleri, alışkanlık ve takıntılar bireyin yaşamının sonraki aşamalarını da etkiler. Bozuk aile ilişkileri içinde, yanlış/yetersiz cinsel bilgilerle büyüyen ya da çocuklukta cinsel travma yaşayan bireylerde, cinsel işlev bozukluğuna yatkınlık oluşur (45,48).

Yaşamın ileri evrelerinde yaşanan cinsel başarısızlıklar, depresyon, aldatılma, hamilelik ve doğum sonrası ruhsal sorunlar, organik hastalıklara tepki, yaşlanma, partnerdeki cinsel sorunlar ve cinsel şiddete maruz kalma gibi nedenlerle cinsel işlev bozukluğu başlar. Çiftler arasındaki çekiciliğin

kaybolması, ilişkinin bozulması, kendine güvensizlik, cinsellikten ve başarısızlıktan korkma, cinsellik konusunda kalıplaşmış yanlış düşünceler, yetersiz önsevişme ve psikiyatrik rahatsızlıklar sorunun çözülmesini zorlaştırır. Özellikle sonradan edinilmiş orgazm bozukluklarında, organik nedenlere psikolojik kökenli sorunlar da eşlik edebilir. Çeşitli psikolojik faktörler arasında partnere karşı ilgi kaybı veya partner tarafından reddedilme korkusu, vajinaya zarar gelebileceği endişesi ve suçluluk duygusu ön plana çıkmaktadır (6,31,48).

Diyabetli kadın hastalara yardım etmenin anahtarı klinik muayenenin öykü alma kısmında cinsel sağlığı gündeme getirmektir. Sağlık çalışanları giderek daha fazla sayıda hasta görmeye zorlanmakta ve bu nedenle de her bir hastaya ayırdıkları zaman azalmaktadır. Bu zaman darlığı sağlık çalışanlarının hastaya cinsel sağlığı konusunu sormalarını güçleştirmektedir. Sağlık hizmeti verenler sorulacak doğru soru konusunda yeterince deneyimli olmayabilir ve bu nedenle de hasta için sıkıntı verici cinsel işlev bozukluğunu ortaya çıkaramayabilir ve bu sorun için güncel ve uygun tedavinin yapılmasını sağlamayabilir. Sağlık hizmeti sunan kişinin bu hassas konuda yardımcı olamaması gibi endişeler olsa da etkili tedavilerin sayısı giderek artmaktadır (15).

Hastanın güvenliğine ilişkin soruları sormak ne kadar rutin ise sağlık hizmeti veren kişinin hastanın yaşam kalitesinin önemli bir bileşeni olan cinsel işlevleri konusunda sorular sorabilmesi de o denli gereklidir. Sorular spesifik

olarak kadınlarda görülen dört tip cinsel işlev bozukluğuna odaklanmalıdır (4,6,9,15,23,31,33,34,45).

1. Hipoaktif cinsel istek bozukluğu veya libido azalması
2. Kadınlarda cinsel uyarılma bozukluğu
3. Kadınlarda orgazm bozukluğu
4. Kadınlarda cinsel ağrı bozukluğu

Cinsel tepki geçici bir dizi olayı ve birkaç evrenin koordinasyonunu içerir. Bu yüzden, bir alanı etkileyen sorunlar karışık bir düzende diğer bozukluklarla etkileşebilir. Her bozukluk birbirinden ayrı oluşur. Örneğin; bir kadında hipoaktif cinsel istek bozukluğu olmasına karşın uyarılabilir, cinsel istek uyandırılabilir ve hoşuna giden orgazm deneyimi yaşayabilir (15, 33).

Herhangi bir cinsel öykü alınması sırasında en önemli konu bu semptomun hasta için ne derecede önemli olduğu sorusudur. Ayrıca, yaşam döngüsü içerisinde cinsellikle ilişkili çeşitli değişiklikler ve cinsel isteğin veya yanıtın azalması laktasyon, çeşitli ilaçlar ve kemoterapi ajanlarının kullanılması sırasında ya da son zamanlarda eşin kaybedilmiş olması durumunda normal olabilir (15).

Cinsel işlev bozukluğu yakınması ile başvuran hastaya tam fizik muayene ve psikososyal değerlendirme yapıldıktan sonra, uluslararası ortak kullanılan yakınmalara yönelik cinsel işlev sorgulaması ve daha sonraki aşamada tanı

amaçlı çalışmalar yapılır. İdrar ve tam kan incelemesi (kan şekeri, kreatinin, kolesterol, trigliserid, karaciğer enzimleri gibi), hormon düzeyleri (FSH, LH; Ostradiol, Testosteron gibi) başvuru ilkin incelemelerdir. Sonrasında ise gerek görüldüğü takdirde ultrasonografi, vajinal pH ölçümü gibi ileri incelemelere de başvurulur (28, 48).

Eğer primer bakım önerileri hastanın cinsel sağlığına yeterince çare olamıyorsa, bir uzmana sevk göz önünde bulundurulmalıdır. Kadınlarda görülen cinsel işlev bozukluklarında uzman olan kişiler üroloji uzmanları, jinekoloji uzmanları, psikologlar veya psikiyatristler olabilir. Cinsel işlev bozukluğu hastanın genel zihinsel, fiziksel ve duygusal sağlığını yansıtan çok yönlü bir durum olduğundan ekip ruhuyla gerçekleştirilen bir yaklaşım özellikle yararlıdır (15).

1.8.6.2. Kadın Cinsel İşlev Bozukluğunda Tedavi Girişimleri

Cinsel işlev bozukluğu olan diyabetik bir kadını muayene ederken şunlara dikkat edilmelidir: semptomların süresi, psikolojik durum, kullanılan bazı ilaçlar, vaginit varlığı, sistit ve diğer enfeksiyonlar, cinsel birleşme sıklığı, tansiyon, beden kitle indeksi, retinanın durumu, pelvik muayene, boşalma varlığı, glisemik kontrol (32,44).

Eğer bir kadının cinsel işlev bozukluğu hafif ve kısa süreli ise, sağlık hizmeti sunan kişinin önereceği pratik ve kısa süreli bir tedavi girişimi etkili

olabilir. Yaşam olaylarını destekleyen tedaviler sıkıntılarını iyileştirebilir. Diğer tedavi seçenekleri uyku bozukluğunun ve eğer saptanırsa depresyonla ilişkili birçok somatik belirtinin tedavisidir. Kadınlarda görülen sekonder cinsel işlev bozukluklarıyla ilişkili birçok ilacın kesilmesi veya başka bir ilaçla değiştirilmesi de etkili olabilir. Bu ilaçlar antihistaminikler, antihipertansifler, antikolinerjikler ve sedatifler, hipnotikler, ağrı kesiciler, antiepileptik ilaçlar ve antidepressanlar gibi cinsel işlev bozukluğuyla ilişkili yan etkileri olan veya santral sinir sisteminde değişikliklere neden olan herhangi bir ilacı kapsamaktadır (15, 48).

Menopoz öncesi dönemde olan diyabetli kadınlarda veya östrojen replasman tedavisini engelleyen risk faktörlerine sahip menopoz sonrası kadınlarda vagina yağlayıcıları (lubrikanlar) yararlıdır (15).

Diğer tedaviler davranış değişiklikleri olabilir. Penisin vaginaya girişi veya itilişi sırasında ağrı hisseden kadınlar cinsel ilişki pozisyonunu değiştirerek daha fazla kontrol sağlayabilirler (yani; kadının üstte olması veya her iki partnerin yan yatar pozisyonda olması). Vaginismus da davranışsal tekniklerle önemli ölçüde düzeltilebilir (15).

Orgazmik kapasitede azalma, isteksizlikten, uyarılma eksikliği veya uyarılma durumunun yeterince uzun süre devam etmemesi ya da cinsel ilişki sırasında fiziksel açıdan rahatsız olma durumundan kaynaklanabilir. Orgazm bozukluğunun diyabetik nöropati ile ilişkili olduğunu varsaymadan önce,

hastaya diğer genital uyarılarla (elle, vibratörle veya partner tarafından) orgazm olup olmadığı sorulmalıdır. Orgazm güçlüğü çeken kadınlar belki de yalnızca daha yeterli klitoris uyarısına gereksinim duyabilir (15).

Klitoral Vakum Cihazı

Kadın cinsel işlev bozukluğu için 2000 yılı Mayıs ayında Food and Drug Administration (FDA) tarafından onaylanan ilk tedavidir (6).

Cinsel uyarılma ve orgazmik fonksiyon bozukluğunda kullanılan ve kadında seksüel cevabı arttıran mekanik cihazdır. Cinsel organlardaki kan dolaşımının yetersizliğine bağlı cinsel işlev bozukluğunu tedavi etmek amacıyla tasarlanan klitoral vakum cihazı klitoristeki kan dolaşımını ve düz kas oranını artırmada yarar sağlar. Bu mekanik cihaz, vakum özelliği ile klitoral vasküler engorjmanı arttırarak etkisini gösterir. Vücuda girmeden klitoriste yumuşak bir vakum etkisi oluşturur ve duyarlılığı, vajinal ıslaklığı, orgazmı yani genel anlamda doyumunu artırır (6,30,45,48). Cinsel işlev bozukluğu olan kadınlarda cihazın kullanımı sonrasında seksüel duyarlılıkta %100'e, doyumda %80'e ve vajinal ıslaklıkta %73'e varan artış bildirilmiştir (45,48).

Psikolojik danışma

Cinsel danışmanlık tüm tedavilerin önemli bir parçasını oluşturur ve danışmanlık verirken eşin de katılması tercih edilen bir durumdur (32,44).

Cinsel işlev bozukluğu yasayan hastalarda ve yanı sıra partnerlerinde çeşitli psiko-sosyal sorunlar da görülebilir. Bu psiko-sosyal sorunlar cinsel işlev

bozukluğında bazı zaman neden, bazı zaman da sonuç olarak karşımıza çıkar. Cinsel işlev bozukluğuyla başvuran çiftlerde psikolojik ve sosyal sorgulama sonucunda psikoterapi ve cinsel terapi uygulanması gerekebilir. Psikolojik danışma ve terapi desteği, sorunun tanımlanması ve çözümünde yardımcı olmasının yanı sıra, hastaya ve partnere sorunla baş edebilmede katkı sağlaması açısından çok önemlidir (28, 45,48).

Cinselliğin sağlık bakımının bir parçası olduğu tüm sağlık meslek örgütleri bakımından benimsenmektedir ancak sağlık profesyonellerinin zaman sınırlılığı, bilgi-eğitim eksikliği, cinsel davranış konusunda kişisel anksiyete nedeniyle hastaların cinsel davranışlarını görüşmede zorluk yaşadıkları belirtilmektedir. Sağlık profesyonelleri genellikle cinsel yaşam konusundaki bilgi eksiklikleri nedeniyle, hastalara öneride bulunmak ve danışmanlık hizmeti vermekte isteksiz davranabilmektedirler. Kişinin mahremiyeti ile ilgili konulara girilmesine karşın gösterilen doğal isteksizlik, cinsellikle ilgili tutumlarla da birleşince, cinsel konuların tartışılması daha da zorlaşmaktadır. Bakım sırasında, hastalık, prognozu ve tedavisine ilişkin eğitim, gerekli açıklamalar yapılır ve primer semptomların giderilmesine odaklanılır. Dolayısıyla fizyolojik bir gereksinim olan cinsel yaşamın sürdürülmesi çoğu zaman ikinci planda kalır (3).

Cinsel sağlık konusunun sağlık bakım profesyonelleri tarafından ele alınmasını engelleyen unsurların araştırıldığı bir çalışmada, hastaların bu konuyu çirkin bulmaları, sağlık profesyonellerinin hastaya cinsel sorunlar hakkında soru sormada, gereksinimi olup olmadığını algılamada ve sorunu

belirleyip uygun yanıtı verme konusunda bilgi eksikliklerinin olduğu belirlenmiştir.

Guthrie (1999), hemşirelerin büyük çoğunluğunun hastanın cinselliğinden sorumlu olduğunu kabul ettiğini, fakat hem hastanın hem de hemşirelerin bu konuyu konuşmaktan kaçındıklarını belirlemiştir (3).

Güvel S., Çulha F., Yaşar F. ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmaya katılan hemşirelerin tümü kadın cinsel sağlığı konusunda verilen eğitimi yetersiz bulmuş ve kadın cinsel fonksiyonları konusunda daha ileri bilgilere ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir (18).

Sağlık profesyonelleri hastaların normal cinsel fonksiyonunu geçici ya da kalıcı etkileyebilen hastalıkları bilmeli, uygun iletişim tekniklerini kullanarak hastalarla cinsel yaşamı konusunda konuşabilmeli, eğitim verebilmeli ve özel tedavi gerekli durumlarda ilgili uzmanlara yönlendirmelidir (3).

1.8.7. DİABETES MELLİTUS' TA HASTA EĞİTİMİ

Dünya Sağlık Örgütü' ne göre eğitim, diyabet tedavisinin temel taşıdır ve diyabetlinin toplum ile bütünleşmesinde yaşamsal önemi vardır (1).

Diyabetli bireyin eğitiminde ve eğitimin sürekliliğini sağlamada amaç ; bilgiyi bireyselleştirerek öz bakım planına yansıtma ve beceri kazandırmak, uygulamaya yansıtma (40).

Diyabetik hasta eğitimi, diyabetik hastanın kendisini daha iyi hissetmesini sağlamak, hastalığın daha iyi kontrolü ile oluşabilecek yan etkilerden korumak, tedavi giderlerini azaltmak, tedavi hatalarını azaltmak ve hastanın yeni teknolojiyi kullanabilir olmasını sağlamak amacıyla bilgi ve deneyimini arttırmak için sürdürülen bilgi ve deneyim aktarımı ile ilgili tüm çalışmaları içermektedir (1).

Yeni diyabet tanısı almış hastaların kendi kendine yönetimi için ileri düzeyde eğitim, uzun süredir diyabeti olan bireylerin ise diyabet yönetiminin tekrar gözden geçirilmeye, bu süre içinde bakım ve tedavideki eksiklikleri ya da yanlışları danışmanlık hizmeti ile gidermeye gereksinimi vardır (1).

Diyabetin tedavisinde, hastaların temel ve yaşamsal rolleri bulunmaktadır. Tanının konulduğu andan başlayarak hastalar kendi sağlıkları konusunda sorumluluk almalıdırlar (40).

Hastanın gelişim dönemine uygun düzenlenmiş bir eğitimin ana konuları aşağıdaki gibi olmalıdır:

- Diyabetin nedenleri
- İnsülinlerin saklanması
- İnsülin enjeksiyon teknikleri
- Kan glikozu ölçümü
- İnsülin dozlarının ayarlanması
- Hipoglisemi ve tedavisi
- Psikososyal sorunlar ve aile uyumu
- Hastalıklar sırasında diyabet tedavisinin düzenlenmesi
- Yolculukta diyabet bakımı
- Diyabet ve egzersiz
- Beslenme ilkeleri

- Kontrasepsiyon
- Diyabetin komplikasyonları
- Alkol (35).

Diyabetli kişilere bu konu hakkında gerekli eğitim verilmelidir. İdeal olarak diyabet eğitimi bu konuda özel eğitilmiş eğitimci ve diyetisyenler tarafından verilmelidir. Eğitimde yeni tanı koyulmuş olgulara yönelik bilgi ve beceri geliştirici programlar düzenlenmelidir (40).

Diyabet eğitiminde sağlık bakım uzmanlarının öncelikleri hastanın ve ailenin öncelikleri ile uyuşmayabilir. Bu yüzden diyabet eğitimcileri kişinin tutumlarını, inançlarını, öğrenme biçimini, yeteneğini ve öğrenmeye hazır bulunuşluğunu, sahip olduğu bilgi ve hedefleri tam olarak değerlendirmelidir. Eğitim programlarında, bireyler bütüncül olarak ele alınarak eğitim gereksinimlerinin karşılanması amaçlanmalıdır (40). Diyabet eğitiminin etkili olabilmesi için sürekli bir görüşme ve tekrarlara gereksinim vardır. Eğitimcilerin (doktorlar, hemşireler, diyetisyenler ve diğer sağlık bakım görevlileri) diyabet eğitiminde ve eğitim yöntemlerinde özel eğitime sahip olmaları önemlidir.

Saint Vincent Deklerasyonu (SVD) diyabet hemşiresinin diyabet eğitimindeki görev ve sorumluluklarını belirlemiştir. Buna göre diyabet hemşiresi :

- Eğitim programı içeriğini hazırlar ve eğitim materyallerini geliştirir.
- Grup eğitimi veya bireysel eğitim için programları organize eder, uygular, değerlendirir.

- Birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilişki içinde ve hastaları evlerinde ziyaret ederek eğitim ve bakım programlarını toplum sağlığı hizmetine uyarlar.
- Diyabetlilerle ilişkisi olan bireylere (oğretmen, tur düzenleyicisi gibi) eğitim programları geliştirir.
- Hastalara ve toplumdaki diyabetli bireyler için hizmetleri koordine eder.
- Bölgesel diyabet merkezlerindeki sağlık bakım elemanlarına kaynak birey olur, danışmanlık yapar.
- Diğer meslek yeleri ile ilişkiyi sağlar.
- Araştırmaya dayanan klinik uygulamalarda (kanıta dayalı bakım) aktif olur.
- Her düzeyde diyabetle ilgili eğitim programı geliştirilmesinde rol alır.

Diyabet hemşiresinin, SVD hedeflerini primer, sekonder ve tersiyer bakım düzeyleri için geliştirilmiş etkin eğitim programlarını uygulamada aktif sorumluluğu bulunmaktadır (40).

1.8.8. DİABETES MELLİTUS'TA HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

DM toplumda sık rastlanılan bir hastalık olması nedeni ile, hemşirelerin de toplumdaki riskli ve hasta bireylerle (poliklinik, hastane, sağlık ocağı gibi) her alanda karşılaşabileceklerinden, hemşire, diyabetin  düzey korunmasında aktif rol almaktadır (40).

Primer Koruma: Toplum içindeki risk gruplarını tanırlar, diyabetin ortaya çıkmasının önlenmesine veya başlama yaşının geciktirilmesi yönünde toplumdaki bireylere destek olur.

Sekonder Koruma: Hasta değerlerini, gereksinimlerini, öğrenme yeteneğini ve var olan kaynakları dikkate alarak, önerilen tedavinin yerine getirilmesi için eğitim programlarının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesini yapmak ve olası komplikasyonların önlenmesine yönelik önerileri hastalara sunmak ve onları eğiterek yaşamları konusundaki karar ve uygulamalarına etkin olmalarını sağlamak.

Tersiyer Koruma: Diğer sağlık bakım ekibi üyeleri ile işbirliği içinde olarak tüm diyabetik hastaların bağımsızlıklarını sağlamak, sorumluluk ve öz güvenlerinin gelişmesine katkıda bulunmak, rehabilitatif işlemlerde aktif olmak gibi sorumlulukları bulunmaktadır (40).

Diyabet hemşiresi, toplumda diyabetik hastalara ve aile üyelerine hastane ortamında ve hastane dışında bilgi sağlayan, becerileri ile diyabet yönetiminde rol alan Sağlık Bakanlığı' nın onayladığı diplomaya sahip, DM konusunda özel eğitim almış sağlık profesyonelidir. Toplumun bilinçlendirilmesinde ekip ile işbirliği yaparak doğru tutum ve davranış kazanmalarını sağlarlar.

Hemşireler bireye özgü hazırlanan, holistik bakış açısı ile geliştirilmiş bakım planlarını yönetirler ve hasta ve ailesinin eğitim gereksinimini karşılarlar (40).

St Vincent kararları ve ulusal diyabet programları doğrultusunda; diyabet hemşiresine sağlık ekibi içinde profesyonel rol ve sorumluluklar verilmiştir. Diyabet hemşiresi özel olarak eğitilerek diyabetli hastanın sürekli eğitiminde, tedavisinde ve sürekli izlem yaparak değerlendirilmesinde aktif rol alarak istenilen ulusal ve uluslararası hedefe ulaşmada görev almaktadır.

Diyabet hemşiresinin görev ve sorumlulukları:

- Hasta hakkında veri toplamak, bunları kaydetmek,
- Kan ve idrar ölçümü yapmak ve gelişimi izlemek,
- Temel beslenme konusunda hastayı bilgilendirmek,
- Hastaya ilaç tedavisi konusunda eğitim ve danışmanlık yapmak,
- Evde hastayı periyodik olarak izlemek ve yönetmek,
- Hastayı varolan kaynaklar konusunda bilgilendirmek,
- Sistem içinde sürekli eğitim ve danışmanlık yapmak,
- Bilimsel araştırmalarda yer almak,
- Çalışma sonuçlarını kanıtlamak ve bakıma yansıtmak,
- Diyabetik hasta ve yakınlarının eğitiminde rol almak (40).

Diyabetli hastada sık görülen hemşirelik tanıları şunlardır:

- ✓ Sağlığı Sürdürmede Değişiklik: (DM) Hakkında Bilgi Eksikliği

- ✓ Sağlığı Sürdürmede Değişiklik: Kan ve İdrar Testlerine İlişkin Bilgi Eksikliği
- ✓ Sağlığı Sürdürmede Değişiklik: Diyabette Beslenmeye İlişkin Bilgi Eksikliği
- ✓ Sağlığı Sürdürmede Değişiklik: İnsülin Enjeksiyonları Hakkında Bilgi Eksikliği
- ✓ Sağlığı Sürdürmede Değişiklik: Egzersiz Hakkında Bilgi Eksikliği
- ✓ Tedavi Rejiminin Etkisiz Yönetimi
- ✓ Enfeksiyon Riski (immün sistemin depresyonu, yetersiz dolaşım ve çevresel patojenlerle ilişkili)
- ✓ Sıvı Volüm Eksikliği (insülin fonksiyonunun azalması veya yokluğu ile ilişkili)
- ✓ Öz Güvende Bozulma
- ✓ Beslenmede Değişiklik: Beden Gereksinimlerinden Az Beslenme (genellikle IDDM)
- ✓ Beslenmede Değişiklik: Beden Gereksinimlerinden Fazla Beslenme (genellikle NIDDM)
- ✓ Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski (dolaşımın ve alt ekstremitelerdeki hissin azalması ile ilişkili)

- ✓ Seksüel Örüntülerde Değişim Riski (kadınlarda) (sık genitoüriner sorunlar meydana gelmesi, diyabetle ilişkili fiziksel ve psikolojik stresörlere bağlı)
- ✓ Seksüel Örüntülerde Değişim Riski (erkeklerde) (periferal nöropati ya da psikolojik çatışmalara sekonder, ereksiyon sorunları ile ilişkili)
- ✓ Etkisiz Bireysel Başetme (kronik hastalığa, özbakım rejiminin karmaşıklığına ve geleceğin belirsizliğine bağlı)
- ✓ Doku Perfüzyonunda Değişiklik (alt ekstremitelerdeki arteryal kan akımının azalmasına bağlı) (38).

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, diyabetli kadınların cinsel işlev bozukluklarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

2.2. KULLANILAN GEREÇLER

Diyabetli kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin hasta tanıtım formu ve diyabetli kadınlarda, cinsel işlev bozukluğunu incelemek amacıyla Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) (Female Sexual Function Index – FSFI) kullanılmıştır.

I. Hasta Tanıtım Formu; Diyabetli kadınların sosyodemografik özellikleri; yaş, eğitim durumu, mesleği, diyabet tipi, ilaç kullanımı, hastalığı kabullenme, diyabet ile ilgili bir komplikasyon gelişme durumu (EKI).

II. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ); Rosen ve ark. tarafından ABD’ de 2000 yılında, kadın cinsel işlevinin değerlendirilmesi amacıyla, 19 maddelik çok boyutlu bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Bu ölçek son 4 haftadaki cinsel sorunları veya işlevi değerlendirmektedir (EKII).

Ölçeğin yapısında; istek, uyarılma, kayganlaşma (yağlanma, ıslanma), orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere 6 alt boyut bulunmaktadır. Cinsel istek veya ilgi sıklığı ve seviyesi 1. ve 2. sorularda (puan aralığı 1-5); uyarılma sıklığı, seviyesi, emin olma durumu ve doyumunu 3-6. sorularda (puan aralığı 0-5);

lubrikasyon (kayganlaşma) sıklığı, zorluğu, cinsel ilişkide koruyabilme sıklığı ve zorluğu 7-10. sorularda (puan aralığı 0-5); orgazm sıklığı, zorluğu ve doyumunu 11-13. sorularda (puan aralığı 0-5); doyum eşiyle yakınlık oranı, cinsel ilişkide ve tüm cinsel yaşamında doyum seviyesi 14-16. sorularda (puan aralığı 0-1 ile 5); ağrı veya rahatsızlık vaginaya giriş sırasında ağrı varlığı, vaginaya girişi takiben, girişte ve takiben ağrı seviyesi 17-19. sorularda (puan aralığı 0-5) ele alınıp değerlendirilmektedir. Buna göre ölçekten alınabilecek en yüksek ham puan 95.0 en düşük ham puan ise 4.0' dır. Basit matematiksel algoritma hesaplaması alt boyutların ve bileşik tüm ölçeğin puanlamasını belirlemek için düzenlenmiş ve faktör yükleri; istek için 0,6; uyarılma ve kayganlaşma için 0,3; orgazm, doyum ve ağrı için 0,4 olarak belirlenmiştir. Alt boyut ortalamaları faktör yükleriyle çarpıldıktan sonra ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36.0 en düşük puan ise 2.0 olarak hesaplanmıştır (41). KCIÖ toplam puanının 26.55' in altında olması cinsel işlev bozukluğu olduğunu gösterir (7). Bu çalışmada hastaların KCIÖ toplam puanı 67.47 ± 17.91 , minimum puan 5.0, maksimum puan 94.0 olarak bulunmuştur.

Testin güvenilirliği iki şekilde değerlendirilmiştir; iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenilirliği Cronbach' s Alpha ile 6 alt boyut için ayrı ayrı belirlenmiş ve değerleri 0.82 ve daha yüksek bulunmuştur (41).

Ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aygin ve Aslan (2004) tarafından yapılmıştır. Güvenirlik çalışmasında, test-tekrar test korelasyon kat

sayısı 0.75, iç tutarlılık analizi Cronbach' s Alpha katsayısı 0.98 olarak tespit edilmiştir. Bu verilere göre KCIÖ' nün Türk kadınında kullanımının uygun olduğu, kadın cinsel işlevini doğru bir şekilde sınavabileceği bulunmuştur. Bu sonuçlar KCIÖ' nin Türk kadını için güvenle kullanılabilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermiştir (41). KCIÖ kullanımı kolay olması, göreceli olarak kısa olması, çok boyutlu olması ve uyarılma, orgazm, cinsel istek bozuklukları için Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV) temelli geçerliliği olması nedeniyle konuyla ilgili çalışmalarda en çok kullanılan ölçektir (28).

Bu çalışmada, kadın cinsel işlev ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0.97 bulunmuştur. Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı, ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının, homojenliğinin bir ölçüsüdür. Güvenirlik korelasyon katsayısı (r) ile belirlenir ve güvenilirlik katsayısı 0 ile 1 arasında değişen değerler alır. Değer 1' e yaklaştıkça güvenirliliğin yüksek olduğu kabul edilir (25).

2.3. KULLANILAN YÖNTEM

Araştırma verileri, hasta tanıtım formu ve KCIÖ kullanılarak, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği Endokrinoloji Polikliniği'nde izlenen ve Ege Diyabetle Yaşamı Kolaylaştırma Derneği' ne

kayıtlı, araştırmanın örneklem seçim ölçütlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlarla yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

2.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma verileri, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği Endokrinoloji Polikliniği'nde ve Ege Diyabetle Yaşamı Kolaylaştırma Derneği'nde, Nisan 2006-Mayıs 2007 tarihleri arasında toplanmıştır.

2.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği Endokrinoloji Polikliniği'nde izlenen ve Ege Diyabetle Yaşamı Kolaylaştırma Derneği'ne kayıtlı diyabetik kadın hastalar oluşturmuştur.

2.6. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini, Nisan 2006-Mayıs 2007 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği Endokrin Polikliniği'nde izlenen ve Ege Diyabetle Yaşamı Kolaylaştırma Derneği'ne kayıtlı, araştırmaya katılmayı kabul eden, araştırmanın örneklem seçim ölçütlerine uyan, cinsel partneri olan, okuma yazma bilen 150 diyabetli kadın hasta oluşturmuştur.

2.7. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın Bağımlı Değişkeni: Diyabetli kadınların, kadın cinsel işlev ölçeği puan ortalamalarıdır.

Araştırmanın Bağımsız Değişkeni: Diyabetli kadınların yaşı, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, diyabet tipi, diyabet süresi, ilaç kullanımı, hastalığı kabullenme durumu, HbA_{1C} değeri, psikolojik destek alma durumu, diyabet ile ilgili komplikasyon gelişimi vb. araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

2.8. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRESİ

Çalışmanın verileri, Nisan 2006-Mayıs 2007 tarihleri arasında, hasta tanıtım formu ve KCIÖ ile hastalarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

2.9. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Diyabetli kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin hasta tanıtım formu ve KCIÖ'nden elde edilen verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Science) for Windows paket programı versiyon 15.0 kullanılmıştır.

- ✓ Tanıtıcı özelliklerin sayı yüzde dağılımı, tanıtıcı bilgiler ile kadın cinsel işlev ölçeği puan ortalaması t test,
- ✓ Kadın cinsel işlev ölçeği puan ortalamaları,

- ✓ Diyabet tipi, çocuk sahibi olma durumu ve diyabete bağlı cinsel sorun yaşama durumu ile kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalaması arasında Independent Samples t testi analizi,
- ✓ Yaş grupları, beden kitle indeksi, öğrenim durumu, meslek, çocuk sayısı, DM tanısı alma süresi, HbA1C değeri ve gelişen komplikasyon durumu ile kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalaması arasında varyans analizi (tek yönlü ANOVA) yapılmıştır.

2.10. SÜRE VE OLANAKLAR

Ekim 2005-Mart 2006 tarihleri arasında çalışmanın konusunu belirleme, literatür tarama ve tez önerisi hazırlamaya ayrılmış, Mart 2006' da tez önerisi olarak sunulmuştur. Mart- Nisan 2006 tarihleri arasında hastane ve dernekten uygulama izinleri alınmıştır. Nisan 2006-Mayıs 2007 tarihleri arasında veri toplanmıştır. Haziran-Eylül 2007 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanan verilerin analiz ve değerlendirme çalışmaları yürütölerek, araştırma raporu “ Yüksek Lisans Tez Çalışması “ olarak sunulmuştur.

2.11. ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırmanın yapılacağı Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi' nden araştırmanın yapılabilmesi için yazılı izin (Ek IV), Ege Diyabetle Yaşamı Kolaylaştırma Derneği' nden sözlü izin alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınacak kadınlara, araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlarla çalışma yürütülmüştür.

Araştırma verileri toplanırken kadınlarla yalnız görüşülerek, elde edilen kişisel bilgilerin gizli tutulacağı belirtilmiştir.

Araştırmada kullanılacak Kadın Cinsel İşlev leği' ni kullanabilmek için, ülkemizde geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmış olan yazarlardan izin alınmıştır. (Ek III).

Çalışmanın uygulanabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu' ndan izin alınmıştır (Ek V).

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. Araştırmaya Katılan Hastalara Ait Tanıtıcı Bilgilere İlişkin Bulgular

Tablo 3. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	Sayı (N)	Yüzde (%)
Yaş grubu		
26-30 yaş	5	3,3
31-35 yaş	13	8,7
36-40 yaş	26	17,4
41-45 yaş	34	22,7
46-50 yaş	37	24,7
51-55 yaş	25	16,6
56-60 yaş	10	6,6
Beden Kitle İndeksi (BKİ)		
Düşük kilolu (10-18)	2	1,3
Normal kilolu (19-25)	66	44
Fazla kilolu (26-30)	59	39,3
Obez (31-40)	23	15,4

Öğrenim Durumu		
İlkokul-ortaokul mezunu	17	11,3
Lise ve dengi okul mezunu	72	48,0
Yüksekokul/fakülte mezunu	61	40,7
Meslek		
Ev hanımı	55	36,7
Memur	33	22,0
Serbest meslek	30	20,0
Emekli	32	21,3
En Uzun Süre Yaşadığı Yer		
Kasaba	5	3,3
Şehir	145	96,7
Medeni Durum		
Evli	150	100

Çocuk sahibi olma durumu		
Olan	139	92,7
Olmayan	11	7,3
Ara Toplam	150	100
Çocuk sayısı		
1 çocuk	34	24,5
2 çocuk	57	41,0
3 çocuk	37	26,6
4 ve ↑ çocuk	11	7,9
Toplam	139	100

Tablo 3' te araştırmaya katılan hastaların sosyo – demografik özelliklerine ilişkin dağılımları verilmiştir. Bu sonuca göre, hastaların % 3,3' ü (n=5) 26-30 yaş, % 8,7' si (n=13) 31-35 yaş, % 17,4' ü (n=26) 36-40 yaş ve % 22,7' si (n=34) 41-45 yaş, % 24,7' si (n=37) 46-50 yaş, % 16,6' sı (n=25) 51-55 yaş ve % 6,6' sı (n=10) 56-60 yaş grubunda olan hastalardır.

Araştırmaya katılan hastaların % 1,3' ü (n=2) düşük kilolu, % 44' ü (n=68) normal kilolu, % 39,3' ü (n=59) fazla kilolu, % 15,4' ü (n=23) obezdir.

Araştırmaya katılan hastaların öğrenim durumları incelendiğinde, % 48' i (n=72) lise ve dengi okul mezunu, % 40,7' si (n=61) yüksekokul/fakülte mezunu, % 11,3' ü (n=17) ilkokul mezunu olduğunu bildirmiştir.

Hastaların % 36,7' si (n=55) ev hanımı, % 22' si (n=33) memur, % 20' si (n=30) serbest meslek, % 21,3' ü (n=32) emeklidir.

Hastaların en uzun süre yaşadığı yer incelendiğinde, % 69,7' si (n=145) şehirde, % 3,3' ü (n=5) kasabada yaşadığını bildirmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların tamamı (n=150) evli olduğunu bildirmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların % 92,7' si (n=139) çocuk sahibi olduğunu, % 7,3' ü (n=11) çocuk sahibi olmadığını bildirmiştir. Çocuk sahibi olan hastaların % 24,5' i (n=34) 1 çocuk, % 41' i (n=57) 2 çocuk, % 26,6' sı (n=37) 3 çocuk, % 7,9' u (n=11) 4 ve üzeri çocuk sahibi olduğunu bildirmiştir.

3.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalığa İlişkin Bulguları

Tablo 4. Hastaların Diyabet Tipi Ve Diyabet Tedavisi İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER	Sayı (N)	Yüzde (%)
Diyabet Tipi		
Tip 1 DM	91	60,7
Tip 2 DM	59	39,3
Diyabet Süresi		
1-5 yıl	54	36,0

6-10 yıl	58	38,7
11-15 yıl	27	18,0
16-20 yıl	11	7,3
HbA1C		
% 6,5-7,0	49	32,7
% 7,1-8,0	66	44,0
% 8,1- 9,0	29	19,3
% 9,0 ve ↑	6	4,0
İlaç Kullanım Durumu		
Kullanan	145	96,7
Kullanmayan	5	3,3
Kontrollerini Düzenli Yaptırma Durumu		
Yaptıran	145	96,7
Yaptırmayan	5	3,3
Ara Toplam	150	100

Kullanılan İlaç		
İnsülin	37	25,5
Oral antidiyabetik ilaç	19	13,1
İnsülin+tıbbi beslenme tedavisi+egzersiz	54	37,2
Oral antidiyabetik+tıbbi beslenme tedavisi+egzersiz	35	24,2
Kontrollerini Yaptırma Sıklığı		
3 ayda bir	29	20,0
6 ayda bir	31	21,4
Yılda bir	77	53,1
2-3 yılda bir	6	4,1
4-5 yılda bir	2	1,4
Toplam	145	100

Tablo 4' te araştırmaya katılan hastaların diyabet tipi ve diyabet tedavisi ile ilgili özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Hastaların % 60,7' si (n=91) Tip 1 DM, % 39,3' ü (n=59) Tip 2 DM tanısı almıştır.

Araştırmaya katılan hastaların DM tanısı alma süreleri incelendiğinde % 36' sı (n=54) 1-5 yıl, % 38,7' si (n=58) 6-10 yıl, % 18' i (n=27) 11-15 yıl, % 7,3' ü (n=11) ise 16-20 yıl süredir DM tanısı aldığını bildirmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların büyük bir çoğunluğu (% 96,7–n=145) diyabet tedavisi için ilaç kullanırken, % 3,3' ü (n=5) ilaç kullanmadığını bildirmiştir. İlaç kullanan hastaların % 25,5' i (n=37) insülin, % 13,1' i (n=19) oral antidiyabetik ilaç, % 37,2' si (n=54) insülin+tıbbi beslenme tedavisi+egzersiz, % 24,2' si (n=35) oral antidiyabetik+tıbbi beslenme tedavisi+egzersiz tedavisi aldığını bildirmiştir.

Hastaların % 96,7' si (n=145) diyabet ile ilgili kontrollerini düzenli olarak yaptırırken, % 3,3' ü (n=5) kontrollerini düzenli olarak yaptırmadığını bildirmiştir. Kontrollerini düzenli olarak yaptıran hastaların % 20' si (n=29) 3 ayda bir, % 21,4' ü (n=31) 6 ayda bir, % 53,1' i (n=77) yılda bir, % 4,1' i (n=6) 2-3 yılda bir, % 1,4' ü (n=2) 4-5 yılda bir kontrollerini yaptırdığını bildirmiştir. Kontrollerini yaptırmayan 5 hastadan 3' ü kendini iyi hissettiği için, diğer 2 hasta da ekonomik nedenlerle (sosyal güvencesinin olmaması) yaptırmadığını bildirmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların % 44' nün (n=66) HbA1C değeri %7,1-8,0 arasında, % 32,7' nin (n=49) % 6,5-7,0 arasında, % 19,3' nün (n=29) % 8,1-9,0 arasında, % 4' nün (n=6) ise % 9,1 ve daha üzerindedir.

3.3. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalığı Kabullenme Ve Diyabete Bağlı Sorun Yaşama Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 5. Hastaların Diyabete Bağlı Sorunlarına Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	Sayı (N)	Yüzde (%)
Hastalığı kabullenmede zorluk yaşama durumu		
Yaşayan	60	40,0
Yaşamayan	90	60,0
Psikolojik destek alma durumu		
Alan	3	2,0
Almayan	147	98,0
Diyabete bağlı kendinden utanma durumu		
Yaşayan	11	7,3
Yaşamayan	139	92,7
Komplikasyon gelişme durumu		
Gelişen	35	23,3
Gelişmeyen	115	76,7

Ara Toplam	150	100
Gelişen Komplikasyon		
Retinopati	8	23,0
Mantar enfeksiyonu	25	71,5
Diğer (Nöropati, insulin antikoru gelişmesi)	2	5,5
Toplam	35	100

Araştırmaya katılan hastaların diyabete bağlı sorun yaşama durumlarının dağılımı tablo 5' teki gibidir. Hastaların % 60' ı (n=90) hastalığı kabullenmede sorun yaşarken % 40' ı (n=60) sorun yaşamadığını bildirmiştir.

Hastaların % 2' si (n=3) hastalığı kabullenme aşamasında psikolojik destek aldığını bildirirken, % 98' i (n=147) almadığını bildirmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların diyabete bağlı komplikasyon gelişme durumları incelendiğinde, hastaların % 23,3' ü (n=35) komplikasyon geliştiği, % 76,7' si (n=115) komplikasyon gelişmediğini bildirmiştir. Komplikasyon gelişen hastaların % 23' nde (n=8) retinopati, % 71,5' nde (n=25) mantar enfeksiyonu, % 5,5' nde (n=2) nöropati ve insulin antikoru geliştiği bildirilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların % 7,3' ü (n=11) diyabete bağlı kendinden utanıldığını bildirirken büyük bir çoğunluğu (% 92,7-n=139) böyle bir durum yaşamadığını bildirmiştir. Diyabete bağlı kendinden utanan hastaların % 72,7' si

(n=8) dışarıda başka insanların yanında insülin yapmaktan, % 18,2' si (n=2) kendisini bazı işlerde yetersiz bulmaktan, % 9,1' i (n=1) hareketli hayattan düzensiz hayata geçip hızlı kilo almaktan dolayı utandığını bildirmiştir.

Tablo 6. Hastaların Cinsel Yaşamlarında Diyabete Bağlı Sorun Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	Sayı (N)	Yüzde (%)
Cinsel yaşamında sorun yaşama durumu		
Yaşayan	14	9,3
Yaşamayan	136	90,7
Toplam	150	100
Bu sorun ile ilgili yardım alma durumu		
Alan	1	0,7
Almayan	13	8,6
Sorun yaşamayan	136	90,7
Toplam	150	100

Tablo 6' da araştırmaya katılan hastaların cinsel yaşamlarında diyabete bağlı sorun yaşama durumlarının dağılımı verilmiştir. Hastaların % 9,3' ü

(n=14) cinsel yaşamında sorun yaşarken % 90,7' si (n=136) böyle bir durum yaşamadığını bildirmiştir.

Diyabete bağlı cinsel yaşamında sorun yaşadığını bildiren hastalardan (n=14) yalnızca 1 kişi (n=1) bu sorunu ile ilgili bir yardım aldığını bildirmiştir.

3.4. Araştırmaya Katılan Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Puan Ortalamaları ile Sosyo-Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular

Tablo 7. Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Yaş Grupları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Yaş Grubu	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Durumu		
	N	X	Ss
26 – 30 yaş	5	80.80	13.60
31 – 35 yaş	13	74.92	22.55
36 – 40 yaş	26	78.73	11.22
41 – 45 yaş	34	68.11	13.09
46 – 50 yaş	37	65.32	17.04
51 – 55 yaş	25	57.08	19.09
56 – 60 yaş	10	53.60	19.00

Toplam	150	67.47	17.91
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması
Gruplar arası	9714.67	6	1619.11
Grup içi	38118.71	143	266.564
Genel	47833.39	149

F=6.07; p=0,000<0,05

Tablo 7' de hastaların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir. Yapılan varyans analizinde hastaların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamaları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F=6.0; p=0,000<0,05).

Gruplar arasında çıkan farklılığın nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri Bonferroni ve Post Hoc testi analizlerinde 51-55 yaş ve 56-60 yaş grubundaki hastalar ile diğer gruptaki hastalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Tablo 8. Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Beden Kitle İndeksi (BKİ) Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Beden Kitle İndeksi (BKİ)	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Durumu		
	N	X	Ss
Düşük kilolu (10-18)	2	51.50	48.79
Normal kilolu (19-25)	66	75.43	12.04
Fazla kilolu (26-30)	59	65.03	14.61
Obez (31-40)	23	52.26	24.55
Toplam	150	67.47	17.91
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması
Gruplar arası	10372.26	3	3457.42
Grup içi	37461.12	146	256.58
Genel	47833.39	149

$$F=13,4; p=0,000<0,05$$

Hastaların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamasının beden kitle indeksine göre dağılımı tablo 8' de verilmiştir. Yapılan varyans analizinde kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalaması ile beden kitle indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=13,47; p=0,000<0,05$).

Gruplar arasında çıkan farklılığın nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri Bonferroni ve Post Hoc testi analizlerinde normal kilolu hastalar ile fazla kilolu hastalar, normal kilolu hastalar ile obez hastalar ve fazla kilolu hastalar ile obez hastalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Tablo 9. Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Öğrenim Durumları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Öğrenim Durumu	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Durumu		
	N	X	Ss
İlkokul-ortaokul mezunu	17	52.52	21.03
Lise ve dengi okul mezunu	72	67.98	12.91
Yüksekokul/fakülte mezunu	61	71.03	20.13
Toplam	150	67.47	17.91
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması
Gruplar arası	4588.23	2	2294.11
Grup içi	43245.15	147	294.18
Genel	47833.39	149

$$F=7,79; p=0,001<0,05$$

Hastaların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamasının öğrenim durumuna göre dağılımı tablo 9’ da verilmiştir. Yapılan varyans analizinde kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalaması ile öğrenim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=7,79; p=0,001<0,05$).

Gruplar arasında çıkan farklılığın nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri Bonferroni ve Post Hoc testi analizlerinde bu farklılığın ilkökul-ortaokul mezunu hastalar ile lise ve dengi okul mezunu hastalar ve ilkökul-ortaokul mezunu hastalar ile yüksekokul/fakülte mezunu hastalar arasında olduğu saptanmıştır.

Tablo 10. Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Meslekleri Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Meslek Durumu	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Durumu		
	N	X	Ss
Ev hanımı	55	64.29	18.22
Memur	33	71.72	14.91
Serbest meslek	30	78.20	12.98
Emekli	32	58.50	18.59
Toplam	150	67.47	17.91

Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması
Gruplar arası	7182.70	3	2394.23
Grup içi	40650.69	146	278.42
Genel	47833.39	149

$F=8,59; p=0,000<0,05$

Hastaların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamasının meslek durumuna göre dağılımı tablo 10' da verilmiştir. Yapılan varyans analizinde kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalaması ile meslek durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=8,59; p=0,000<0,05$).

Gruplar arasında çıkan farklılığın nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri Bonferroni ve Post Hoc testi analizlerinde bu farklılığın serbest meslek sahibi hastalar ile ev hanımı olan hastalar ve serbest meslek sahibi hastalar ile emekli olan hastalar arasında olduğu saptanmıştır.

Tablo 11. Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Çocuk Sahibi Olma Durumları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Çocuk sahibi olma durumu	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Durumu		
	N	X	Ss
Olan	139	67.14	17.53
Olmayan	11	71.63	22.76
Toplam	150		

$F=0,73$; $p=0,42>0,05$ (serbestlik derecesi=148)

Tablo 11’ de hastaların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamalarının çocuk sahibi olma durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Yapılan t testi analizinde hastaların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamaları ile çocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=0,73$; $p=0,42>0,05$).

Tablo 12. Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Çocuk Sayısı Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Çocuk Sayısı	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Durumu		
	N	X	Ss
1 çocuk	34	72.29	22.27
2 çocuk	57	66.15	17.47
3 çocuk	37	66.00	14.02
4 çocuk ve ↑	11	60.18	5.84
Toplam	139	67.14	17.53
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması
Gruplar arası	1538.84	3	512.94
Grup içi	40908.27	135	303.02
Genel	42447.12	138

$$F=1,69; p=0,17>0,05$$

Hastaların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamasının çocuk sayısına göre dağılımı tablo 12' de verilmiştir. Yapılan varyans analizinde kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalaması ile çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=1,69; p=0,17>0,05$).

3.4.1. Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Hastalığa İlişkin Özelliklere Ait Bulgular

Tablo 13. Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Diyabet Tipi Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Diyabet Tipi	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Durumu		
	N	X	Ss
Tip 1 DM	91	72.34	17.44
Tip 2 DM	59	59.96	16.06
Toplam	150		

F=0,97; p=0,000<0,05 (serbestlik derecesi 148)

Tablo 13’ de hastaların kadın cinsel işlev ölçeği puan ortalamalarının diyabet tipine göre dağılımı verilmiştir. Yapılan t testi analizinde hastaların kadın cinsel işlev ölçeği puan ortalamaları ile diyabet tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F=0,97; p=0,000<0,05).

Tablo 14. Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Diabetes Mellitus Tanısı Alma Süreleri Arasındaki İlişkinin Dağılımı

DM Tanısı Alma Süresi	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Durumu		
	N	X	Ss
1-5 yıl	54	66.12	16.10
6-10 yıl	58	66.74	18.77
11-15 yıl	27	74.11	14.17
16-20 yıl	11	61.63	26.62
Toplam	150	67.47	17.91
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması
Gruplar arası	1692.96	3	564.32
Grup içi	46140.42	146	316.03
Genel	47833.39	149

$$F=1,78; p=0,15>0,05$$

Hastaların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamalarının DM tanısı alma sürelerine göre dağılımı tablo 14' te verilmiştir. Yapılan varyans analizi sonucunda hastaların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamaları ile DM tanısı alma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=1,78; p=0,15>0,05$).

Tablo 15. Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile HbA1C Değerleri Arasındaki İlişkinin Dağılımı

HbA1C Değeri	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Durumu		
	N	X	Ss
% 6,5-7	49	72.57	18.78
% 7,1-8	66	66.15	14.65
% 8,1-9	29	64.93	19.61
% 9,1 ve ↑	6	52.66	25.58
Toplam	150	67.47	17.91
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması
Gruplar arası	2891.71	3	963.90
Grup içi	44941.68	146	307.82
Genel	47833.39	149

$$F=3,13; p=0,02<0,05$$

Hastaların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamasının HbA1C değerlerine göre dağılımı tablo 15' te verilmiştir. Yapılan varyans analizinde kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalaması ile HbA1C değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=3,13; p=0,02<0,05$).

Gruplar arasında çıkan farklılığın nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri Bonferroni ve Post Hoc testi analizlerinde bu farklılığın HbA1C değeri % 6,5-7 olan hastalar ile HbA1C değeri % 9,1 ve ↑ olan hastalar, HbA1C değeri % 7,1-8 olan hastalar ile HbA1C değeri % 9,1 ve ↑ olan hastalar arasında olduğu saptanmıştır.

Tablo 16. Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Gelişen Komplikasyon Durumları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Gelişen Komplikasyon Durumu	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Durumu		
	N	X	Ss
Retinopati	8	61.62	19.95
Mantar enfeksiyonu	25	60.56	18.16
Diğer (nöropati,insulin antikorü gelişmesi)	2	63.00	8.48
Toplam	35	60.94	17.82
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması
Gruplar arası	15.85	2	7.92
Grup içi	10782.03	32	336.93

Genel	10797.88	34
--------------	----------	----	------

$F=0,02; p=0,97>0,05$

Hastaların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamasının gelişen komplikasyon durumu ile ilişkisinin dağılımı tablo 16' da verilmiştir. Yapılan varyans analizinde kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalaması ile gelişen komplikasyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=0,02; p=0,97>0,05$).

Tablo 17. Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Diyabete Bağlı Cinsel Sorun Yaşama Durumları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Cinsel Sorun Yaşama Durumu	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Durumu		
	N	X	Ss
Yaşayan	14	43.00	20.36
Yaşamayan	136	69.99	15.67
Toplam	150		

$F=3,12; p=0,000<0,05$ (serbestlik derecesi 148)

Tablo 17' de hastaların kadın cinsel işlev ölçeği puan ortalamalarının diyabete bağlı cinsel sorun yaşama durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Yapılan t testi analizinde hastaların kadın cinsel işlev ölçeği puan ortalamaları

ile diyabete bağlı cinsel sorun yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=3,12$; $p=0,000<0,05$).

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. Araştırmaya Katılan Hastalara Ait Tanıtıcı Bilgilere İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında toplam 150 hasta bulunmaktadır.

Hastaların % 3,3' ü 26-30 yaş, % 8,7' si 31-35 yaş, % 17,4' ü 36-40 yaş, % 22,7' si 41-45 yaş, % 24,7' si 46-50 yaş, % 16,6' sı 51-55 yaş ve % 6,6' sı 56-60 yaş grubunu oluşturmaktadır (Tablo 3). Araştırmaya katılan hastaların yaklaşık olarak yarısı 41-50 yaş aralığında bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların % 1,3' ü düşük kilolu, % 44' ü normal kilolu, % 39,3' ü fazla kilolu ve % 15,4' ü obez beden kitle indeksine sahiptir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan hastaların öğrenim durumları incelendiğinde % 11,3' ü ilkokul-ortaokul mezunu, % 48' i lise ve dengi okul mezunu ve % 40,7' si yüksekokul/fakülte mezunu olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Hastaların % 36,7' si ev hanımı, % 22' si memur, % 20' si serbest meslek sahibi ve % 21,3' ü emekli olduğunu bildirmiştir (Tablo 3).

Hastaların en uzun süre yaşadığı yer % 96,7 şehir, % 3,3 kasaba olarak bildirilmiştir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan hastaların hepsi evli olduğunu belirtmiştir (Tablo 3).

Hastaların % 92,7' si çocuk sahibi olduğunu, % 7,3' ü çocuk sahibi olmadığını bildirmiştir. Çocuk sahibi olan hastaların % 24,5' i 1 çocuk, % 41' i

2 çocuk, % 26,6' sı 3 çocuk, % 7,9' u 4 ve üzeri çocuk sahibi olduğunu bildirmiştir (Tablo 3).

4.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalığa İlişkin Bulguları

Araştırmaya katılan hastaların diyabet tipi incelendiğinde, % 60,7' sinin Tip 1 DM, % 39,3' ünün Tip 2 DM olduğu görülmektedir (Tablo 4).

Hastaların DM tanısı alma süreleri incelendiğinde, % 36' sının 1-5 yıl, % 38,7' sinin 6-10 yıl, % 18' inin 11-15 yıl ve % 7,3' ünün 16-20 yıl süredir DM hastası olduğu görülmektedir (Tablo 4).

Hastaların % 96,7' si diyabet ile ilgili ilaç kullandığını bildirirken % 3,3' ü diyabet ile ilgili ilaç kullanmadığını bildirmiştir (Tablo 4).

Araştırmaya katılan hastaların % 95,3' ü diyabet ile ilgili kontrollerini düzenli olarak yaptırdığını, % 4,7' si diyabet ile ilgili kontrollerini düzenli olarak yaptırmadığını bildirmiştir. Kontrollerini düzenli olarak yaptıran hastaların % 20' si 3 ayda bir, % 21,4' ü 6 ayda bir, % 53,1' i yılda bir, % 4,1' i 2-3 yılda bir, % 1,4' ü 4-5 yılda bir kontrollerini yaptırdığını bildirmiştir (Tablo 4). Hastaların büyük çoğunluğunun kontrollerini düzenli olarak yaptırması hastalıklarının önemsediklerini göstermektedir.

Hastaların HbA1C değerleri incelendiğinde, % 32,7' sinin % 6,5-7, % 44' ünün % 7,1-8, %15,3' ünün % 8,1-9 ve % 4' ünün % 9,1 ve üzerinde olduğu görülmektedir (Tablo 4). Hastaların, büyük çoğunluğunun, kontrollerini düzenli

olarak yaptirmalarına karşın, HbA1C değerlerinin yüksek düzeylerde çıkması, hastaların önerilenlere yeteri kadar uymadığını düşündürmektedir. Bu konuya hasta eğitim ve kontrollerinde daha fazla dikkat edilmelidir.

4.3. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalığı Kabullenme Ve Diyabete Bağlı Sorun Yaşama Durumlarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların % 40' ı diyabet tanısı konulduğunda hastalığı kabullenme aşamasında zorluk yaşadığını, % 60' ı ise herhangi bir zorluk yaşamadığını bildirmiştir. Hastaların % 2' si hastalığı kabullenme aşamasında psikolojik destek aldığını, % 98' i psikolojik destek almadığını bildirmiştir (Tablo 5). Bu bulgular hastaların yarısından fazlasının hastalığı kabullenme aşamasında zorluk yaşamadığını göstermektedir. Diyabet gibi kronik hastalıkların ortaya çıkmasından sonraki evreler bireyden bireye farklılık göstermesine karşın, hastalığı kabullenmede zorluk yaşama görülebilmektedir.

Hastaların % 23,3' ünde diyabet ile ilgili bir komplikasyon geliştiği, % 76,7' sinde ise gelişmediği saptanmıştır. Diyabet ile ilgili bir komplikasyon gelişen hastaların % 23' ü retinopati, % 71,5' i mantar enfeksiyonu, % 5,5' i ise diğer (nöropati, insülin antikoru gelişmesi) komplikasyonların geliştiğini bildirmiştir (Tablo 5). Bu bulgular hastaların büyük çoğunluğunda komplikasyon gelişmediğini göstermektedir. Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun diyabet yaşının 1-10 yıl arasında olması ve diyabete bağlı

komplifikasyonların görölme sıklığıının ilk 10 yıldan sonra artması (15) dikkate alınırsa, komplifikasyon gelişme oranınının düşük çıkması (% 23) normal olarak değerlendirilebilir.

Hastaların diyabeti olduğu için kendinden utanma durumları incelendiğinde, % 7,3' ü utandığını, % 92,7' si utanmadığını bildirmiştir (Tablo 5). Bu bulgular hastaların diyabeti olduğu için kendilerinden utanmadıklarını göstermektedir. Hastanın diyabeti ile barışık yaşaması, hastalığını kabullenmesi diyabeti olduğu için kendinden utanmasını engelleyebilir.

Araştırmaya katılan hastaların, diyabeti nedeniyle cinsel yaşamında sorun yaşama durumları sorulduğunda, % 9,3' ü sorun yaşadığını, % 90,7' si sorun yaşamadığını bildirmiştir. Sorun yaşayan hastalardan yalnızca 1 kişi bu sorunu ile ilgili yardım aldığını bildirmiştir (Tablo 6). Bu bulgular araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun diyabeti nedeniyle cinsel yaşamında sorun yaşamadığını göstermektedir. Yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında sonucun düşük çıkması, araştırmanın örneklem büyüklüğü, yaş, gelişen komplifikasyon vb. etkenlerden etkilenme ile açıklanabilir. Ayrıca hastalar, bu durumu önemsemeyip, böyle bir sorunun dile getirilmesini gerekli görmeyebilirler.

4.4. Araştırmaya Katılan Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ve Puan Ortalamaları ile Sosyo-Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamaları ile yaş grupları arasında yapılan varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=6.07$; $p=0,000<0,05$). Gruplar arasında çıkan farklılığın nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri Bonferroni ve Post Hoc testi analizlerinde 51-55 yaş ve 56-60 yaş grubundaki hastalar ile diğer gruptaki hastalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 7). Basson R.J., Rucker B.M., Laird P.G. ve arkadaşlarının (2001) yapmış oldukları çalışmada ise yaş grupları arasında fark olmadığı saptanmıştır (5). Enzlin P., Mathieu C., Bruel A. ve ark.'nın (2003) yapmış oldukları çalışmalarda da yaş grupları ile cinsel işlev bozukluğu arasında bir ilişki saptanmamıştır (10,11,12). Çayan ve ark. (2004) tarafından yaşlara göre yapılan prevalans çalışmasında kadın cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı 18-27 yaş arası % 21,7, 28-37 yaş arası % 25,5, 38-47 yaş arası % 53,5, 48-57 yaş arası % 65,9, 58-67 yaş arası % 92,9 olarak saptanmış ve kadın cinsel işlev bozukluğunun yaşla birlikte arttığını belirtmişlerdir (8,28). Kadın cinsel işlev bozukluğunu tanımlayan tüm çalışmalar, kadın cinsel işlev bozukluğunun yaygınlığı ve sıklığının yaşla birlikte arttığını ortaya koymaktadır. Yaş, kadın cinsel işlev bozukluğu üzerine etkisi olan en önemli faktör olarak tanımlanmaktadır (34). İlerleyen yaşla

birlikte doku ve organlardaki işlevsel kapasitedeki azalmanın yanı sıra doğum sayısının artışı ve hormonal değişimler genç yaşlara oranla ileri yaşlarda cinsel işlev bozukluğunun ortaya çıkmasına neden olabilir (7).

Hastaların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamaları ile beden kitle indeksi arasında yapılan varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=13,47$; $p=0,000<0,05$). Gruplar arasında çıkan farklılığın nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri Bonferroni ve Post Hoc testi analizlerinde normal kilolu hastalar ile fazla kilolu hastalar, normal kilolu hastalar ile obez hastalar ve fazla kilolu hastalar ile obez hastalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 8). 1989 yılında, Campbell, obezitenin, Tip 2 diyabetli kadınlarda cinsel işlevi etkilediğini belirtmiştir (11). Enzlin P., Mathieu C., Bruel A. ve ark.'nın (2003) yapmış oldukları çalışmalarda ise beden kitle indeksi ile cinsel işlev bozukluğu arasında bir ilişki saptanmamıştır (10,11,12). Esposito K., Ciotola M., Marfella R. ve ark.'nın (2005) yapmış oldukları çalışmada ise metabolik sendromlu kadınlarda cinsel işlev bozukluğu kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur (14).

Yapılan varyans analizi sonucuna göre, hastaların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamaları ile öğrenim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=7,79$; $p=0,001<0,05$). Gruplar arasında çıkan farklılığın nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri Bonferroni ve Post Hoc testi analizlerinde bu farklılığın ilkökul-ortaokul mezunu hastalar ile

lise ve dengi okul mezunu hastalar ve ilkokul-ortaokul mezunu hastalar ile yüksekokul/fakülte mezunu hastalar arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 9). Çayan ve ark.'nın (2004) 179 kadın üzerinde yaptıkları çalışmalarında düşük eğitim düzeyinin kadınlarda cinsel fonksiyonu olumsuz etkilediğini bildirmişlerdir. Demirezen ve ark.'nın (2005) yapmış oldukları çalışmada da eğitim düzeyi ile kadın cinsel işlev bozukluğu arasında ilişki bulmuşlardır (8).

Araştırmaya katılan hastaların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamaları ile meslek durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=8,59$; $p=0,000<0,05$). Gruplar arasında çıkan farklılığın nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri Bonferroni ve Post Hoc testi analizlerinde bu farklılığın serbest meslek sahibi hastalar ile ev hanımı olan hastalar ve serbest meslek sahibi hastalar ile emekli olan hastalar arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Hastaların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamaları ile çocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=0,73$; $p=0,42>0,05$) (Tablo 11).

Yapılan varyans analizi sonucuna göre, hastaların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamaları ile çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=1,69$; $p=0,17>0,05$) (Tablo 12).

4.4.1. Hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları ile Hastalığa İlişkin Özelliklere Ait Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamaları ile diyabet tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=0,97$; $p=0,000<0,05$) (Tablo 13). 1983 yılında Schreiner-Engel farklı diyabet tiplerinin kadın cinsel işlevi üzerinde farklı etkilere neden olabileceğini belirtmiştir. Yapmış olduğu çalışmasında, Tip 2 diyabetli kadınların Tip 1 diyabetli kadınlara göre daha fazla cinsel işlev bozukluğu yaşadığını saptamıştır (12).

Yapılan varyans analizi sonucuna göre, hastaların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamaları ile DM tanısı alma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=1,78$; $p=0,15>0,05$) (Tablo 14). Enzlin P., Mathieu C., Bruel A. ve ark.'nın (2003) yapmış oldukları çalışmalarda da diyabet süresi ile cinsel işlev bozukluğu arasında bir ilişki saptanmamıştır (10,11,12). Kadın cinsel işlev bozukluğunun diyabetin süresi ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir (21). 1971 yılında Kolodny' in 125 diyabetli kadınla yapmış olduğu çalışmasında diyabet süresi ile cinsel işlev bozukluğu arasında bir ilişki olmadığını saptamıştır (12). Bu çalışmanın yapıldığı dönemde, diyabetli hastalara uygulanan tedavi ve girişimler, hastaların yaşam sürelerini uzatmada yetersiz kalmaktadır.

Yapılan varyans analizi sonucuna göre, hastaların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamaları ile HbA1C değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=3,13$; $p=0,02<0,05$). Gruplar arasında çıkan farklılığın nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri Bonferroni ve Post Hoc testi analizlerinde bu farklılığın HbA1C değeri % 6,5-7 olan hastalar ile HbA1C değeri % 9,1 ve ↑ olan hastalar, HbA1C değeri % 7,1-8 olan hastalar ile HbA1C değeri % 9,1 ve ↑ olan hastalar arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 15). Enzlin P., Mathieu C., Bruel A. ve ark.'nın (2003) yapmış oldukları çalışmalarda ise HbA1C değerleri ile cinsel işlev bozukluğu arasında bir ilişki saptanmamıştır (10,11,12).

Hastaların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamaları ile gelişen komplikasyon durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=0,02$; $p=0,97>0,05$) (Tablo 16). Basson R.J., Rucker B.M., Laird P.G. ve arkadaşlarının (2001) yapmış oldukları çalışmada cinsel işlev bozukluğu ile diyabetik komplikasyonlar arasında korelasyon bulunmamıştır (5). Enzlin P., Mathieu C., Bruel A. ve ark.'nın (2003) yapmış oldukları çalışmalarda da diyabetik komplikasyonlar ile cinsel işlev bozukluğu arasında bir ilişki saptanmamıştır (10,11,12). Yapılan bu çalışmalarla araştırma bulguları arasında paralellik görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların kadın cinsel işlev leği toplam puan ortalamaları ile diyabete bağlı cinsel sorun yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=3,12$; $p=0,000<0,05$) (Tablo 17).

Genel olarak araştırmaya katılan hastaların genç yaş grubunda olmaları, normal beden kitle indeksine sahip olmaları, diyabete bağlı komplikasyon gelişme oranının düşük olması özellikle nöropatinin çok düşük oranda görülmesi, hastalığı kabullenmede zorluk yaşamaması, diyabeti nedeniyle kendinden utanmaması cinsel yaşamında sorun yaşamamasına neden olabilir. Ayrıca rneklem grubunun küçük olması da diyabete bağlı cinsel yaşamında sorun yaşama oranını düşürmektedir. Ancak bütün bu sonuçlara karşın hastaların cinsel yaşamlarının diyabetten etkilendiği görülmektedir. Daha büyük örneklem grubuyla ve özellikle nöropatisi olan diyabetli kadınlarla araştırma yapılması, diyabete bağlı cinsel yaşamında sorun yaşama oranını yapılan diğer çalışmalardaki oranlara yaklaştırabilir.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇ

Diyabetli kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırma bulgularına göre;

150 hasta araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların % 24,7' si 46-50 yaş grubunda, % 44' ü normal kilolu, % 48' i lise ve dengi okul mezunu, % 36,7' si ev hanımıdır (Tablo 3).

Hastaların çocuk sahibi olma durumları incelendiğinde, % 92,7' sinin çocuk sahibi olduğu, çocuk sahibi olan hastaların % 41' i 2 çocuk sahibi olduğunu bildirmiştir (Tablo 3).

Hastaların % 60,7' si Tip1 DM, % 38,7' si 6-10 yıllık diyabet hastalığına sahip olduğunu bildirmişlerdir (Tablo 4).

Araştırmaya katılan hastaların diyabete bağlı ilaç kullanımı incelendiğinde, % 96,7' si ilaç kullandığını, ilaç kullanan hastaların % 37,2' sinin insülin+tıbbi beslenme tedavisi+egzersiz tedavisi aldığını bildirmiştir (Tablo 4).

Araştırma kapsamına alınan hastaların % 96,7' si kontrollerini düzenli olarak yaptırdığını, kontrollerini düzenli olarak yaptıran hastaların % 53,1' i

yılda bir kontrollerini yaptırdığını, kontrollerini düzenli yaptırmayan hastaların % 60' ı kendisini iyi hissettiği için yaptırmadığını bildirmiştir (Tablo 4).

Hastaların HbA1C değerleri incelendiğinde % 44' ünün HbA1C değeri %7,1-8 arasında olduğu bildirilmiştir (Tablo 4).

Hastalığı kabullenme aşamasında zorluk yaşama durumları açısından incelendiğinde, hastaların % 60' ı zorluk yaşamadığını, % 98' i hastalığı kabullenme aşamasında psikolojik destek almadığını bildirmiştir (Tablo 5).

Araştırmaya katılan hastaların % 23,3' ünde komplikasyon geliştiği, komplikasyon gelişen hastaların % 71,5' inde mantar enfeksiyonu geliştiği bildirilmiştir (Tablo 5).

Diyabeti olduğu için kendinden utanma durumları incelendiğinde, hastaların % 92,7' si kendinden utanma durumu yaşamadığını, yaşayan hastaların % 72,7' si dışarıda başka insanların yanında insülin yapmaktan utandığını bildirmiştir (Tablo 5).

Hastaların diyabete bağlı cinsel sorun yaşama durumları incelendiğinde % 9,3' ü yaşadığını bildirmiştir. Cinsel sorun yaşayan hastalardan sadece 1 kişi bu konuda yardım aldığını bildirmiştir (Tablo 6).

Kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamaları ile yaş grupları (F=6.07; p=0,000<0,05) (Tablo 7), beden kitle indeksi (F=13,47; p=0,000<0,05) (Tablo 8) öğrenim durumları (F=7,79; p=0,001<0,05) (Tablo 9) ve meslek

durumları ($F=8,59$; $p=0,000<0,05$) (Tablo 10) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Hastaların kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamaları ile çocuk sahibi olma durumları ($F=0,73$; $p=0,42>0,05$) (Tablo 11) ve çocuk sayısı ($F=1,69$; $p=0,17>0,05$) (Tablo 12) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Hastaların kadın cinsel işlev ölçeği puan ortalamaları ile diyabet tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=0,97$; $p=0,000<0,05$) (Tablo 13).

Kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalamaları ile DM tanısı alma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=1,78$; $p=0,15>0,05$) (Tablo 14).

Kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalaması ile HbA1C değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=3,13$; $p=0,02<0,05$) (Tablo 15).

Kadın cinsel işlev ölçeği toplam puan ortalaması ile gelişen komplikasyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=0,02$; $p=0,97>0,05$) (Tablo 16).

Kadın cinsel işlev ölçeği puan ortalamaları ile diyabete bağlı cinsel sorun yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=3,12$; $p=0,000<0,05$) (Tablo 17).

Araştırma sonucunda hastaların cinsel işlevlerinin yaş, beden kitle indeksi, öğrenim durumu, meslek, diyabet tipi, HbA1C değeri ve cinsel sorun yaşama durumundan etkilendiği bulunmuştur.

5.2. ÖNERİLER

Diyabetli kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilebilir:

- Uzun yıllar boyunca konuşulmayan hatta bazı kültürlerde örtbas edilen, tabu olarak görülen kadın cinsel işlev bozukluğu ile ilgili araştırmaların daha fazla sayıda hastayla yapılması ve bu konuya daha fazla önem verilmesi,
- Diyabetli kadın hastaların cinsel işlevlerini etkileyen faktörlerin ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış ölçekler kullanılarak belirlenmesi,
- Diyabetli kadın hastaların cinsel işlevlerini etkileyen faktörler belirlendikten sonra bunların kontrol altına alınması ve tedavisi için gerekli girişimlerin yapılması,
- Diyabetli kadın hastaların bakım ve tedavisini üstlenen sağlık profesyonellerinin hastaya holistik yaklaşımları,
- Diyabetli kadınların cinsel sağlığının değerlendirilmesi, eğitim programları ile diyabetli kadınların bu konuda dikkatlerinin çekilmesi ve bu konuda sorun yaşayanların erken dönemde belirlenip gerekli tanı ve tedavi için uygun merkezlere yönlendirilmesi,

- Özellikle kadın sağlık profesyonellerinin bu konuda daha bilgili olmaları ve hastaların cinsellik ile ilgili sorunlarını ifade edebilmeleri için uygun iletişim tekniklerini kullanabilmeleri,
- Toplumdaki bireylere özellikle kadınlara cinsellik ve cinsel sağlık ile ilgili eğitim programlarının verilmesi ve bunun yaygınlaştırılması,
- Toplumda adölesan dönemden başlayarak cinsel eğitime gerekli önemin verilmesi,
- Toplumda cinsellik algısının belirlenmesi için çalışmalar yapılması.

BÖLÜM VI

ÖZET VE SUMMARY

6.1. ÖZET

DIYABETLİ KADINLARDA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞUNUN İNCELENMESİ

Diyabetes Mellitus (DM), cinsel işlev bozukluğunun etiyolojisinde yer alan sistemik hastalıkların başında gelmektedir. Diyabet, bir kadının cinsel ilişkiye girmesini ve bu cinsel ilişkiden alacağı zevki etkileyerek cinsel ilişkiyi ağrılı ve sıkıntılı bir duruma getirebilir, cinsel ilişkide isteksizliğe neden olabilir.

Birçok yayında, diyabetli erkeklerde erektil disfonksiyon sorunundan bahsedilmesine karşın, erkek cinsel işlev bozukluklarından daha yaygın olan kadın cinsel işlev bozukluklarından daha az bahsedilmektedir ve bu konuda daha az çalışma yapılmıştır.

Bu araştırma, diyabetli kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırma, Nisan 2006-Mayıs 2007 tarihleri arasında, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği Endokrinoloji Polikliniği'nde izlenen ve Ege Diyabetle Yaşamı Kolaylaştırma Derneği'ne kayıtlı, araştırma sınırlılıklarına uyan 150 diyabetli kadın hasta arasında yapılmıştır.

Araştırmada, veri toplama yönteminde, hasta tanıtım formu ve ülkemizde önceden geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan kadın cinsel işlev leği kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde, sayı-yüzde dağılımı, Independent Samples t testi, tek yönlü (ANOVA) varyans analizi ve ileri Bonferroni ve Post Hoc testi uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların % 24,7' si 46-50 yaş grubunda, % 44'  normal kilolu, % 48' i lise ve dengi okul mezunu, % 36,7' si ev hanımı, % 60,7' si Tip 1 DM olduğunu, % 23,3'  komplikasyon geliştiğini, % 9,3' diyabete bağlı cinsel sorun yaşadığını bildirmiştir.

Hastaların, kadın cinsel işlev leği toplam puan ortalamaları ile ocuk sahibi olma, ocuk sayısı, DM tanısı alma süreleri ve gelişen komplikasyon durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır.

Araştırmaya katılan hastaların cinsel işlevlerinin yaş, beden kitle indeksi, ğrenim durumu, meslek, diyabet tipi, HbA1C değerleri ve cinsel sorun yaşama durumundan etkilendiği bulunmuştur.

6.2. SUMMARY

THE INVESTIGATION OF SEXUAL DYSFUNCTION IN DIABETIC WOMEN

Diabetes Mellitus (DM), leads the systemic diseases in the etiology of the sexual dysfunction. Diabetes can prevent a woman from having a sexual intercourse; affect the pleasure that she gets through the intercourse and make it painful and stressful. Moreover, it can cause reluctance in sexual intercourse.

Although erectil dysfunction in diabetic men is mentioned in many publications, female sexual dysfunction which is more prevalent than male sexual dysfunction is mentioned less and fewer studies have been conducted.

This study was performed to investigate the sexual dysfunction in diabetic women.

This study was conducted by the rules on 150 diabetic women from Ege Society of Facilitating Life With Diabetes and those from Endocrinology Out-Patients' Clinic of Internal Diseases Clinic of School of Medicine University of Ege between April 2006 and May 2007.

As data collection methods, patient identification form and female sexual function scale which has been proved valid and reliable in our country were used.

In the evaluation of data, point-percentage distribution ,independent samples t-test , single variant analysis (ANOVA), and advanced Bonferroni and Post Hoc test were performed.

24,7 % of the patients included in the study were between 46-50 years old, 44 % of them were with normal weight, 48 % graduated from high school, 36,7 % were housewives, 60,7 % had Type 1 DM, 23,3 % had complications and 9,3 % stated that they had a sexual problem due to diabetes.

It was found that the sexual functions of the patients included in the study were affected by their age, body mass index (BMI), educational status, occupations, diabetes type, HbA1C value and the situation of having a sexual problem.

No statistically significant correlation was found between the total point averages of female sexual function scale and having a birth, number of children, the time of diagnosis for DM and complications.

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR

1. Akyol A.D. (2004) Diabetes mellitus' ta semptomlar ve tanı yöntemleri. Fadıloğlu Ç. (ed.) 3. Ege Dahili Tıp Günleri, İzmir, 35-39.
2. Akyol A.D. (2004) Diyabet eğitimi. Fadıloğlu Ç. (ed.) 3. Ege Dahili Tıp Günleri, İzmir, 201-228.
3. Aygin D., Aslan F.E. (2005) Cinsel işlev bozukluklarında ne yapıyoruz?ne yapmalıyız? Androloji Bülteni; 22; 264-267.
4. Aygin D., Aslan F.E. (2005) Kadın cinsel işlev ölçeğinin türkçeye uyarlaması. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 25, 393-399.
5. Basson R.J., Rucker B.M., Laird P.G., Conry R. (2001) Sexuality of women with Diabetes. J Sex Reprod Med. 1:1, 11-20.
6. Bryant E. (2004) Male and Female Sexual dysfunction. Erişim adresi: <http://www.nfb.org/Diabetes/SEX191A.htm> (Erişim tarihi: Ocak 2006).
7. Demir Ö., Parlakay N., Gök G. ve ark. (2007) Hastane çalışanı bayanlarda cinsel işlev bozukluğu. Türk Üroloji Dergisi: 33: 2: 156-160.
8. Demirezen E. (2006) Birinci basamakta kadın cinselliğinin değerlendirilmesi. Sted; 15; 5; 79-81.
9. Ekinci M., Hoşcan M., Armağan A. (2007) Kadın cinsel işlev bozukluğunda kullanılan farmakolojik ajanlar. Androloji Bülteni; 28; 77-79.

- 10.Enzlin P., Mathieu C., Bruel A. Ve ark. (2002) Sexual dysfunction in women with type 1 Diabetes. *Diabetes Care*. 25:672-677.
- 11.Enzlin P., Mathieu C., Bruel A. Ve ark. (2003) Prevalence and predictors of Sexual dysfunction in patient with type 1 Diabetes. *Diabetes Care*. 26:409-414.
- 12.Enzlin P., Mathieu C., Demytteeanere K. (2003) Diabetes and Female Sexual functioning : a state of the art. *Diabetes Spectrum*. 16:256-259.
- 13.Erol B., Tefekli A., Armağan A. ve ark. (2003) Does Sexual dysfunction correlate with deterioration of somatic sensory System in diabetic women? *Int J Impot Res* 15; 198-202.
- 14.Esposito K., Ciotola M., Marfella R. ve ark. (2005) Metabolik sendrom: kadında seksüel disfonksiyonun bir nedeni. Çiftçi H. (çev.). *Androloji Bülteni*; 22; 275.
- 15.Fick F.R., Lightner D.J. (2004) Diyabetli kadınlarda cinsel işlev bozuklukları. Lebovitz H.E. (ed.) Sağlam H. (çev.) *Diabetes mellitus ve ilgili sorunların tedavisi*. American Diabetes Association, Dördüncü baskı, 465-469.
- 16.Gökmen F.G. (ed.) (2001) *Temel tıp terimleri sözlüğü*. Birinci basım, Nobel Tıp Kitabevleri, İzmir.
- 17.Gülman B. (ed.) (2002) *Diyabetik ayak*. İkinci baskı, Samsun, Oyat Basım.

- 18.**Güvel S., Çulha F., Yaşar F. ve ark. (2005) Hemşirelerde kadın cinsel fonksiyonları konusunda bilgi düzeyinin sorgulanması. *Androloji Bülteni*, 20, 82-83.
- 19.**Hanas R. (2001) Çocuklarda, adolesanlarda ve genç erişkinlerde tip 1 diyabet. Hatun Ş., Dünder Y. (çev.) Birinci baskı, İsveç. Türkiye Diyabet Vakfı Yayınları -2.
- 20.**İmamoğlu Ş., Akalın S., Yılmaz T. (ed.) (2001) Diyabet ve siz. İstanbul, Escort İletişim, Asist Reklam Ajansı.
- 21.**Kadioğlu A. (2001) Ürogenital sistem otonom fonksiyon bozuklukları. XXXVII. Ulusal Diyabet Kongresi Bildirileri, 17-21.
- 22.**Kadioğlu A. (2003) Seksüel disfonksiyonun patofizyolojisi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve rehabilitasyon Dergisi*; 49; 3; 2003.
- 23.**Kadioğlu A. (2005) Kadın ve erkekteki cinsel sorunlar. Erişim adresi: <http://www.ntvmsnbc.com> erişim tarihi: Temmuz 2007.
- 24.**Karadakovan A. (2004) Diyabetin kronik komplikasyonlarında hemşirelik yaklaşımı. Fadiloğlu Ç. (ed.) 3. Ege Dahili Tıp Günleri, İzmir, 123-137.
- 25.**Karasar N. (1991) Bilimsel araştırma yöntemi. Matbaş yayıncılık, 4. Basım, Ankara.
- 26.**Kefi A., Esen A. Diyabetik kadın ve erkekte cinsel fonksiyon bozuklukları patofizyolojisi. *Androloji Bülteni*, 17, 5. Erişim adresi: <http://www.androloji.org.com.icerik>. Erişim tarihi: Temmuz 2007.

- 27.**Moynihan R. (2003) The making of a disease female sexual dysfunction. Eğilmez T., Güvel S. (ev.). Androloji Bülteni, 18, 2004, 269-271.
- 28.**Oğuzülgen İ., Peşkircioğlu L. (2005) Kadın cinsel işlev bozukluğu. Androloji Bülteni; 22; 253-257.
- 29.**Oskay .Y. (2005) Kadınlarda orgazmın kültürel ve psikososyal boyutu. Androloji Bülteni; 22; 261-263.
- 30.**nem K., Kadioğlu A. (2005) Diyabet- erkek kadın cinsel fonksiyonu. Diyabet Forumu, Türkiye Diyabet Vakfı, İstanbul, 1:32-39.
- 31.**Özkardeş A. Kadınlarda cinsel sorunlar. Erişim adresi: <http://www.ntvmsnbc.com> Erişim tarihi: Temmuz 2007.
- 32.**Price E.D. (2002) Diyabete bağlı ereksiyon disfonksiyonu nasıl tedavi edilmelidir?. Gill G., Pickup J., Williams G. (ed.). Usfan İ. (ev.). Diyabet ve zorlukları. Birinci Baskı, 258-278.
- 33.**Rosen R., Brown C., Heiman J. Ve ark. (2000) The Female Sexual Function index (FSFI): a multidimensional self report instrument for the assessment of Female Sexual Function. J Sex Marital Ther. 26:191-208.
- 34.**Salonia A., Zanni G., Briganti A ve ark. (2004) Kadın cinsel disfonksiyonu tedavisinde roloğun rolü. Savaş M. (ev.) Androloji Bülteni, 20, 2005, 90-92.

- 35.**Slink M. (ed.) (1997) Çocukluk ve ergenlik döneminde tip 1 diyabet el kitabı. Dündar Y., Hatun Ş. (çev.) Birinci baskı, Ankara, Medico Graphics Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri.
- 36.**Tanyeri F. (2002) Diabetes mellitus tanım ve sınıflandırma. Diyabet Forumu. 7:6:4-11.
- 37.**Tokem Y. (2004) Diyabet yönetiminde tıbbi beslenme tedavisi ve hemşirelik yaklaşımı. Fadiloğlu Ç. (ed.) 3. Ege Dahili Tıp Günleri, İzmir, 39-55.
- 38.**Yıldırım Y.K. (2004) Diabetes mellitus'lu hastanın hemşirelik yönetimi. Fadiloğlu Ç. (ed.) 3. Ege Dahili Tıp Günleri, İzmir, 183-201.
- 39.**Yıldırım Y.K. (2004) Diabetes mellitusta ilaç tedavisi. Fadiloğlu Ç. (ed.) 3. Ege Dahili Tıp Günleri, İzmir, 69-91.
- 40.**Yılmaz C., Fadiloğlu Ç., Çetinkalp Ş. (2002) Diyabet hemşiresi el kitabı. Yılmaz C. (ed.) Asya Tıp Yayıncılık, İzmir.
- 41.**Yılmaz C., Yılmaz T, İmamoğlu Ş. (ed.) (2000) Diabetes mellitus 2000.Gri Tasarım, İstanbul.
- 42.**Yücelman A. (ed.) (2001) Tip 2 diyabet önlenbilir mi? Diyabetle Yaşam. Türkiye Diyabet Vakfı, İstanbul. 13: 28-32.
- 43.**Yücelman A. (ed.) (2002) Gençlerde tip 2 diyabet. Diyabetle Yaşam. Türkiye Diyabet Vakfı, İstanbul. 17: 14-24.

- 44.**Ziegler D. (2004) Diyabetik periferik nöropati ve cinsel disfonksiyon. Goldstein J.B., Wieland M.D. (ed.). Akman A.C. (çev. ed.). Tip 2 diyabet. Birinci Baskı, 223-255.
- 45.**...Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu. Erişim adresi: <http://www.androloji.org.tr/icerik>. Erişim tarihi: Temmuz 2007.
- 46.**...Diyabet ve cinsellik. Erişim adresi: <http://www.linkselink.com/cinsel-islev-bozukluk>. Erişim tarihi: Mart 2007.
- 47.**...Diyabetli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu neden gelişir? Erişim adresi: http://www.hastaokulu.org/HASTAOKULU/diyabet_cinsel.asp#3 (Erişim tarihi: Şubat 2006).
- 48.**...Kadınlarda cinsel problemler. Erişim adresi: http://www.hattathospital.com/bolumlara_c.asp (Erişim tarihi: Şubat 2006).
- 49.**...Sexual dysfunction. Erişim adresi: http://www.centerwatch.com/bookstore/nmt/umtb_sexualDys.pdf (Erişim tarihi: Ocak 2006).

EK I

HASTA TANITIM FORMU

Bu çalışma, diyabetli kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Elde edilen bilgiler gizli tutulacaktır. Lütfen aşağıdaki sorulara olabildiğince net ve doğru cevap vermeye çalışınız. Çalışmaya yapacağınız katkı, özveri ve sabrınız için teşekkür ederim.

Emel Dilek

No:

1. Kaç yaşındasınız?
2. Boy Kilo BKİ
3. Öğrenim durumunuz nedir?
 1. Okur – yazar
 2. İlkokul – ortaokul mezunu
 3. Lise ve dengi okul mezunu
 4. Yüksekokul / fakülte mezunu
 5. Lisansüstü eğitimi
4. Mesleğiniz nedir?
 1. Ev hanımı
 2. İşçi
 3. Memur
 4. Serbest meslek
 5. Emekli
 6. Çalışmıyor / işsiz
5. En uzun süre yaşadığınız yer neresidir?
 1. Köy
 2. Kasaba
 3. Şehir
6. Medeni durumunuz nedir?
 1. Bekar
 2. Evli
 3. Dul
7. Çocuğunuz var mı? Cevabınız “evet” ise kaç çocuğunuz olduğunu lütfen belirtiniz.
 1. Evet (Çocuk sayısı
 2. Hayır
8. Diyabet tipiniz nedir?
 1. Tip 1 Diyabet (İnsüline Bağımlı Diabetes Mellitus)
 2. Tip 2 Diyabet (İnsüline Bağımlı olmayan Diabetes Mellitus)
9. Kaç yıldır diyabet hastasıınız?
10. Diyabet tedavisi için ilaç kullanıyor musunuz?
 1. Evet
 2. Hayır (11. soruya geçiniz)
11. Hangi ilacı / ilaçları kullanıyorsunuz?
 1. İnsülin tedavisi
 2. Oral antidiyabetik ilaç

3. Tıbbi beslenme tedavisi
 4. İnsülin tedavisi + tıbbi beslenme tedavisi + egzersiz
 5. Oral antidiyabetik ilaç + tıbbi beslenme tedavisi + egzersiz
12. Diyabet ile ilgili kontrollerinizi düzenli olarak yaptırıyor musunuz?
1. Evet
 2. Hayır (14. soruya geçiniz)
13. Diyabet ile ilgili kontrollerinizi hangi sıklıkta yaptırıyorsunuz?
1. 3 ayda bir
 2. 6 ayda bir
 3. Yılda bir
 4. 2-3 yılda bir
 5. 4-5 yılda bir
14. Diyabet ile ilgili kontrollerinizi düzenli olarak yaptırmama nedeniniz nedir?
15. Son HbA₁C değeri
16. Diyabet tanısı konulduğunda hastalığınızı kabullenmede zorluk yaşadınız mı?
1. Evet
 2. Hayır
17. Hastalığınızı kabullenme aşamasında herhangi bir psikolojik destek aldınız mı?
1. Evet
 2. Hayır
18. Şu ana kadar diyabetiniz ile ilgili herhangi bir komplikasyon gelişti mi?
1. Evet
 2. Hayır (20. soruya geçiniz)
19. Hangi komplikasyon / komplikasyonlar gelişti?
1. Retinopati
 2. Nefropati
 3. Nöropati
 4. Mantar enfeksiyonu
 5. Diğer
20. Diyabetiniz olduğu için kendinizden utandığınız / çekindiğiniz bir durum oldu mu?
1. Evet
 2. Hayır
21. Bu durum nedir?.....
22. Şu ana kadar diyabetiniz nedeni ile cinsel yaşamınızda sorun yaşadığınız / zorlandığınız an / anlar oldu mu?
1. Evet
 2. Hayır
23. Bu durum ile ilgili herhangi bir yardım aldınız mı?
1. Evet
 2. Hayır

EK II

KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ

Sayın katılımcı; son dört haftada süregelen cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçekte 19 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. 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.

Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

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?**

- 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?

- 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

EK III

KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ İZİN MEKTUBU

Date

Add

From: Tue, 07 Mar 2006 16:21: 10+0200

"Dilek AYGİN" <daygin@sakarya.edu.tr> [View Contact Details](#)

[Mobile Alert](#)

Subject: Yanıt: merhaba

To: "emel dilek" <emel_dilek@yahoo.com>

Merhaba, Makalemi ve tezimi kaynak gösterdiğinizde, hiç bir sakıncası yok kullanabilirsiniz. Bizler birbirimize her zaman destek olmalıyız. Kolay gelsin.

Dr. Dilek Aygin

Bu posta, emel dilek tarafından 07.03.2006 - 15 :07 tarihinde gönderilen postanın yanıtıdır. This is a reply mail that was sent by emel dilek <emel_dilek@yahoo.com> at 15 :07 on 03.07.2006.

merhaba

sizin yapmış olduğunuz "kadın cinsel işlev ölçeği" nin türkçeye uyarlaması" isimli çalışmanızdaki kadın cinsel işlev ölçeği' ni tezimde (tezimin konusu "diyabetli kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun incelenmesi") kullanabilmek için, sizin için bir sakıncası yoksa, izninizi rica ediyorum

saygılarımla

Yahoo!

Bring photos to life! [New PhotoMail](#) makes sharing a breeze.

Mail

Bu e-posta, SAÜ CA WIS WebMail aracılığıyla gönderilmiştir
<http://www.mail.sakarya.edu.tr/>

Sakarya Üniversitesi ile ilgili bilgi, haber ve duyurular için: <http://www.sakarya.edu.tr/>

Plain Text Attachment [[Download File](#) | [Save to Yahoo! Briefcase](#)] |
Bu E-Posta Sakarya Üniversitesi E-Posta Sunucusu Aracılığı İle Size
Ulaştırılmıştır. | Sakarya Üniversitesi» BIDB »Ar-GE» Sistem
Yönetimi Servisi

Add to

From: "Dr.Ergün Öksüz" <eoksuz@baskent.edu.tr>
Address Book Add Mobile Alert

To: "emel dilek" <emel_dilek@yahoo.com>

Subject: Re: merhaba

Date: Tue, 7 Mar 2006 15:26:51 +0200

Sayın Dilek,

İlgili makale ektedir.
Başarılar Dilerim.

Dr.Ergun Oksuz
Baskent University, Bağlica Kampusu
Medikososyal Sağlık Merkezi
06530, Ankara - Turkey
Tel: +90-312-234-1010/1422-1423
Faks: +90-312-234-1176
GSM: +90-536-336-7150
E-Mail: eoksuz@baskent.edu.tr ----

.- Original Message

From: emel dilek
To: eoksuz@baskent.edu.tr
Sent: Tuesday, March 07, 2006 3:07 PM
Subject: merhaba

merhaba

ben ege üniversitesi hemşirelik yüksekokulu iç hastalıkları hemşirelik programı yüksek lisans öğrencisiyim

sizin yapmış olduğunuz "kadın cinsel fonksiyon indeksi türkçeye uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik analiz;" isimli çalışmanızdaki kadın cinsel fonksiyon indeksi' ni tezimde (tezimin konusu "diyabetli kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun incelenmesi") kullanabilmek için, sizin için bir sakıncası yoksa, izninizi rica ediyorum

saygılarımla

EK IV
KURUM İZİNLERİ

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastane Başhekimliği

Hemş.Hizmt.Yönetimi
SAYI: B.30.2.EGE.0.IH.00.04/H-/O39
KONU :

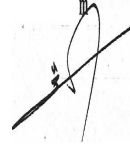
26 /4 ./2006

EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İLGİ: 1000 sayılı ve 12.04.2006 tarihli yazınız.

Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencilerinden Emel DİLEK' in "Diyabetli Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluklarının İncelenmesi" konulu tez çalışmasının uygulamasını 3 Nisan - 31 Temmuz 2006 tarihleri arasında İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrin Polikliniğinde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.
Geylani
ÖZOK
Başhekim



Murat Bey
SB17

EK V

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAVI :2006- 31
KONU :Araştırma hk.

Bornova /İZMİR
27.03.2006

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN' ın sorumluluğunda Nisan - Temmuz 2006 tarihleri arasında yapmayı planladığı "**Diyabetli Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğunun İncelenmesi**" konulu araştırması 27.03.2006 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve "**Araştırmanın Yürütülmesi Uygun**" bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.



Yard.Doç.Dr. Türkan ÖZBA YIR
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Emel DİLEK 1981 yılında Aksaray’ da doğmuş ve ilk, orta ve lise öğrenimini İzmir’ de tamamlamıştır. Lisans eğitimini 1998 – 2003 yılları arasında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ nda tamamlamıştır. Ocak 2004 - Mart 2006 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ABD’ nda klinik hemşiresi olarak çalışmıştır. 2006 yılı Mart ayında aynı hastanenin İç Hastalıkları ABD’ na klinik hemşiresi olarak geçmiştir. Yüksek lisans eğitimine Ekim 2004’ de Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ nda başlamıştır. Halen aynı hastanede çalışmakta ve yüksek lisans eğitimine devam etmektedir.

EMEL DİLEK